

De Toekomst van de Dermatologie

Een verdieping voor de dermatoloog op
‘De Medisch Specialist 2015’

Inhoudsopgave

<i>Samenvatting</i>	2
Inleiding	4
1 De dermatoloog anno 2014	7
2 Waar staan we?	10
3 Pijler 1: Transparante Zorg	16
4 Pijler 2: Zorg in samenhang	19
5 Pijler 3: Zorg in levensfasen	23
6 Pijler 4: Doelmatige zorg	25
7 Competenties voor de toekomst	30
8 Naar nieuwe organisatievormen voor de dermatoloog	34

Utrecht, december 2013

Commissie Toekomst van de Dermatologie, NVDV

Samenvatting

Het zorglandschap in Nederland verandert snel. Zoals alle medisch specialisten zullen ook dermatologen een andere positie gaan innemen in het veld van hulpverleners.

Het rapport *De Medisch Specialist 2015* van de OMS geeft in algemene zin goed weer wat de huidige stand van zaken is de medisch specialistische zorg in Nederland. Hierbij ligt de focus op de veranderingen en uitdagingen voor de toekomst. Het bestuur van de NVDV besloot mede naar aanleiding van dit rapport een werkgroep te installeren met als opdracht dit landschap ook voor de dermatologie in kaart te brengen (Guus Kuiters, voorzitter, Folkert Blok, Amber Goedkoop, Willemijn Hovius, Roland Koopman, Marcus Muche, Tamar Nijsten en Maurice van Steensel). Deze werkgroep stelde een rapport op dat thans zijn weg vindt binnen onze eigen gelederen.

De werkgroep gebruikte het gedachtegoed van *De Medisch Specialist 2015* als uitgangspunt en probeerde dit te vertalen naar toekomstige ontwikkelingen van de dermatologie. Dit rapport *Toekomst van de Dermatologie* vormt daarmee een verdieping naar de wereld van de dermatoloog, waarin aan de hand van een sterkte–zwakte analyse van het huidige functioneren de pijlers worden benoemd waarop de dermatologie zich in de toekomst beter zou kunnen positioneren en profileren.

De inhoud van het vak blijft leidend, de opleiding in brede zin zowel van huisarts als dermatoloog speelt daarin een cruciale rol. Wij onderscheiden vier pijlers, ontleend aan en aansluitend op *De Medisch Specialist 2015*:

In pijler 1 **Transparante zorg** wordt de essentiële rol benadrukt van het verzamelen van data van door ons verrichte zorg. Transparantie in wat waarom gedaan wordt is een noodzaak. Het verzamelen van data in eigen beheer lijkt een logisch antwoord op die vraag. Weergave van de geleverde kwaliteit naar onze stakeholders is in deze tijd onontbeerlijk.

In pijler 2 **Zorg in Samenhang** wordt kort het belang van de e-health ontwikkelingen aangesneden, inclusief internet communities en virtuele netwerken.

In deze pijler gaan we in op 1 ½ lijnszorg, een concept dat nu in rudimentaire vorm met spreekuur doen in de huisartspraktijk is opgestart, maar verdere uitwerking en verdieping verdient. De valkuil is hier dat dermatologen in de 1^{ste} lijn worden gezogen met verrichten van teveel triviale dermatologie. De traditionele lijnen van 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn zullen naar verwachting geleidelijk plaats maken voor een andere werkomgeving, met een grotere rol voor ketenzorg, expertisecentra. De weg naar taakherschikking is al lang ingeslagen, maar de rol van specifiek toegeruste en toegewijde polikliniekmedewerkers, verpleegkundig specialisten, physician assistants en huidtherapeuten zal ongetwijfeld groter worden. Multidisciplinair werken op een zinvolle maar ook kosteneffectieve manier blijft een uitdaging.

In pijler 3 **Zorg in Levensfasen** wordt kort de rol van de dermatoloog bij preventie, ouderenzorg en *shared decision making* aangemerkt. Vooral de toegankelijkheid voor zorg aan ouderen in verzorgingscentra en verpleeghuizen is hierbij van belang, hoewel de zorg zich juist weer meer richting de thuissituatie beweegt. In pijler 4 **Doelmatige Zorg** gaan we in op de items kosteneffectiviteitsstudies, zinnige zorg en onverzekerde zorg. Deze thema's vertonen

onderlinge samenhang. We doen zelfs een voorstel voor een geheel nieuw element, het zogenaamde ‘Eenmalig diagnostisch consult’.

Na deze vierdeling in pijlers, zijn er nog twee onderwerpen waar wij een hoofdstuk aan wijden. In **competenties voor de toekomst** gaan we in op de cruciale rol van de opleiding tot dermatoloog en de competenties die daarbij horen.

Tenslotte geven we een beknopt overzicht van de **nieuwe organisatievormen** waarin dermatologen mogelijk gaan werken. Hierbij is geen beste variant te benoemen; de uiteindelijke keuze hangt vooral samen met de individuele wensen, mogelijkheden en structuur van waaruit men thans werkt.

De driving force achter dit alles staat als volgt geformuleerd in het rapport: ‘Belangrijk is dat de dermatoloog als medisch specialist zelf *in the lead* blijft en de regie niet uit handen geeft. Wat daarvoor nodig is? Uit de *comfort zone* komen en de uitdaging aangaan.’

Guus Kuiters, voorzitter commissie Toekomst van de Dermatologie
Prof. dr. Tamar Nijsten, voorzitter NVDV

Inleiding

Uit De medisch specialist 2015

Regierol voor medisch specialist

Nederlandse medisch specialisten leveren uitstekend werk, toont internationaal onderzoek aan. De specialist is in staat om tegen, in vergelijking met andere landen, lage kosten excellente kwaliteit te leveren.

Daarnaast is de zorg voor de patiënt uitstekend toegankelijk. In het visiedocument 'De Medisch Specialist 2015' is gekeken naar mogelijkheden voor verbetering. Om ontwikkelingen rond oplopende kosten in de gezondheidszorg door vergrijzing, nieuwe technologieën en behandelingen en consumentisme het hoofd te kunnen bieden zijn in het visiedocument vier denkrichtingen ('pijlers') uitgewerkt. De adviezen geven medisch specialisten richting om gezamenlijk de huidige goede medisch-specialistische zorg te borgen en verder te ontwikkelen. De vier pijlers uit het document zijn kort uitgewerkt om een beeld te krijgen van de denkrichtingen.

Duurzame zorg is betaalbare zorg

Duurzame zorg is ook betaalbare zorg. In het akkoord tussen overheid, zorgverzekeraars en ziekenhuizen is voor de periode 2012-2015 een uitgavengroei van maximaal 2,5 % per jaar afgesproken. Wanneer als operationele definitie van betaalbaarheid van medisch-specialistische zorg een uitgavengroei van maximaal 2,5% per jaar wordt gehanteerd zijn zeker voor de jaren na 2015 nieuwe initiatieven nodig om te voorkomen dat de uitgaven weer stijgen. Als het lukt om met het pakket maatregelen uit het visiedocument de groei van 2,5% per jaar te handhaven, dan levert dit besparingen op die oplopen van ongeveer 400 miljoen euro in 2016, het startjaar van de berekeningen, tot ruim 2 miljard euro in 2020.

Dit rapport is samengesteld door de Commissie Toekomst van de Dermatologie (verder te noemen 'werkgroep') en vormt een weerslag van de interpretatie van beleidsstukken, discussies en meningen van de werkgroepleden (september 2012 tot november 2013). Najaar 2012 presenteerde de projectgroep *De Medisch Specialist 2015*, onder voorzitterschap van Carina Hilbers, haar gelijknamige eindrapport. Opdrachtgever waren de wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten. Het voorliggende stuk is een voortzetting en verdieping van *De Medisch Specialist 2015*, met behoud van de vier daarin genoemde pijlers: Transparante Zorg, Zorg in Samenhang, Zorg in Levensfasen en Doelmatige Zorg.

De werkgroep gebruikte het gedachtegoed van *De Medisch Specialist 2015* als uitgangspunt en probeerde dit te vertalen naar toekomstige ontwikkelingen van de dermatologie. Hierbij is gebruik gemaakt van uiteenlopende beleidsstukken van gezaghebbende en invloedrijke organen in de zorg. Na de vaststelling en uitwerking van enkele thema's, ging de werkgroep op zoek naar de kernpunten. Daarbij vormde de dagelijkse praktijk van de dermatologie een belangrijke ijkpunt en toetssteen. Aldus ontstond deze aanzet voor een visie op de verdere ontwikkeling van het vakgebied.

De ingezette structuurwijziging in 2006 - met de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de verwante Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) - beschouwen wij als een vaststaand gegeven voor de verdere ontwikkelingen van het zorgstelsel. De ontwikkelingen en veranderingen in (de organisatie van de) zorg gaan zo snel, dat de houdbaarheid van opgestelde adviezen beperkt is. Een discussie over het inkomen maakt geen deel uit van het proces; centraal staat de dermatologische patiëntenzorg in brede zin. Daarbij is gepoogd stelselneutraal te denken

en te waken voor visies en ontwikkelingen die behoren tot de waan van de dag (zoals de term ‘economie-resistent’).

Echter, het is onvermijdelijk dat de materiële belangen van de dermatoloog af en toe een rol spelen. Neem bijvoorbeeld de situatie waarbij een ander specialisme een dermatologische patiënt ‘claimt’. Om welke reden dan ook. De betreffende patiënt is diagnostisch en therapeutisch waarschijnlijk slechter af, de kwaliteit van zorg is mogelijk lager en de kosten zijn eerder hoger dan lager. De kosten van een dermatologische behandeling zijn lager omdat hij in staat is zijn werkzaamheden te verrichten binnen een meer kostenbewuste infrastructuur (geen dure operatiekamers voor ingrepen maar kleinschalige behandelunits). De dermatoloog kan zodoende een lagere kostprijs aanbieden mét behoud van kwaliteit.

Voorafgaand aan de betreffende hoofdstukken en pijlers vindt u – in een kader – de tekst van de samenvatting van het rapport *De Medisch Specialist 2015*. Zo is dit onderhavige rapport visueel en inhoudelijk een verdieping van *De Medisch Specialist 2015* voor het vakgebied dermatologie.

Samenstelling

De Commissie De Toekomst van de Dermatologie (NVDV) was als volgt samengesteld:

Folkert Blok

Amber Goedkoop

Willemijn Hovius

Roland Koopman

Guus Kuiters, *voorzitter*

Marcus Muche

Tamar Nijsten

Maurice van Steensel

Heleen de Vries, *namens het bureau van de NVDV*

Geraadpleegde bronnen

- De Medisch Specialist 2015. Visiedocument in opdracht van de wetenschappelijke verenigingen en de Orde Medisch Specialisten, 10 oktober 2012.
- Medisch-specialistische zorg in 20/20: Dichtbij en ver weg. Raad voor de Volksgezondheid&Zorg, 2011.
- Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland, Raad voor de Volksgezondheid&Zorg.
- De Agenda voor de Zorg. Koepel van zorgverleners en patiëntenorganisaties, 2012.
- Gezondheid 2.0. Raad voor de Volksgezondheid&Zorg.
- Beleidsplan NVDV 2010.
- Toekomstige behoefte verpleegkundig specialisten bij somatisch aandoeningen. Vulto M, Vianen G. STG Health Management Forum.
- Raamwerk Kwaliteitsbeleid NVDV, 17-2-2012.
- Besluit Dermatologie en Venereologie. Centraal College Medisch Specialisten, KNMG, 12-10-2010.
- Rapport Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering. College voor Zorgverzekeringen, 5-3-2012.
- Brief aan het ministerie van inzake Technische rapportage ziekteelast. CVZ 24-4-2013.
- Conceptadvies Integrale tarieven medisch-specialistische zorg 2015. NZa, 6-6-2013.
- Kwaliteit als medicijn *Aanpak voor betere zorg en lagere kosten*. Booz&co, augustus 2012.
- Instellingsoverstijgende maatschappen. Erasmus Universiteit, iBMG eindrapport, 26-3-2013.
- Brief NZa over Instellingsoverstijgende maatschappen, 5-6-2013.
- Verschillende Bestuuropinies en -mededelingen NVDV; Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie 2011-2013.
- en andere.

1 De dermatoloog anno 2014

Een dermatoloog (huidarts) is de expert bij uitstek voor mensen met alle aandoeningen van de huid en de daaraan grenzende slijmvliesen. De dermatologie richt zich in brede zin op de diagnostiek en behandeling van alle huidziekten en van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), officieel de dermato-venereologie geheten.

Er zijn in Nederland ongeveer 475 dermatologen. De diversiteit aan huidziekten en huidafwijkingen is zeer groot. Het betreft zowel aangeboren als verworven aandoeningen, goedaardige en kwaadaardige gezwellen, huidinfecties, ontstekingsprocessen, allergische aandoeningen, beschadigingen van de huid door omgevingsfactoren, spataderen aan de benen en de gevolgen daarvan, anale klachten, chronische wonden en cosmetische afwijkingen. Tot de infecties behoren ook de seksueel overdraagbare aandoeningen.

Soms worden bestaande of veranderende huidmanifestaties beschouwd als afwijkend maar behoren ze eigenlijk tot de normale manifestatie of - gezien de leeftijd - fysiologische verdeling binnen onze populatie. Het wel of niet categoriseren van een huidafwijking krijgt daarmee een sociaal-cultureel aspect.

De dermatoloog voert niet alleen het onderzoek maar ook de behandeling uit, waaronder veelal chirurgische ingrepen en specifiek dermatologische behandelingstechnieken. Tot de laatste rekent men: cryochirurgie ('bevriezingstherapie'), elektrochirurgie, lichttherapie en verschillende lasertherapieën van de huid.

Dermatologie is vooral een poliklinisch vak met een groot aantal patiëntencontacten. Sommige vergen veel tijd, andere heel weinig. De dermatoloog kijkt niet alleen naar de huid, maar heeft ook aandacht voor de context binnen welke de patiënt zijn huidaandoening beleeft.

Bijna alle dermatologen beschikken tegenwoordig over faciliteiten voor dagbehandeling ter behandeling van chronische huidziekten (vooral uitgebreide, invaliderende psoriasis en uitgebreide, therapieresistente eczemen) in een daarvoor geschikte omgeving met licht- en badtherapie. In die setting is doorgaans ook plaats ingeruimd voor professionele psychosociale ondersteuning van de patiënt.

De dermatoloog zoekt steeds vaker – met behoud van eigen identiteit - aansluiting bij andere specialismen voor multidisciplinaire behandeling van aandoeningen met overlap naar andere vakgebieden.

Dermatologen nemen tegenwoordig steeds minder vaak patiënten klinisch op, en - indien toch nodig - vaak in intensieve samenwerking met of via andere klinische vakgebieden.

Deelgebieden van de dermatologie

De dermatologie kent een aantal deelgebieden. De belangrijkste zijn:

- Dermato-oncologie

Dit omvangrijke deelgebied richt zich op de diagnostiek en behandeling van diverse vormen van huidkanker en de voorlopers hiervan. Naast chirurgische therapieën (zie verder) heeft de dermatoloog bij uitstek kennis van en ervaring in het toepassen van lokale behandelingsmogelijkheden, zoals fotodynamische therapie en inzet van lokaal werkende cytostatica.

Bij dit deelgebied is een gedegen kennis van de histopathologie van de huidtumoren en de interpretatie van de bevindingen van groot belang voor hoogwaardige patiëntenzorg. In dit deelgebied speelt de dermatoloog de leidende rol in de samenwerking met pathologen, radiotherapeuten, oncologen, (plastisch-)chirurgen, KNO-artsen, oogartsen, en kaakchirurgen.

- Flebologie

Hierin staat de diagnostiek en de behandeling van spataderen centraal alsmede ziekten van de huid ten gevolge van het niet goed functioneren van deze aderen, met als eindstadium een ‘open been’. Dermatologen leveren vooral door het zelf uitvoeren van de vaatdiagnostiek (met doorgaans duplex-onderzoek) een evidente meerwaarde ten opzichte van de situatie waarin derden de diagnostiek verrichten. De dermatoloog is opgeleid tot het verrichten van nagenoeg alle thans voornamelijk non-invasieve standaard behandelingen zoals endoveneuze ablaties, echogeleide foamsclerose, ambulante flebotomieën en klassieke sclerocompressietherapie.

- Allergologie

De dermatoloog is bij uitstek in staat orde te scheppen in het noodzakelijke onderzoek en de behandeling van huidziekten bij mensen verdacht van overgevoeligheden en reacties op geneesmiddelen. Hij beschikt hierbij over gestandaardiseerde en gevalideerde testmethoden.

- Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)

Hiertoe behoren de klassieke geslachtsziekten zoals syfilis, chlamydia en gonorroe (‘druiper’), maar ook allerlei andere en soms meer exotische aandoeningen zoals bijvoorbeeld herpes, ulcus molle, lympho-granuloma venereum en wratten op de geslachtsorganen. Diagnostiek en behandeling worden steeds vaker in samenwerking met GG&GD aangeboden.

- Fotodermatologie

In de behandeling van chronische inflammatoire huidaandoeningen heeft licht- (ook wel fototherapie) een belangrijke plek verworven. Anderzijds vormen ook aandoeningen die door zonlicht worden beïnvloed of veroorzaakt een onderdeel van het werkterrein van de dermatoloog.

- Operatieve dermatologie

Dit onderdeel van de dermatologie omvat diverse chirurgische behandelingen vanaf de ellips excisies, elektrochirurgie tot de uitgebreide chirurgische correcties met vrije huidtransplantatie met huid van volle of gedeeltelijke dikte, kunsthuid transplantaties alsmede correcties via transpositie, rotatie of interpolatietechnieken. Deze behandelingen zijn allemaal te verrichten onder lokale anesthesie en daarmee zeer kosteneffectief. Ook de Mohs micrografische chirurgie voor maligne huidtumoren wordt nagenoeg alleen verricht door

dermatologen. De behandeling bij deze techniek kent twee componenten waarbij de dermatoloog in eerste instantie tumorweefsel systematisch verwijderd en na histopathologische bewerking door de dermatoloog veelal zelf op verse vriescoupes beoordeeld. De tweede fase – na het verkrijgen een tumorvrij gebied – bestaat uit het sluiten van het ontstane defect waarbij de dermatoloog naast uiteraard functionele aspecten ook verregaande aandacht heeft voor het cosmetisch eindresultaat.

- Proctologie

Dit deelgebied houdt zich vooral bezig met de diagnostiek en behandeling van alle afwijkingen rondom en in de anus. Hierbij gaat het om chronisch inflammatoire afwijkingen (eczemen, psoriasis, lichen sclerosus en planus), maar ook om afwijkingen die primair de bekkenboden(functie) betreffen, (fissuren, huidafwijkingen bij verstoorde defaecatie), afwijkingen in anale kanaal en distale rectum (aambeien, fistels, tumoren en incidenteel chronische inflammatoire darmziekten zoals de ziekte van Crohn). In en rondom de anus kan zich de het gehele spectrum van de dermatologie manifesteren.

- Cosmetische dermatologie

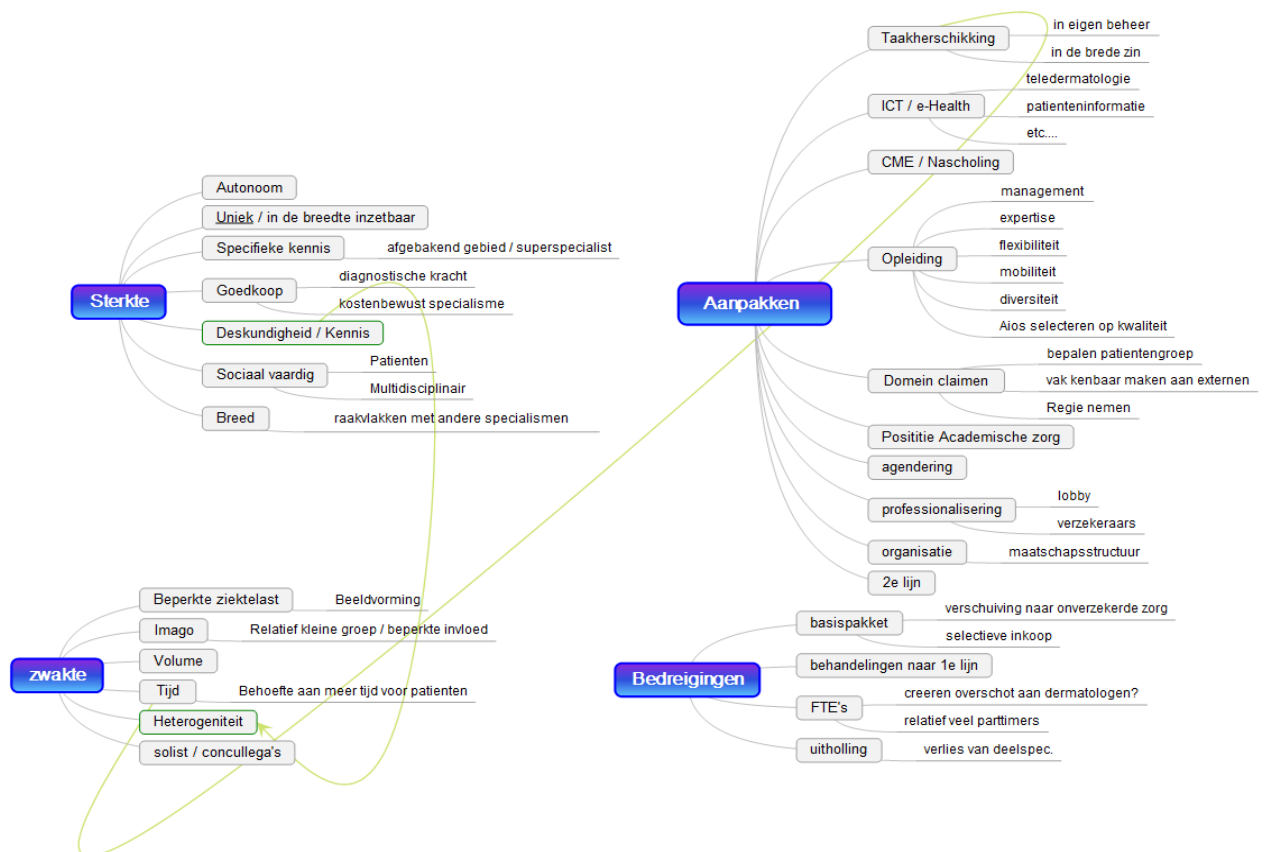
Dit bij velen tot de verbeelding sprekende deelgebied omvat in brede zin de verfraaiing van huid en contouren van het lichaam. Behalve het adviseren over en eventueel behandelen van ongerechtigheden op de huid, behelst dit in toenemende mate ook het corrigeren van verouderingsverschijnselen zoals rimpels met vulmiddelen, lasers of spierverslappers, behandeling van storende bloedvaatjes of pigmentaandoeningen in het aangezicht, maar ook het behandelen van littekens (bijvoorbeeld littekens door acne), het verwijderen van overmatige beharing met laser/flitslampen en het verwijderen van overtollig vet met liposculpture of liposuctie. Ook dermografisme (aanbrengen van permanente tattoo's) behoort tot de cosmetische dermatologie.

De dermatoloog beschikt naast het blote oog over een aantal relatief eenvoudige maar zeer effectieve diagnostische methoden die alleen in ervaren en vertrouwde handen voldoende rendement opleveren en duurdere diagnostiek overbodig maken. Voorbeelden hiervan zijn dermatoscopie, epicutane en intracutane testen ('plak & priktests'), directe huidtesten (kaliloog preparaat, gram preparaat, methyleen blauw preparaat en Giemsa preparaat, natieve preparaten, in- en excisie preparaten voor histologisch onderzoek met eventuele gerichte extra kleuringen, aanvullend hematologische en klinisch chemisch onderzoek, doppler- en duplex-onderzoek, plethysmografie en beeldvormend onderzoek (zoals bijvoorbeeld lymphescintigrafie), lichttesten en provocatie onderzoek en verschillende kweekmethodieken

2 Waar staan we?

SWOT: Sterkte-zwakte analyse van de dermatologie

Na voorbereidend werk van individuele leden, wijdde de werkgroep één vergadering aan een SWOT analyse van de dermatologie in Nederland. Zo'n analyse behelst het benoemen van de sterke en zwakke kanten van de beroepsgroep, de kansen en bedreigingen, alsmede het benoemen van die items die een nadere aanpak verdienen. In schema.



Dit complexe schema verdient toelichting en nadere prioritering.

1 Sterkte

De dermatoloog is goed opgeleid, met hoge diagnostische kennis, autonoom dan wel multidisciplinair werkend, en sociaal vaardig. De grootste expertise van de dermatoloog in vergelijking met de huisarts en andere vakgebieden ligt in de *diagnostische kennis*. Adequate therapie en de geëigende verrichtingen zijn enkel mogelijk als deze diagnostiek berust op een *hoog en breed niveau van kennis en deskundigheid met bijpassende vaardigheden*. De algemene opinie en de ervaring is dat de diagnostische vaardigheden in de 1^{ste} lijn afnemen, door geringe aandacht voor dermatologie in de opleiding tot huisarts.

De punten die in deze paragraaf verder aan bod komen, kunnen met goede reden ook beschouwd worden als ‘bedreigingen’.

De politieke reflex van het verschuiven van zorg (en vooral verrichtingen) naar de 1^{ste} lijn behelst een risico: toenemende onkunde leidt tot onnodige en bovendien dure diagnostiek. Hieruit voortvloeiende verrichtingen kunnen onnodig zijn en zelfs schadelijk voor de patiënt. *Het vaak gepropageerde ‘verwijderen van moedervlekken in de 1^{ste} lijn’ is geen doel op zichzelf. Adequate doelmatige diagnostiek van huidafwijkingen - waaronder moedervlekken - daarentegen wel degelijk. Dit vereist kennis en diagnostische vaardigheden die slechts beperkt aanwezig zijn in de 1^{ste} lijn. Het gebruik van dermatoscopie in de 1^{ste} lijn (ook voor dermatologen een intrigerend, lastig instrument in gebruik) is weliswaar geëvalueerd in een klinische setting, maar nog geenszins toepasbaar in de algemene praktijk van de 1^{ste} lijn. Veel dermatologen zien dit zelfs als een bedreiging. Het risico van over-diagnostiek met ondoelmatig gebruik van bijvoorbeeld histologisch onderzoek is zeer denkbeeldig. Nog afgezien van de onnodige invasieve belasting (ingreep) voor de patiënt.*

Eenzelfde beeld doemt op bij verwijzing van dermatologische problematiek naar een andere 2^e lijnszorgverlener dan een dermatoloog (chirurgen, plastisch-chirurgen, KNO-artsen, oogartsen, etc).

Dergelijke verwijzingen gebeuren om onduidelijke redenen. Het is met name vaak de huisarts die naar eigen inzicht kiest voor een (vaak chirurgische) behandeling. Dat gaat voorbij aan doelmatige diagnostiek die niet zelden een interventie overbodig maakt. Hierbij zijn de kosten van de diagnostiek plus de onnodige interventie doorgaans hoger dan de dermatologische (non)interventie (met doelmatig gebruik van de beperkte financiële middelen).

Bijdragen aan doelmatige zorg betekent: huidaandoeningen van welke aard dan ook primair verwijzen naar de dermatoloog voor deskundige diagnostiek en dito behandeling. Hiertoe behoort ook de verwijzing naar aanpalende specialismen. Een randvoorwaarde daarbij is dat de dermatologische praktijken zich in een netwerkconstructie organiseren om het brede aanbodpalet te kunnen waarmaken.

Het is een misvatting dat zorg in de 2^{de} lijn altijd duurder is dan zorg in de 1^{ste} lijn. Wanneer dermatologen op kostprijs zouden kunnen/mogen concurreren met de 1^{ste} lijn (in sommige landen in Europa is dat gebruikelijk), is een betere vergelijking te maken. Dermatologen zullen in een dergelijke concurrentiestrijd welhaast zeker goedkoper en doelmatiger blijken. Door het huidige financieringssysteem komen dermatologische DOTs terecht in een mandje met producten van andere specialismen. Zo ontstaat voor de dermatologie een prijsopdrijvend product (en derhalve niet concurrerend). Niettemin kiest men binnen ons systeem voor de poortwachtersfunctie van de huisarts, als centrale spil in de zorg. Daarin schuilt een intrinsieke controverse: men maakt graag een vergelijking met de 2^{de} lijn, waar het financieringssysteem echte concurrentie onmogelijk maakt. Dit alles laat onverlet dat ook de NVDV de huisarts de rol toedicht van spil van de zorg; de NVDV streeft er niet naar om meer triviale dermatologische zorg naar de 2^{de} lijn te halen.

2 Zwakte

Er is sprake van een gebrek aan *professionalisering* binnen een kleine, heterogene beroepsgroep. Het profiel van de dermatoloog is vaak niet duidelijk genoeg. *Het is verwarrend voor patiënten en verzekeraars en oogt als een zwakte van de beroepsgroep dat men in de ene regio alle dermato-chirurgie of flebologie verwijst naar de (plastisch- respectievelijk vaat)chirurg, terwijl in andere regio's diagnostiek en behandelingen nagenoeg geheel gebeurt in eigen beheer door de dermatoloog.*

In de praktijk zijn relatief kleine maatschappen en vakgroepen actief, met een relatief grote *praktijkvariatie*. Kleinere maatschappen kunnen onmogelijk het hele palet van de dermatologie bestrijken, inclusief alle deelgebieden bestrijken. Het is gewenst een groter samenwerkingsverband tussen dermatologen te realiseren, met onderlinge afstemming en doorverwijzing.

Dermatologie heeft een imagoprobleem door het relatief grote aandeel van ziektebeelden met *beperkte ziektelast*. Eczemen kennen bijvoorbeeld een weging van 0,1 in GBD-lijst (Global Burden of Diseases). Ondanks de beperkte individuele ziektelast van een aantal dermatologische aandoeningen kan, ten gevolge van de hoge prevalentie, de totale ziektelast van een aandoening zeer hoog zijn (o.a. acne, eczeem en schimmelinfecties). Bovendien is in de toekenning van de last enkel rekening gehouden met de mate van functioneel gezondheidsverlies en is de psychosociale impact bewust genegeerd. In de dermatologie zijn er veel aandoeningen die een beperkt functieverlies hebben, maar wel een aanzienlijk verlies van kwaliteit van leven geven. Die impact valt nu buiten de boot. Dit beperkt de doorzettingsmacht bij toewijzing van noodzakelijke praktijkmiddelen. Daar komt bij dat voor veel aandoeningen de grens met de cosmetiek - die moeilijk te definiëren is maar in ieder geval een niet-medisch geïndiceerde behandeling bevat - niet scherp is te trekken. Bij vele huidziekten spelen psychosociale impact en cosmetische aspecten een belangrijke rol zoals bij eczeem, psoriasis of acne, en soms zelfs een centrale rol (hyperhydrosis). Maar het is daarnaast ook altijd een onderdeel van de behandeling van actinische keratosen, huidkanker en dergelijke. Dat ontlokt commentaar dat dermatologen actinische keratosen vaak 'onnodig' behandelen. Men gaat er dan geheel aan voorbij dat actinische keratosen er heel onappetitelijk kunnen uitzien en ook klachten kunnen geven.

In de toekenning van normtijden ten tijde van de introductie van de DBC systematiek heeft de dermatologie te weinig tijd toebedeeld gekregen voor de consulten. Dit wrekt zich steeds duidelijker naarmate de registratielast en complexiteit van de medisch specialistische zorg toeneemt. Steeds is er dus de dreiging van te beperkte tijdsbesteding aan de individuele patiënt.

3 Bedreigingen

De dreigende wijzigingen in het basispakket brengen mogelijk beperkingen met zich mee. Hierdoor zouden patiënten wellicht niet langer de diagnostiek en behandeling krijgen die past bij een moderne, westerse samenleving. Hierbij spelen de dreigingen van de *lage-ziektelast discussie* zeker een rol. Zorgverzekeraars kunnen selectieve dermatologische zorg inkopen bij aanbieders met aantrekkelijke prijsstelling. Wie bepaalt die kwaliteit? De opkomst van

dermatologische ketens is duidelijk zichtbaar en groeiende (hun aandeel is thans in Nederland geschat op circa 5 procent). Zij hebben een helder omschreven volume en kwaliteit. Zodoende valt te verwachten dat zorgverzekeraars dit aandeel van de zorg willen uitbreiden naar 30-40 procent. Dat past ook goed bij de door VWS gewenste concentratie van zorg, met specialisatie en reductie van ziekenhuizen.

De *verschuiving* van de 2^e lijnszorg naar de 1^{ste} en 1½ lijn. Verschuiving van zorg naar een lager echelon is goed te verdedigen en wenselijk vanuit diverse perspectieven. Echter, een belangrijke randvoorwaarde is voldoende kennis en deskundigheid. Dat vereist langetermijnvisie met inzet op scholing van de 1^{ste} lijn. Die dermatologische scholing is zonder voorafgaande investering onvoldoende aanwezig; de inbreng van dermatologie in de huisartsenopleiding is de laatste jaren juist verminderd.

In diverse universitaire centra is het dermatologie coassistentenschap facultatief. Dat betekent dat men basisartsen opleidt zonder dat deze kennismaken met de dermatologische patiëntenzorg. Kiezen zij uiteindelijk voor het specialisme huisartsgeneeskunde, dan worden het huisartsen die nooit zijn geschoold in de praktische dermatologie. De enige kennis die zij hebben, komt uit de huisartsopleiding. Dat is nogal mager voor een vak waarin 16% van de huisartsenzorg dermatologische problemen behelst.

De oplossing van dit probleem zoeken beleidsmakers door het inzetten van hulppersoneel: Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistants (PA). Deze, inmiddels wettelijk verankerde en BIG geregistreerde, zorgmedewerkers gaan een belangrijke rol spelen in de organisatie van de zorg. Zij nemen echter de rol van de spil in de zorg (huisarts) niet weg. *Inmiddels worden ook de PA's in de huisartsenpraktijk ingezet voor het zelfstandig afwerken van consulten met lage-ziektebelasting. Het valt op dat PA's vanuit de huisartsenpraktijk patiënten met een dermatologisch ziektebeeld - al dan niet met tussenkomst van huisarts - verwijzen naar de 2^e lijn.*

Indien voldoende opgeleid, is dat op zich geen bezwaar ('bekwaam = bevoegd'), maar is dat voldoende geborgd? Is dat kostenbewust? Wie heeft de regie, wie is geschoold en op welke wijze? Dreigt versplintering van zorg? Wie bewaakt de kwaliteit? Misschien is het formeel allemaal goed geregeld, maar pakt dit toch niet goed uit. Is dit wel eens geëvalueerd en zo ja, is dat dan wat wij willen?

Door demografische en sociaaleconomische ontwikkelingen (meer vrouwen werkzaam binnen de dermatologie, beide partners werkzaam binnen een gezin) is er een toenemende wens om parttime te werken als dermatoloog. Maatregelen die de continuïteit van patiëntenzorg kunnen waarborgen zijn hierbij essentieel: bijvoorbeeld een goede patiëntoverdracht tussen de (parttime werkende) collega-dermatologen en een goede afspraken over waarneming bij afwezigheid.

Dermatologie kent diverse deelgebieden. Van oudsher bestaat een gezonde spanning in de relatie met andere specialisten over de invulling van de deelspecialismen. In zekere zin kennen we altijd al de concurrentie met de huisarts inzake dermatologie. Gechargeerd gesteld: de huisarts heeft weliswaar dezelfde visuele impressie als de dermatoloog maar mist het

getrainde oog van de dermatoloog. De huisarts heeft in principe dezelfde therapeutische mogelijkheden voorhanden, maar mist de kennis en ervaring om deze gericht en adequaat in te zetten. In tegenstelling tot andere specialismen ontleen de dermatologen weinig bescherming van hun vakterrein aan specifieke apparatuur, zoals de oogarts door de spleetlamp, de MDL-arts door de endoscoop en de radioloog door CT, MRI, echo etc. Desalniettemin heeft de dermatoloog met zijn bij uitstek geoefend oog en uitgebreide dermatologische bibliotheek (in cerebro), samen met zijn histopathologische en pathofysiologische kennis een onmiskenbare en algemeen geaccepteerde meerwaarde bij de diagnostiek en behandeling van de huid.

De discussie wordt anders als het gaat om daaruit voortvloeiende verrichtingen. Hierbij zijn anderen (VS en PA), maar ook basisartsen en daartoe getrainde (basis)artsen inzetbaar mits voldoende geschoold (wettelijk geregeld volgens het principe ‘bekwaam maakt bevoegd’). Dan is sprake van concurrentie. Deze ‘laagcomplexere zorg met hoog volume’ is door de lagere kosten bedrijfsmatig interessant (flebologie, screening moedervlekken met hulpapparatuur, screening huid(pre)maligniteiten, dermato-chirurgie). Het minimaal vereiste aantal verrichtingen voor het veilig en doelmatig toepassen van behandelingen (naar analogie slokdarmkanker bij chirurgen) is binnen dermatologie nog niet gangbaar. Wel wordt bijvoorbeeld complexe dermato-oncologie al jaren uitbesteed aan specifiek toegeruste centra (cutane lymfomen, Mohs micrografische chirurgie). Daarnaast bestaan diverse expertisecentra (arbeidsdermatologie, lymfoedeem, wondexpertisecentra, etc.) met een eigen signatuur. De SOA zorg staat al vele jaren ter discussie; slechts een deel van de dermatologische praktijken verstrekt nog deze zorg.

Wat betreft flebologie biedt de Dutch College of Phlebologists (DCoP) een opleiding voor basisartsen aan, te verzorgen door (vaat)chirurgen en dermatologen.

De dermato-chirurgie, proctologie, allergologie, cosmetische dermatologie bewegen zich alle in het grensgebied van verschillende disciplines. Men kan dit zien als een bedreiging maar - in de juiste organisatievorm – ook als een kans.

4 Kansen/ aan te pakken

De taakherschikking zal voortschrijden. Taakherschikking regelt de inzet van hulppersoneel zoals dermatologisch verpleegkundigen, toegewijde doktersassistenten, verpleegkundig specialisten, physician assistants, huidtherapeuten, etc. De wettelijke status van deze verschillende groepen vormt daarbij de uiteindelijke weerslag van de realiteit en dient ter bescherming van de patiënt en de formalisering van de geleverde zorg.

ICT en scholing, in het bijzonder met gebruikmaking van e-Health: de NVDV heeft traditioneel veel aandacht voor de interactie tussen patiënt en zijn hulpverleners, de toegankelijkheid van gerichte en noodzakelijke informatie alsmede de interactie met patiëntenverenigingen. Dit leidde tot een bundeling van krachten tussen Huidfonds, NVDV en Huidpatiënten Nederland. Die bundeling biedt kansrijke initiatieven.

Opleiding: de 5-jarige opleiding dermatologie is goed gestructureerd en ingericht, maar kent vooral in de deelgebieden een grote variatie in kennis- en vaardigheidsniveau. Zodoende

ontstaat al binnen de opleidingsklinieken een ongewenste praktijkvariatie. Upgrading en stroomlijning is vereist.

Domein claimen: een claim leggen op domeinen is enkel mogelijk bij voldoende kennis en ervaring. Bewaking van scholing in deze deelgebieden is noodzaak.

Het streven naar en nemen van regie vormen misschien wel de belangrijkste doelstelling voor de toekomst. Immers het nemen van de regierol – in welke vorm dan ook – vormt de basis voor het verwezenlijken van de door dermatoloog gewenste en alsmaar veranderende inrichting van de dermatologische zorg. Het laatste hoofdstuk van dit rapport is derhalve gewijd aan de huidige mogelijkheden en organisatorische opties voor de toekomst.

3 Pijler 1: Transparante zorg

Uit: De medisch specialist 2015

Pijler 1: Transparante zorg:

- **Zet in op klinische registraties voor het maken van spiegelinformatie • Maak openbare kwaliteitsindicatoren op basis van klinische registraties**

Als een rode draad door de voorstellen loopt goede kwaliteitsinformatie. Het is de katalysator van wenselijke veranderingen. Het visiedocument pleit ervoor verder te gaan met het ontwikkelen en toepassen van klinische registraties, waarbij uitkomsten van behandelingen en patiënttevredenheid over de behandeling meegenomen moeten worden. Specialisten en ziekenhuizen voeren voor elke behandelde patiënt kwaliteitsindicatoren in en ontvangen een terugkoppeling van hun relatieve prestaties (spiegelinformatie). De ambities rond klinische registraties zijn alleen haalbaar als de noodzakelijke ICT-voorzieningen op orde zijn.

Inleiding

Voor een buitenstaander blijft de (medisch specialistische) zorg een nauwelijks te doorgronden activiteit. Dat komt enerzijds door de vereiste hoog-specifieke kennis en anderzijds door de grote verscheidenheid aan ziekten, therapeutische mogelijkheden en behoeften. Dat alles verklaart de grote variatie in de zorg. De behoefte aan zorg is groot. Allereerst omdat iedere Nederlander vroeg of laat te maken krijgt met de zorg. Daarnaast neemt de levensverwachting toe door de groeiende behandelmogelijkheden van ziekten als diabetes, astma/COPD, hart- en vaatziekten maar ook van heel complexe, invaliderende ziekten. Zodoende neemt de zorg een steeds groter deel in van het beschikbaar budget. De maatschappelijke wens om de zorg transparant(er) te maken, mag legitiem heten.

Doel van transparantie

Transparantie dient verschillende doelen. Het voornaamste doel is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren via spiegelinformatie voor artsen, patiënten en derden. Een arts krijgt beter zicht op zijn functioneren als de geleverde zorg en de resultaten inzichtelijk zijn. Dat maakt het ook mogelijk het eigen functioneren te vergelijken met collega's in de maatschap, regio of landelijk. En uiteindelijk ook internationaal. Transparantie toont de weerspiegeling van de geleverde kwaliteit en van de mate van praktijkvariatie. Daarmee is het een belangrijk instrument voor de implementatie en verbetering van de eigen richtlijnen. Zo kan ook de patiënt zich informeren over de kwaliteit van de beschikbare zorg, voor een bepaald ziektebeeld en in zijn/haar directe omgeving.

Naast de potentiële kwaliteitsinjectie zal inzicht in de zorg waarschijnlijk ook ingezet worden om de selectieve inkoop van zorg te verantwoorden en mogelijks zelfs consequenties hebben in tuchtrechtelijke en civielrechtelijke zin. De effecten van transparantie kunnen dus vergaand zijn, waarbij weerstand van betrokken partijen niet valt uit te sluiten. Een zekere parallel valt te trekken met de introductie van evidence based richtlijnen in het verleden. Destijds bestond ook de angst dat richtlijnen het medisch handelen zouden overheersen. De vrees voor deze keerzijde van de transparantie, mag de NVDV er niet van weerhouden om het goede ervan na te streven.

Facturatiedata

De grootste bron van informatie over de consumptie van curatieve zorg bestaat uit de declaraties ingediend bij de zorgverzekeraars. Op aggregatieniveau zijn deze data publiekelijk beschikbaar, maar de meer specifieke gegevens zijn ondergebracht in omvangrijke databases van zorgverzekeraars. Dit is een potentiële goudmijn van informatie. Die data zullen meer en meer geanalyseerd en gebruikt worden voor het monitoren van de geleverde zorg. Het meest bekende voorbeeld in de dermatologie is het *Plexus Rapport* over praktijkvariatie bij de behandeling van varices. In het vakgebied chirurgie gebruiken zorgverzekeraars deze data door om bepaalde volumenormen op te leggen. Hoewel analyses van declaratiedata interessante inzichten over de zorg kunnen opleveren, moeten interpretaties met kennis van zaken worden gedaan. Deze analyses bevatten namelijk weinig tot geen klinische informatie van zowel de arts als de patiënt (zoals exacte diagnose, ziekte-ernst, ‘patient reported outcomes’, eerdere behandelingen). Dus de case-mix van een praktijk is hierin niet of onvoldoende verdisconteerd.

De invalshoek is een andere beperking. Tot op heden analyseert men enkel vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar. Daarmee bestaat een reëel risico op ‘observer bias’. De mening van de werkgroep luidt: het zelfstandig en centraal verzamelen van eigen, landelijke data is belangrijk. Enerzijds om hieraan klinische gegevens toe te voegen, anderzijds om een gebalanceerde discussie te kunnen voeren met andere partijen.

Top down of bottom up?

De centraal opgelegde ZiZo indicatoren voor melanoom, psoriasis, atopisch eczeem en varices leverden niet het vooraf verwachte inzicht op. Terugkijkend op de introductie van deze indicatoren hebben de NVDV en haar leden de impact ervan niet goed ingeschat. Een aantal van deze indicatoren kregen onvoldoende draagvlak bij collega-dermatologen. Men ervaart het scoren van de huidige indicatoren vaak als een onnodige maar verplichte registratielast, terwijl de verhoopte kwaliteitsdiscussie uitblijft. Voor het creëren van voldoende draagvlak voor de registratielast hebben de leden behoefte aan kwaliteitscriteria voor (behandeling van) de belangrijkste dermatosen. Criteria die door de wetenschappelijk vereniging onderbouwd zijn, met brede acceptatie door dermatologen. De maatschappij gunt ons geen vrijblijvendheid meer om criteria op te stellen waaraan we zelf getoetst willen worden en daar vervolgens ook beleid op voeren. De uitdaging is om een *beperkt aantal relevante* indicatoren per ziektebeeld vast te stellen die een afspiegeling zijn van de uitkomsten van de zorg en het beschikbare zorgproces. We moeten voorkomen dat ze gebruikt worden om nieuwe zorgprocessen te introduceren. Het vaststellen van dergelijke indicatoren behoort tot de speerpunten van het huidige bestuur, de domeingroepen en de ingestelde commissie normen.

Pro- of reactief beleid

De meeste artsen begrijpen dat de maatschappij recht heeft op een zekere mate van transparantie. Toch heerst er veelal een afwachtende houding. Dat de maatschappij er echt behoefte aan heeft, illustreren door de patiënt geïnitieerde acties zoals Spataderkeurmerk en Kwaliteitszegel Dermatologie. De zorgverzekeraars stellen toenemend - via hun

inkoopvoorwaarden - eisen onder de noemer van kwaliteit. De tendens is dus onomkeerbaar. Belangrijk is dat de dermatoloog als medisch specialist zelf *in the lead* blijft en de regie niet uit handen geeft. Wat daarvoor nodig is? Uit de *comfort zone* komen en de uitdaging aangaan.

D-page

Het bestuur lanceert voor het onderbrengen van kwaliteitscriteria in eigen beheer de dermatology-page of *D-page* via de website van de vereniging. Dit dermatologisch dashboard wil de gebruikers voorzien van een gecentraliseerde website van de digitale visitaties, complicatieregistraties, de meest gebruikte hulpbronnen, onderlinge communicatie en ook registraties. Idealiter is er een koppeling met het elektronisch patiëntendossier om dubbelregistratie te voorkomen. Dit moet lokaal worden geregeld. Het doel is om circa 5-10% van de patiëntcontacten te registreren in de klinische registraties en indicatoren. Andere ziekteregistraties kunnen wel tot 45 minuten duren. Zo niet D-page. Er is gekozen voor voornamelijk poliklinische dermatologie in de vorm van een beperkt aantal vragen (circa 5-7). We zullen de te registreren ziektebeelden of behandelingen kiezen op basis van de prioritering. Deze kunnen wisselen in de loop der jaren. De relevantie van de verkregen informatie is mede afhankelijk van de participatiegraad van de dermatologen. Op termijn gaan we bekijken of deze registratie te koppelen is aan landelijke initiatieven zoals het DICA (Dutch Institute of Clinical Auditing), ter borging van de kwaliteit, ondersteuning en duurzaamheid. Dit instituut heeft zijn registraties nu uitgebreid van de chirurgie naar geneesmiddelen (onder andere vemurafenib voor melanoom) en zal daar meer en meer ervaring mee opdoen. De financiering van een dergelijke registratie draagt initieel de NVDV, maar op termijn moeten we zien of en in welke mate dit te verrekenen is via de DOT financiering en/of bijdragen van de zorgverzekeraars.

Indicaties voor registratie

In de fase waarin het registreren daadwerkelijk meerwerk met zich meebrengt, kiezen we voor een conservatieve en gefaseerde aanpak: liever een beperkt aantal, goed geregistreerde ziektebeelden/behandelingen dan een veelheid van slecht geregistreerde indicaties. De keuze voor behandel-indicaties hangt af van hun klinische relevantie, de financiële gevolgen ofwel het feit dat ze ter discussie staan. Denk daarbij aan de volgende voorbeelden:

- Melanoom IB en hoger
- Vismodegib voor basaalcelcarcinoom
- Fotodynamische therapie bij basaalcelcarcinoom, actinische keratosen
- Moh's micrografische chirurgie bij basaalcelcarcinoom
- Excisie van benigne tumoren
- Biologics voor psoriasis
- Endoveneuze thermale ablatie van stamvarices
- Systemische medicatie bij atopisch eczeem
- Epicutane testen bij vermoeden op contacteczeem.

4 Pijler 2 Zorg in Samenhang

Uit: De medische specialist 2015

Pijler 2: Zorg in samenhang:

- Kies voor *bottom up* in plaats van *top down* bij de herinrichting van het zorglandschap
- Zet in op samenwerking in netwerken en met de eerstelijnszorg
- Werk aan taakherschikking waar dit ten goede komt aan kwaliteit en doelmatigheid
- Bouw voort op ervaringen met *internetcommunities* en virtuele netwerken
- Experimenteer met buurtgezondheidscentra

Er bestaat geen blauwdruk van de gewenste veranderingen in het zorglandschap. Trends leveren hiervoor geen eenduidige signalen op. Enerzijds kiest de patiënt vaker voor gespecialiseerde klinieken (orthopedie, ogen) waar doelmatig en patiëntgericht wordt gewerkt aan specifieke aandoeningen. Anderzijds is er de trend van toenemende multimorbiditeit waardoor de behoefte aan geïntegreerde, multidisciplinaire ziekenhuizen juist toeneemt. Om recht te doen aan deze trends is diversiteit binnen het toekomstige zorglandschap het sleutelwoord. Om deze ontwikkelingen goed te laten landen wordt er in het visiedocument voor gepleit om veranderingen in het zorglandschap waar mogelijk over te laten aan lokale initiatieven van ziekenhuizen en medisch specialisten, waarbij evaluatie van behandelprocessen essentieel is. Alleen zo valt recht te doen aan lokale verschillen.

Internetcommunities en virtuele netwerken

Een veelbelovend hulpmiddel om patiënten te helpen bij het regisseren van hun eigen zorg, zijn besloten *internetcommunities* rond specifieke aandoeningen. Dergelijke *communities* dragen bij aan snelle kennisdeling en zelfmanagement van de patiënt. Een mooie toepassing is het eczeemportaal van het UMCU. Het eczeemportaal is een beveiligde internet site en biedt mogelijkheden aan eczeempatiënten: registreren van gegevens over de ernst van het eczeem door digitale foto's en scorelijsten, e-mail contact met de verpleegkundige, inzicht in de voorgeschreven behandeling door koppeling met het epd, registreren van de toegepaste behandeling in een zelf- of medicijn dagboek, inzicht in afspraken op de poliklinieken van het UMCU en inzicht in relevante informatie over constitutioneel eczeem.

De voormalige stichting Aquamarijn, nu gefuseerd met het Huidfonds, heeft het initiatief genomen tot het ontwikkelen van een 'E-learning programma Kwaliteit van Leven'. De patiënt kan dit zelfmanagement-programma zelfstandig doorlopen, eventueel onder begeleiding van zijn behandelaar. Het programma heeft als doel patiënten met een chronische huidaandoening te ondersteunen en hen kennis en vaardigheden te laten ontwikkelen en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Het programma beoogt zelfbewustzijn, zelfmanagement en 'empowerment' van patiënten te vergroten en gedragsverandering te bevorderen.

E-healthtoepassingen, gericht op zelfmanagement, worden in het algemeen nog nauwelijks gebruikt. Ook de groep die hier in de toekomst gebruik van wil maken, is nog redelijk beperkt. Dat blijkt uit de eHealth-monitor 2013 van Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) en onderzoeksbureau Nivel. Bijna alle Nederlanders hebben inmiddels toegang tot internet, 66% zoekt online naar informatie over zijn ziekte of behandeling. Toch blijft het gebruik van toepassingen gericht op zelfmanagement achterwege.

Om dermatologische patiënten aan te zetten tot zelfmanagement is goede informatie belangrijk. Wanneer de dermatoloog en zijn medewerkers het gebruik en de mogelijkheden

beter leren kennen en hierover de patiënten beter gaan informeren, zal het gebruik toenemen. Het is van belang de meerwaarde van e-health meer zichtbaar te maken. Betere voorlichting over de verschillende toepassingen, zoals dagboeken en het zelf bijhouden van gezondheidsgegevens, draag hieraan bij.

De verwachting is dat de komende jaren uiteenlopende vormen van e-health-toepassingen zullen ontstaan.

Veranderend zorglandschap 1^e, 2^e en 3^{de} lijn

Het “zorglandschap” verandert continu door medische ontwikkelingen, wijzigingen in de bevolkingsstructuur, een veranderende leefstijl en door toenemende kosten met een steeds beperkter budget. Er bestaat geen marsroute voor de gewenste veranderingen in dit landschap. Enerzijds kunnen gespecialiseerde klinieken topklinische zorg bieden voor een klein onderdeel van het vak, anderzijds neemt met de veroudering ook de multimorbiditeit toe. Dat laatste vraagt om een geïntegreerde, multidisciplinaire benadering.

Leidraad voor taakherschikking tussen de lijnen dient te zijn: ‘*de juiste zorg op de juiste plaats*’. Doelmatigheid mag niet ten koste gaan van kwaliteit. Het systeem van zorgverlening met schotten tussen de 1^e, 2^{de} en 3^{de} lijn bestaat weliswaar nog steeds, maar lijkt op de helling te staan. Het systeem is dan wel archaïsch maar functioneerde tot op heden redelijk. Dit systeem is ook niet statisch; behandelingen die gisteren in de 3^{de} lijn uitgevoerd werden, worden vandaag door de 2^{de} lijn toegepast en zullen morgen in de 1^e lijn aangeboden worden. Alleen door deze dynamiek blijft er capaciteit in de 2^{de} en 3^{de} lijn over om nieuwe technieken te ontplooiën en blijft de zorg betaalbaar. De 1^e lijn heeft ondersteuning nodig om de extra werklast op te vangen. Het lijkt daarom op middellange termijn verstandiger om de huisarts beter bekwaam te maken dan om alsmaar meer dermatologen op te leiden.

Samenwerking huisarts & 1½ lijnszorg, multidisciplinair werken

In de opleiding van de Nederlandse huisartsen neemt de dermatologie een (te) kleine plek in. Tussen individuele huisartsen bestaan grote verschillen wat betreft de kennis op dermatologisch gebied. De bestaande NHG-Standaarden (acne, bacteriële huidinfecties, constitutioneel eczeem, decubitus, dermatomycosen, psoriasis en ulcus cruris venosum) dekken maar 1/6 van de zorgvraag in een gemiddelde dermatologische praktijk af. Ongeveer 16% van de zorgvragen in de huisartsenpraktijk betreffen een huidprobleem en de druk op de dermatologische praktijk neemt aanzienlijk toe door de zorgvraag rond vooral premaligne en maligne aandoeningen.

De focus van de samenwerking met de huisarts moet liggen op:

- Kennisoverdracht met speciale aandacht voor de sterke groei van (pre)maligne huid aandoeningen.
- Uitbesteden/doorschrijven van behandelingen van laagrisico (pre)maligniteiten aan/naar de 1^e lijn.

Kennisoverdracht is het snelst op lokaal niveau te bereiken. Samenwerkingsafspraken, afspraken over selectie/triage voor verwijzing en lokale/landelijke nascholingen (zoals dermatoscopie voor huisartsen) spelen hierin een grote rol. Tevens kunnen verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) uitgroeien tot de intermediair van kennis uit de 2^{de} lijn naar de 1^e lijn.

Kennisoverdracht op landelijk niveau kan ontstaan door een samenwerking van NVDV en NHG om de NHG-Standaarden uit te breiden en om een afgevaardigde van het NHG te laten deelnemen aan multidisciplinaire richtlijnen. Deze richtlijnen en standaarden zouden ook duidelijke werkafspraken kunnen bevatten over de werkverdeling en de indicaties voor door- en terugverwijzing. Op bestuurlijk niveau moet actie ondernomen worden om te kijken naar de haalbaarheid van een kaderopleiding dermatologie binnen de landelijke huisartsenopleiding. Een alternatief hiervoor is een certificaat dermatologie voor huisartsen waardoor huisartsen bepaalde behandelingen kunnen uitvoeren en declareren.

Zorg in de 1,5^{de} lijn beoogt (naast een zekere kennisoverdracht) het uitbesteden/doorschuiven van behandelingen van de 2^{de} naar de 1^e lijn. De doelmatigheid, efficiency en kwaliteit van medisch specialistische zorg zijn niet gebaat bij het vergaand integreren van dermatologen in de 1^{ste} lijn. Hierbij is doorgaans de patiënten-zwaarte en patiënten-mix passend bij en teveel onderdeel van de 1^{ste} lijn. Dat maakt de toegevoegde waarde van de dermatoloog te beperkt. Ook de poortwachterfunctie van de huisarts komt hiermee onder druk te staan.

Op lokaal niveau zal geëxperimenteerd moeten worden om de zorg in de 1,5^{de} lijn te organiseren, zonder verlies van kwaliteit. De inzet van dermatologisch geschoolde VS en PA in een ‘verlengde arm constructie’ biedt mogelijkheden bij de triage van diverse dermatosen. Belangrijke randvoorwaarden zijn hierbij eenduidige kwaliteitsnormen gedefinieerd door de NVDV, protocollaire regelingen van de door VS en PA uit te voeren handelingen en goede communicatie richting patiënt en (andere) verwijzers.

Samenwerking binnen de 2^{de} lijn maar ook binnen de 3^{de} lijn kan eveneens kwaliteit en efficiency van de zorg vergroten. Hierbij moet men niet alleen denken aan multidisciplinair werken.

Dermatologische zorg kunnen dermatologen het beste leveren. Gebruikmaking van speciale kennis en vaardigheden van een collega-dermatoloog in de regio/stad verdient nadere ontwikkeling en heeft de voorkeur boven doorverwijzen naar een ander specialisme.

Denk hierbij aan de flipperkast waarin sommige patiënten met een huidkanker belanden: verwezen van de huisarts naar de chirurg voor de excisie van een basaalcelcarcinoom op de wang, van daar naar de plastisch chirurg voor de reconstructie en tot slot naar de dermatoloog voor de follow-up. Laatstgenoemde ontdekt uiteindelijk nog twee andere basaalcelcarcinomen achter het oor en op de rug. Andere voorbeelden betreffen patiënten met varices of allergieën.

Multidisciplinair samenwerken zal voorbehouden moeten zijn voor aandoeningen die verschillende orgaansystemen betreffen. Denk aan patiënten met ernstige atopische ziekte of

genetische syndromen. Het bespreken van ‘hamerstukken’ in multidisciplinaire bijeenkomsten kan beter worden teruggedrongen.

Expertisecentra

Vanouds vormen de academische centra de expertisecentra in de dermatologie. De laatste jaren dreigt hierin een grote verandering op te treden. De farmaceutische industrie (en ook gespecialiseerde klinieken) hebben op het gebied van geneesmiddelenonderzoek en bepaalde behandelingen een veelal grotere expertise dan de universitaire medische centra (UMC's). De kostenstructuur zorgt ervoor dat de 3^{de} lijn steeds meer 2^{de} lijns ‘productie’ levert om geld te verdienen. Dit brengt continuïteit en kwaliteit in het gedrang van de drie hoofdtaken van de UMC's, namelijk topklinische zorg, onderwijs en onderzoek.

Topklinische zorg valt te onderscheiden in hoogcomplexe (dure en individuele) zorg en gespecialiseerde zorg. Minder complexe techniek is pas doelmatig en kwalitatief hoogwaardig toepasbaar bij een hoge (bovenregionale) patiëntenstroom. UMC's zouden zich kunnen concentreren op de hoogcomplexe zorg, te financieren (zonder marktwerking) door de samenleving. Hierbij hoort ook de maximaal geïntegreerde en multidisciplinaire zorg voor de patiënt met multimorbiditeit. Gespecialiseerde zorg kunnen dan gespecialiseerde klinieken verlenen, bij voorkeur in een samenwerkingsverband met de UMC's. Samen vormen deze de expertisecentra voor de topklinische zorg. De 2^{de} lijns ‘productie’ heeft hierin om redenen van doelmatigheid een marginale plek.

Het invullen van onderwijs blijft de expertise van de UMCs wat betreft de basisstudie geneeskunde. In de opleiding tot medisch specialist zal het uitdunnen van de 2^{de} lijnszorg in de UMC's tot een toename van perifere stages leiden. Dit noopt niet alleen tot aanpassing van de opleidingscurricula maar ook de opleiders zelf zouden (parttime) perifeer werkzaam kunnen zijn.

Onderzoek doet in steeds grotere mate de (farmaceutische) industrie zelf. Financiering van ‘minder lucratief’ onderzoek wordt steeds moeilijker. UMC's zouden - met behoud van de eigen identiteit - nauwer kunnen samenwerken met de farmaceutische industrie om het onderzoek terug te halen naar de academie. Van belang is het bouwen van structuren, waaronder clinical trial netwerken, die een *money driven* beleid voorkomen en die het mogelijk maken ook ander onderzoek te financieren. Hierin heeft misschien ook de overheid een belangrijke, meer controlerende taak.

5 Pijler 3 : Zorg in Levensfasen

Uit: De medisch specialist 2015

Pijler 3: Zorg in levensfasen:

- **Zet in op preventie, zowel in als buiten de spreekkamer**
- **Werk aan betere regie voor de chronische patiënt met multimorbiditeit**
- **Zorg dat de patiënt meebepaalt wat voor hem of haar zinnig medisch handelen is (*shared decision making*)**
- **Zet concrete stappen ter verbetering van de keuzes rond medisch handelen aan het eind van het leven**

De medisch specialist komt vaak pas in beeld als er sprake is van gezondheidsproblemen. Veel gezondheidsproblemen zijn te voorkomen door tijdig te werken aan gedragsveranderingen. Op dit moment speelt de medisch specialist hierbij een te kleine rol. Gedragsveranderingen vormen namelijk een belangrijke voorwaarde voor gezond ouder worden. De medisch specialist kan op verschillende manieren een bijdrage leveren aan preventie. Ook buiten de spreekkamer kan de specialist een grotere rol spelen bij preventie, bijvoorbeeld door programma's op te zetten met de eerstelijnszorg of door op te treden in de media.

De groei van het aantal ouderen met een complexe zorgvraag heeft gevolgen voor de opleiding van de medisch specialisten en voor de organisatie van de zorg. Er is sprake van versnippering van kennis en een toename van het aantal specialismen.

De integrale problematiek van de oudere patiënt is daardoor buiten beeld geraakt. Deze zorg zal veel meer een integraal karakter moeten krijgen. Er is ook iemand nodig die de regie neemt over de zorg voor de oudere patiënt met multimorbiditeit. Die regisseur zorgt ervoor dat de verschillende specialisten samen tot een behandelplan komen, inclusief de nazorg en revalidatie. Dit voorkomt dat de patiënt ongeleid door het systeem wordt gezonden.

Preventie

Preventie is vooral een taak van de centrale overheid. Desondanks willen dermatologen graag een bijdrage leveren aan preventie. Dat is ook nodig. Huidkanker moet men zien als een chronische ziekte. Via de patiëntenverenigingen en het Huidfonds wordt bij herhaling de aandacht gevestigd op de toename van huidkanker, voorlopers ervan en de rol van zonlicht bij dit alles. Hierbij spelen de dermatologen een belangrijke rol als inhoudelijk deskundige. Eenzelfde cruciale rol hebben dermatologen bij andere chronische ziekten (psoriasis, eczemen, SOA, etc.) en het nemen van preventieve maatregelen of induceren van gedragsveranderingen.

Ouderenzorg

Een toenemend contingent van de dermatologische patiëntenpopulatie in de 2^e lijn is een oudere patiënt met multimorbiditeit. Deels door onderliggende ziekten, deels door de polimedicatie ontstane (chronische) ziektebeelden die vragen om dermatologische diagnostiek en zorg. Lang niet altijd hoeven de dermatologen die regierol te vervullen bij deze patiënten. Wel is van belang dat deze patiënten makkelijk toegang krijgen tot dermatologische zorg. Dit betreft vooral het diagnostische traject, maar ook de aanzet van therapie. Goede, geformaliseerde samenwerking tussen dermatologengroepen en verzorgings- en verpleegtehuizen is wenselijk. De coördinatie van dit alles - afhankelijk van de zorgzwaarte - hoort thuis bij huisarts/verpleeg- of verzorgingshuisarts of in de 2^{de} lijnsspecialist ouderenzorg.

Shared decision making

Dermatologen moeten de patiënt en zijn familie uiteraard - voor zover in hun vermogen ligt - in staat stellen mee te beslissen over het beleid. De realiteit leert dat de dermatoloog geschikte en begrijpelijke realistische informatie geeft over de diagnose, prognose en behandelingsmogelijkheden. Daaraan gekoppeld doet hij, als vanouds, een voorstel voor behandeling. Dit alles gezien vanuit de context van het algehele (ziekte)beeld, de omstandigheden en de wensen van patiënt. Dat bij de afweging ook onherroepelijk kosten een rol spelen, doet niet af aan de integriteit waarmee de dermatoloog iedere patiënt behandelt.

6 Pijler 4: Doelmatige zorg

Uit: De medisch specialist 2015

Pijler 4: Doelmatige zorg:

- Koester de sobere Nederlandse medische cultuur
- Maak werk van het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie
- Maak de medisch specialist kostenbewust
- Investeer in onderzoek waarbij verschillende behandelopties worden vergeleken (comparatieve effectiviteit)
- Onderzoek de bruikbaarheid van kosteneffectiviteit als besliscriterium
- Zet in op bekostigingsmodellen die doelmatigheid stimuleren

Goede zorg is ook doelmatige zorg. In elk waarschijnlijk scenario voor de economische groei zullen de zorguitgaven de neiging hebben sneller te groeien dan het bruto binnenlands product. De roep om uitgavenbeheersing zal toenemen. De medisch specialist speelt een belangrijke rol bij het beheersen van de zorgkosten. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door het initiatief te nemen bij het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie. Het is van essentieel belang om de medisch specialist kostenbewust te maken. De medisch specialist beschikt doorgaans niet over informatie over de kosten van diagnostiek, behandeling, hulpmiddelen en materialen. Dit belemmert het kostenbewust handelen. Een eenvoudige maatregel die hierin verandering kan brengen, is het duidelijk zichtbaar vermelden van kostprijzen van veelgebruikte diagnostiek, ingrepen, hulpmiddelen en materialen.

Kosteneffectiviteitsstudies

De klinische studies zijn geëvolueerd van een trial and error principe naar gestructureerde, hoog kwalitatieve randomized clinical trials (RCT). De RCT's geven een evident positieve impuls aan het klinisch wetenschappelijk onderzoek en vormen tegenwoordig de gouden standaard. De registratie en vergoedingen van geneesmiddelen staat en valt met de resultaten in RCT's, die idealiter het nieuwe geneesmiddel vergelijken met de conventionele behandeling. De uitkomstmaten in de klinische studies zijn ook doorontwikkeld: van objectieve maten van ziekte-ernst (bv PGA, PASI, SCORAD) naar uitkomstmaten die de beleving van patiënten verdisconteren. De zogenaamde 'patient reported outcomes' bevatten onder andere kwaliteit van leven, patiënttevredenheid en voorkeuren. In het laatste decennium is er een toenemende behoefte om naast objectieve en subjectieve effecten van behandelingen ook het maatschappelijk aspect mee te wegen in de klinische studies. De uitkomsten van deze zogeheten doelmatigheidsstudies worden uitgedrukt in financiële eenheden. De uitkomst is voornamelijk afhankelijk van de gekozen invalshoek (perspectief van de maatschappij, de zorgverzekeraar, of het ziekenhuis) en de mate waarin de indirecte kosten worden meegenomen in de evaluatie. In dergelijk farmaco-economisch onderzoek is de gouden standaard de QALY (quality adjusted life years): de kosten die nodig zijn om de gemiddelde patiënt één jaar een kwaliteitsvol leven te bieden. De onderliggende maat hiervoor zijn aparte kwaliteit van leven instrumenten (o.a. de EQ-5D) die samenhangen met de gezondheidstoestand van de patiënt. De kosten per QALY is een universele maat die men in toenemende mate gebruikt ter ondersteuning van politieke keuzes omtrent de vergoeding van de zorg. De kosten per QALY laat toe om de opbrengsten van verschillende behandelingen voor verschillende ziekten met elkaar te vergelijken. Daarbij is een bovengrens vast te stellen voor de maximale kosten van een behandeling. Helaas blijft er onduidelijkheid over wat wel

en niet betaalbaar is in Nederland, maar de huidige vuistregel is een bovengrens van € 50.000 per QALY. In uitzonderingsgevallen kan dit oplopen tot 80.000€ (dit cijfer komt overeen met de gemiddelde medische kosten in Nederland die gemaakt worden in iemands laatste levensjaar). Dergelijk doelmatigheidsonderzoek is vooral belangrijk voor de inzet van dure geneesmiddelen zoals de biologicals die vier jaar na registratie en vergoeding worden getoetst in de Nederlandse praktijk (t4 evaluatie). Deze werkwijze zal naar verwachting ook voor andere huidaandoeningen gaan gelden.

Een potentieel probleem voor veel dermatologische aandoeningen is dat de impact van de ziekte te specifiek en te gering is om daarmee de inzet van dure geneesmiddelen te rechtvaardigen (zie ook het gedeelte over beperkte ziektelast). Een voorbeeld hiervan vormt het nieuwe biological dat in aantocht is voor de behandeling van erytropoëtische protoporfyrie (EPP). Registratie volgt waarschijnlijk in 2014; het middel is dan inzetbaar voor een honderdtal patiënten die hierdoor het daglicht beter kunnen verdragen. Hoe het bijbehorende kostenplaatje er gaat uitzien, is nog onduidelijk. Maar het is vrijwel zeker dat het een duur geneesmiddel wordt, geschikt voor een beperkte groep patiënten met een moeilijk te berekenen QALY. Dit zal in de toekomst een extra inspanning van de onderzoekers vragen in deze materie.

Onverzekerde Zorg

Al jaren worstelen dermatologen met het inbouwen van onverzekerde zorg in de dagelijkse praktijk. Het gaat hierbij niet om de vraag of het wenselijk of nodig is onverzekerde dermatologische zorg te verrichten. De buitenwereld vraagt ons toenemend om zorg op dermatologisch gebied zonder zich a priori te bekommeren over de financiële en verzekeringstechnische aspecten van deze vraag. Dat is ook goed, want de dermatoloog is in beginsel *de expert* van de huid, dus ook los van de beklemmende systematiek van ons verzekeringsstelsel.

Veel (ziekenhuis)praktijken hebben nog geen antwoord op de vraag hoe om te gaan met cosmetische en doorgaans onverzekerde zorg. Regelingen omtrent het verlenen van deze zorg ontbreken of lijden schipbreuk in overleg met het zorgmanagement. Dat is ongewenst want het dermatologische zorgpakket strekt zich uit tot ruim buiten de vage grenzen van de pathologie van de huid.

Allereerst: wat is *onverzekerde zorg* ? Bij onverzekerde zorg gaat het om *zorg die de ZVW niet dekt*. Interessant aspect: door voortschrijdend inzicht komen voortdurend discussies los over en (formeel) wijzigingen van het pakket zoals die doorgaans op voorspraak van CVZ worden vastgesteld. Zeker in de dermatologie zijn er grijze gebieden waarbij niet op voorhand vaststaat waar de grenzen liggen van verzekerd versus onverzekerd. Cosmetische zorg is veelal onverzekerde zorg, maar ook hierbij is de grens tussen veroudering, ernstige (UV-geïnduceerde) schade (bijvoorbeeld photo-ageing Glogau 1-4) en premaligniteit niet scherp te stellen. Dat is in zekere zin ook goed en geeft ruimte aan de dermatoloog om te handelen op inhoudelijk en kennis gebaseerde gronden met respect voor maatschappelijk verschuivende inzichten. In zekere zin is het zelfs heel goed dat er geen limitatieve lijsten voorhanden zijn waar de grens tussen verzekerd en onverzekerd tot in de details (op diagnose) vastligt. De dermatoloog moet hierbij nadrukkelijk voor ogen houden dat hij de bondgenoot van patiënt blijft en diens belangen moet behartigen.

In verschillende dermatologische praktijken in Nederland wordt al langer dan 10 jaar cosmetische zorg verleend binnen de ziekenhuis en ZBC muren. Patiënt en dokter maken daarbij in onderlinge afstemming glasheldere afspraken - veelal met informed consent - over de geleverde cosmetische zorg. Hiervoor zijn doorgaans heldere protocollen beschikbaar voor de wijze waarop en omstandigheden waaronder de diagnostiek en procedures uitgevoerd worden, met zichtbare marktconforme 'spijker prijzen'. Geen wonder dat in de praktijk zelden een discussie ontstaat over wel of niet vergoede zorg en of een afwijking wel of niet valt binnen de grenzen van de ZVW.

Waar de zorgvraag evident een niet-medische achtergrond heeft (zoals rimpels, obesitas), zal het gehele traject van zorg inclusief intake voor rekening van patiënt zijn. Als de hulpvraag in eerste instantie een diagnostisch traject betreft (bijvoorbeeld onduidelijke zwelling/tumor) of een volledige andere zorgvraag behelst (de psoriasis patiënt die cosmetisch storende dermale naevi wil laten beoordelen en verwijderen) en de diagnostiek hierop een duidelijk antwoord geeft (bijvoorbeeld dermatofibroom, dermale naevus) valt het diagnostisch traject binnen de grenzen van verzekerde zorg, de eventuele behandeling (niet noodzakelijke maar mogelijk gewenste verwijdering, liposuctie) tot het onverzekerde traject. Ook al hebben zorgverzekeraars hierover een andere mening, het diagnostisch traject als hulpvraag is in essentie een grondrecht binnen onze geciviliseerde maatschappelijke orde en dient gerespecteerd te worden. Hier blijft het aloude 'fee for service' principe gehandhaafd als onderdeel van (vrij) ondernemerschap. Al zijn op het bovengenoemde voorbeeld tal van uitzonderingen en variaties te bedenken, in essentie is het principe van zorgverlening redelijk en helder. Het is aan de professional- dermatoloog om hieraan op (maatschappelijk verantwoorde) wijze invulling te geven en waar nodig aan derden uitleg te geven en verantwoording af te leggen.

Toch is het belangrijk dat dermatologen in het bieden van zorg duidelijk aangeven waar de grens ligt tussen ziekte - en derhalve verzekerde zorg - en afwijkingen die passen bij een zekere leeftijd, gemeten aan de normale verdeling in de bevolking. Ook moet er ruimte zijn voor een vorm van 'service' naar de patiënt: niet iedere eenvoudige hulpvraag dient tot een behandelingstraject in de vergoedingsfeer te worden omgebogen. Een grens hierbij is niet aan te geven, maar blijkt in de praktijk door patiënt en arts redelijk en verantwoord op te lossen. In geval van twijfel (wel of geen vergoeding?) kan de dermatoloog een casus ter beoordeling voorleggen aan de verzekeraar (machtigingsprocedure, onder opgave van eventueel gehanteerde codes en prijzen).

Fiscaliteit

Dermatologen en afdelingen zullen zich bij het uitvoeren van niet noodzakelijke medische zorg moeten houden aan de fiscale wetgeving. De niet noodzakelijke zorg valt buiten de reikwijdte van de btw-vrijstelling zoals deze is vastgesteld (Staatssecretaris van Financiën, 28 februari 2008). Ingerepen die "uitsluitend tot doel hebben de verfraaiing van het uiterlijk te bevorderen" vallen niet onder de btw-vrijstelling. Ook hierin is aangegeven dat preventief onderzoek (diagnostiek) wel valt binnen de voornoemde vrijstelling.

Dat betekent natuurlijk wel dat er een financiële huishouding moet worden ingericht die de btw administratie verzorgt.

Resumerend

- Onverzekerde zorg kan worden geboden onder voorwaarden.
- De dermatoloog-professional is in onderlinge afstemming met patiënt goed in staat de grens aan te geven tussen medisch noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg.
- Het diagnostisch traject is in principe verzekerde zorg.
- Bij niet noodzakelijke zorg is het therapeutisch traject, in onderlinge afstemming, voor eigen rekening van de patiënt.
- Bij niet noodzakelijke zorg is het inrichten van een btw administratie noodzakelijk.

Zinnige zorg

Wat is ‘zinnige dermatologische zorg’ anno 2015? Dat zou voor de komende jaren wel eens de hamvraag kunnen zijn voor de dermatologische zorg bij een toenemende druk op uitgavenbeheersing.

In de Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering (CVZ 2012) is gekeken of het mogelijk is om ziekten/behandelingen uit te sluiten van vergoeding vanuit de basisverzekering op basis van het criterium lage-ziektelast. Hierbij wordt ziekte last gedefinieerd als *“de relatieve hoeveelheid gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur als gevolg van een bepaalde aandoening wanneer hiervoor geen behandeling zou plaatsvinden”*. Dermatologische ziektebeelden met een relatief lage-ziektelast die in dit rapport staan vermeld zijn onder andere folliculitis, onychomycose, tinea pedis, erythrasma, pityriasis versicolor en vaginale candidiasis. Dit zijn aandoeningen die voornamelijk in de 1^e lijn worden behandeld.

Knelpunten bij het uitsluiten van vergoeding op basis van lage-ziektelast zijn:

- Heterogeniteit: aandoeningen met in subgroepen verschillend beloop, zoals onychomycose bij patiënten met HIV of DM, acne conglobata bij adolescenten.
- Episodisch verloop, bijvoorbeeld periodes met lage-ziektelast en periodes met hoge ziekte last bij psoriasis.
- Aandoeningen met progressief verloop, bijvoorbeeld actinische keratose (ziekte last in het begin nog niet erg groot).

Het commentaar van de Adviescommissie Pakket in januari 2012 is dat ziekte last een goed criterium is voor het beoordelen van de vergoedingsstatus, maar dat er een aantal praktische bezwaren zijn van:

- methodologische aard (er is geen onomstreden methodiek voor het meten van ziekte last en er zijn onvoldoende gegevens over de ziekte last van specifieke aandoeningen);
- zorginhoudelijke aard (onder meer door de heterogeniteit van ziektebeelden);
- uitvoeringstechnische aard (het bekostigingssysteem kan voor verkeerde prikkels zorgen);
- juridische aard (de Zorgverzekeringswet is niet gericht op aandoening, maar op interventie).

Ondanks bovenstaande bezwaren is verdere versmalling van de basisverzekering in de nabije toekomst niet ondenkbaar. Daarbij zou het concept ‘lage-ziekte last’ alsnog een rol van invloed kunnen gaan spelen. De werkgroep acht het onacceptabel dat diagnostiek *sec* wordt uitgesloten door een dergelijke maatregel van vergoeding. Ook bestaat de kans dat het uitsluiten van ‘lichte’ behandelingen in een later stadium leidt tot meer ‘zware’ interventies,

zoals bijvoorbeeld bij actinische keratosen. Om in deze problematiek te voorzien heeft de werkgroep het concept ‘eenmalig diagnostisch dermatologisch consult’ verder uitgewerkt.

Eenmalig Diagnostisch Dermatologisch Consult (EDC)

Doelstelling:

- Beschikbaarheid van laagdrempelige dermatologische zorg in Nederland.
- Beheersbaarheid van kosten van de dermatologische zorg in 1^e en 2^e lijn.
- Voorkomen van ondoelmatige behandeling in 1^e lijn.
- Passend in model voor 1½ lijnszorg.
- Potentie voor wachttijstverkortening analoog aan teledermatologie.
- Kwaliteitsverbetering voor 1^e lijn door leereffect.
- Gelegenheid van laagdrempelige opsporing van (voorlopers van) huidkanker.
- De regie na het consult met eventuele behandeling blijft bij huisarts, geen a priori verwijzing naar 2^e lijn.

Uitgangspunten:

- Verwijzing door huisarts via het daartoe ingericht eenmalig diagnostisch consult.
- Doel van diagnostisch consult is snel onderscheid maken tussen verschillende dermatologische diagnosen.
- Korte wachttijden, speciale planning, korte consulttijd.
- Verwijzing alleen voor enkelvoudige vraagstelling (diagnose/behandeladvies), eenduidige formulering. Diagnostisch consult is bij uitstek geschikt voor benigne tumoren en (pre)maligniteiten.
- Diagnosestelling, korte uitleg over diagnose door dermatoloog/dermatologisch hulppersoneel.
- Patiënt is op de hoogte dat hij wordt verwezen voor een gericht diagnostisch consult met beperkte contacttijd.
- Korte, schriftelijke rapportage met suggesties voor behandeltraject.
- Huisarts bepaalt na het terugzien van de patiënt wat hij zelf wil en kan doen en wat hij wil insturen voor een uiteindelijk behandeltraject.
- Chronische dermatosen lenen zich in principe niet voor EDC anders dan bevestiging van de diagnose.
- Kostprijs van diagnostisch consult behelst dat het één bezoek is met beperkte aanvullende diagnostiek (eventueel wel biopt), geen behandeling.

Knelpunten / uitdagingen

- Toegevoegde vorm van nascholing huisartsen (nu onvoldoende kennis van dermatologie voor overname behandeling).
- Financiële prikkel bij huisartsen is mogelijk nodig (overleg verzekeraars).
- Goede uitleg aan patiënten is nodig over deze specifieke vorm van dienstverlening.

7 Competenties voor de toekomst

Inleiding

De dermatoloog is een breed opgeleide medisch specialist, met grote kennis en een divers pakket van diagnostische en therapeutische vaardigheden. Daarnaast moet hij communicatief in staat zijn om in de beperkte tijd van het dermatologisch consult een maximum aan informatie in te winnen en te geven. In algemene zin worden dermatologen tijdens de opleiding sedert 2009 (Raamplan NFU) geschoold volgens de 7 CanMeds rollen: vakinhoudelijk handelen (dermatologie in zijn meest pure, inhoudelijke vorm), communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap (reflectie van eigen handelen, onderzoeksmethodiek EBM, etc.), maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit & kwaliteit. Het is wel van belang dat de nadruk bij dit alles blijft liggen op het vakinhoudelijk handelen.

Wat de dermatoloog onderscheidt van andere specialisten is vooral de vaardigheid en mogelijkheid om met minimale (visuele) middelen tot een diagnose te komen. Hierin kenmerkt zich de toekomstbestendigheid van de dermatologie. Geen enkel ander specialisme kan *zoveel met zo weinig*.

Het ligt verder in de verwachting dat met de vergrijzing van de bevolking ook het aantal patiënten met chronische huidaandoeningen gaat toenemen. Zij zullen meer tijd en aandacht vragen van de dermatoloog. Deze zal zich daarom ook meer op 'care' dan op 'cure' moeten gaan toeleggen. Daarbij groeit het therapeutisch arsenaal door de stormachtige ontwikkelingen in geneeskunde en biologie. Daaruit te kiezen, wordt navenant moeilijker. Wij signaleren dat de dermatoloog steeds vaker bij complexe problematiek in multidisciplinaire setting werkt (oncologie/melanoom team, reumatologie/dermatologie samenwerking, etc.).

Overwegingen voor de toekomst van de opleiding

Centraal in de opleiding van de dermatoloog van de toekomst staat gedegen kennis van (patho)fysiologie van de huid met de nadruk op de diagnostiek in al zijn facetten en daaropvolgende evidence based therapie.

-Diagnostische vaardigheid staat voorop. Gezien de gewenste plaats voor de dermatoloog in zorg voor complexe aandoeningen, moet de AIOS alsook iedere dermatoloog vertrouwd raken met lokale therapieën, UV therapie en de beschikbare systemische medicatie en hun bijwerkingen.

-Niet alleen opleiden voor 'vlekjes en plekjes' maar vooral - gelet op de substitutie die al gaande is - voor de meer complexe, dermatologische problematiek.

-De dermatoloog moet ook voldoende vaardig zijn in de chirurgische component van het vak (vooral huidchirurgie en flebologie) om het hoofdbehandelaarschap te kunnen opeisen van huidkanker en flebologie. De keerzijde is dat een te grote nadruk op het onderwijs in verrichtingen vormt een bedreiging voor de eigenheid van het specialisme. Er zijn immers genoeg andere disciplines - ook in de 1^e lijn - die een aantal van de verrichtingen beheersen, dan wel zich eigen kunnen maken. Er moet een gezonde balans bestaan tussen de beschouwende en de invasieve aspecten van het vak.

De dermatoloog van de toekomst krijgt een opleiding in de volle breedte.

-Speciale vaardigheden als Mohs' chirurgie, endoveneuze therapieën, cosmetische dermatologie, allergologie, kinderdermatologie et cetera, zijn te onderwijzen in speciale stages of fellowships die op modulaire basis in te vullen zijn binnen de opleiding of eventueel volgend op de basisopleiding.

Een grondige basis tot deze deelgebieden en kennis van deze vaardigheden horen daarentegen wel degelijk thuis in de basisopleiding.

-De duur van de basisopleiding zou vijf jaar moeten blijven onder het adagium dat de kwaliteit prevaleert boven de kwantiteit. De opleiding moet hoog kwalitatieve dermatologen opleveren, die samen het hele pakket van dermatologische zorg kunnen bieden. Om gestand te doen aan het primaat van hoogwaardige kwaliteit te garanderen en tegemoet te komen aan de gewenste taakherschikking, zal het aantal aio's wel naar beneden bijgesteld moeten worden.

De dermatoloog van de toekomst is geen solist maar een team-speler. De opleiding bevat om die reden aandacht voor vaardigheden die nodig zijn in de samenwerking met anderen (CanMeds). Daarnaast moet de dermatoloog niet alleen deelnemen aan multidisciplinaire spreekuren en besprekingen maar deze ook initiëren.

Gezien de verschuiving van cure naar care moet de dermatoloog de chronische, vaak oudere patiënt gedurende langere tijd kunnen begeleiden. Hiertoe moet hij/zij de weg kennen in het zorglandschap en in staat zijn een coachende rol te vervullen, waar nodig directief.

De ontwikkelingen in geneeskunde en biologie gaan zo snel dat 'leren te leren' en 'een leven lang leren' een noodzaak zijn. Al tijdens de opleiding dient (na)scholing te worden beschouwd als een tweede natuur.

Gezien de substitutie, de krimpende 2^{de} lijn en de gewenste plaats van de dermatoloog in het zorgveld, geven wij ter overweging om de huidige aantal opleidingsplaatsen kritisch te beoordelen. De omvang van de opleidingsplaatsen dermatologie hangt nauw samen met de wijze waarop de dermatologen het vak de komende jaren wensen in te vullen, maar op korte termijn vooral van de financiering van de zorg. Opvang van het natuurlijk beloop is nodig. Het creëren van een overschot aan dermatologen zoals dat nu dreigt te gebeuren, achten wij onwenselijk met het oog op de toekomstige plaatsbepaling van het specialisme en de kwaliteit van de opleiding.

De opleiding tot dermatoloog behoort alleen toe aan de academische centra en daarmee geaffilieerde opleidingsziekenhuizen. Daarbij dienen dermatologen en dermatologische praktijken allen open te staan om (jonge) collega's (diagnostische) vaardigheden te leren waarin zij zich verder willen bekwamen. Hiertoe valt te overwegen Centers of Excellence aan te wijzen die deze taken op zich willen en kunnen nemen.

Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen

In 1987 definieerde de *World Commission on Environment and Development*, onder leiding van Gro Harlem Brundtland, duurzame ontwikkeling als volgt: "Een vorm van ontwikkeling

die voorziet in de noden van de huidige generatie zonder onmogelijk te maken voor toekomstige generaties om in hun noden te voorzien.”

Doel

Kern van duurzaamheid is dus te zorgen dat toekomstige generaties van dezelfde kwaliteit van leven verzekerd zijn als de huidige generatie, waar ze ook leven en wanneer ze ook leven. Dit lijkt vanzelfsprekend maar voortzetting van het huidige consumptiepatroon maakt dit onmogelijk. We consumeren meer dan wat de aarde geeft of aan kan. Hierdoor nemen we een hypotheek op het leven van volgende generaties.

Om het tij te keren, is het noodzakelijk dat de huidige generatie zorgvuldiger omgaat met de beschikbare middelen of, in andere woorden, met het beschikbare financiële, menselijke en natuurlijke kapitaal. Vertaald op het niveau van (zorg)organisaties betekent duurzaamheid winst behalen op drie dimensies: (financiële) middelen (*profit*), mens (*people*) en milieu (*planet*). Winst behalen op alle drie dimensies noemt men ook wel Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO).

MVO in dermatologie

MVO in de zorg betekent aandacht voor gezonde financiën, zorg voor de natuurlijke omgeving en zorg voor de mens. In het geval van een dermatologische afdeling of vakgroep gaat het dan niet alleen om – uiteraard - de intrinsieke zorg voor de patiënt, maar ook voor het welzijn van de patiënt als individu en zorg voor de medewerkers (medisch en ondersteunend personeel) .

Het verlenen van topkwaliteit vinden we vanzelfsprekend, maar inzet voor duurzaamheid in de brede zin is in de medische sector nog geen dagelijks gespreksonderwerp. In de missie, de visie en de strategie van een vakgroep moeten via het beleidsplan en het jaarverslag ook de elementen van het MVO duidelijk naar voren komen, en vervolgens omarmd en met overtuiging worden uitgedragen door de dermatologen en hun directe medewerkers.

Zonder te vervallen in geitenwollensokken-taal moeten alle medewerkers van een afdeling betrokkenheid uitstralen en zich voor dat doel en de volhoudbaarheid daarvan in te zetten.

Voor de sector gezondheidszorg en in het bijzonder dermatologische afdelingen zou het toe te juichen zijn wanneer zij zich inzetten voor het verkrijgen en handhaven van het predicaat VMO.

8 Naar nieuwe organisatievormen voor de dermatoloog als medisch specialist

Uit: De medisch specialist 2015

De medisch specialist bestuurt mee

De Nederlandse medisch specialist moet een actieve rol gaan spelen bij het oppakken en verder uitwerken van de vier denkrichtingen. Zonder 'de dokter' komt de zorg niet in beweging. Om die actieve rol te kunnen vervullen zal de medisch specialist zich steeds meer als medebestuurder van het ziekenhuis moeten opstellen. Een grotere betrokkenheid van de medisch specialist bij het ziekenhuisbestuur kan nieuwe werk- en organisatievormen noodzakelijk maken. Om te kunnen werken in deze nieuwe vormen zijn leiderschapscompetenties als kennis van management en organisatie nodig om de rol van medebestuurder effectief vorm te kunnen geven. Maar daarnaast zijn ook andere competenties noodzakelijk, gericht op communicatie met de patiënt, samenwerking en maatschappelijk handelen.

Hoe nu verder

Het document moet gezien worden als vertrekpunt. Met dit document is een beweging op gang gekomen die niet meer te stoppen is. Deze beweging is tweeledig. Allereerst gericht op inhoud, waarbij de regie over de kwaliteit moet liggen bij de wetenschappelijke verenigingen. Ten tweede is het zo dat de medisch specialist zich mede verantwoordelijk voelt voor de gezondheidszorg in de toekomst. Hierbij ligt een taak bij de medisch specialisten zelf, om de beweging die nu op gang is gekomen nog groter te maken.

Voorliggende modellen van dermatologische (ziekenhuis)zorg

In grote lijnen zijn drie archetypische of klassieke besturingsmodellen te onderscheiden:

Loondienstmodel

Het loondienstmodel komt thans al veelvuldig voor. De medisch specialisten zijn in loondienst bij het ziekenhuis. De raad van bestuur bepaalt de koers van het ziekenhuis en betreft hierbij de medisch specialisten, zonder dat deze specialisten overigens formele zeggenschap hebben.

Medisch Specialistisch Bedrijf

Het samenwerkingsmodel met het medisch specialistisch bedrijf gaat uit van een collectief van medisch specialisten dat, via een samenwerkingsovereenkomst, zaken doet met het ziekenhuis. Het medisch specialistisch bedrijf is de entiteit binnen welke de medisch specialisten zich hebben georganiseerd. Cruciaal voor de werking van dit model is dat het medisch specialistisch bedrijf beschikt over een kwalitatief goed bestuur. Een bestuur dat voldoende mandaat heeft om namens het collectief afspraken te maken met het ziekenhuis. Een deel van de medisch specialisten kan eigenaar zijn van het medisch specialistisch bedrijf, een andere deel kan in loondienst werken bij het medisch specialistisch bedrijf.

Participatiemodel

Het participatiemodel wordt gekenmerkt door aandeelhouderschap van de medisch specialisten in het ziekenhuis, waarbij een minderheidsbelang vooralsnog voor de hand ligt. Medisch specialisten zijn in dit model op twee manieren aan het ziekenhuis verbonden: als specialist-aandeelhouder in een nader te bepalen verband (in loondienst is ook mogelijk) en daarnaast als aandeelhouder. De medisch specialisten en het ziekenhuis hebben beiden belang bij een financieel gezond ziekenhuis, hetgeen zich vertaalt in afspraken over bijvoorbeeld de uitkering van dividend of winstuitkeringen.

Ontwikkelingen in de zorg

De ontwikkelingen binnen de zorg zijn uiterst divers: groot en klein, rijp en groen, ingezet door de overheid en geluxeed door lokale initiatiefnemers, vanuit de 1^e lijn en vanuit medische specialistische hoek. Sommige ontwikkelingen zijn al ingezet – op basis van overheidsbeleid – en zijn vrijwel ‘zeker, andere ontwikkeling zijn nog pril, broos en onvoorspelbaar. Een schets van de ontwikkelingen, zoals in deze paragraaf gepresenteerd, kan dan ook niet anders zijn dan fragmentarisch.

Wetgeving

De zorgverzekeringswet is in 2006 ingevoerd om de *zorgkosten beter te beheersen*. Enerzijds door concurrentie tussen verzekeraars te versterken (via invoering van de basispolis) en anderzijds door zorgverzekeraars risicodragend te maken voor de zorgkosten. Dat laatste gebeurt stap voor stap. In 2017 zouden zij voor 100 procent risicodragend moeten zijn. Of dat model echt goed gaat werken, is nog onzeker.

Uit het onderhandelingsresultaat ‘medisch specialistische zorg voor 2014-2017’ blijkt dat vrije artsen keuze blijft bestaan. Echter, *vrije artsenkeuze* was nooit een doel van de zorgverzekeringswet en zal in de toekomst mogelijk van ondergeschikt of geen belang zijn. De restitutiepolis voor de basisverzekering blijft bestaan (natuurlijk in afgeslankte vorm).

Praktijkvariatie

Er is veel te doen over *praktijkvariatie*. Overigens niet alleen in de medische wereld. Ook de rode kaarten van voetbalscheidsrechters of de bekeuringen die politieagenten uitdelen, vergelijkt men graag cijfermatig. Er zijn een aantal misvattingen. De eerste is dat praktijkvariatie die niet meteen is te verklaren, wordt geïnterpreteerd als een signaal van zinloos handelen en overbehandeling. De volgende kortsluiting is dat deze zogenoemde ‘ongewenste praktijkvariatie’ moet worden gereduceerd. En ten slotte denkt men op die manier kosten te besparen. Dat heeft tot gevolg dat het handelen van medisch specialisten nog intensiever en op een negatieve manier onder het vergrootglas komt te liggen.

Bij dermatologen kan praktijkvariatie deels worden verklaard doordat – afhankelijk van de praktijkgrootte – verschillen bestaan in het geleverde pakket dermatologische zorg. Kleine maatschappen kunnen niet alle dermatologisch zorg leveren, inclusief de deelgebieden. Van de andere kant zijn zelfs niet alle grote maatschappen in staat deze te leveren. Dat komt deels door onvoldoende expertise maar vaker door onvoldoende door management of aanpalende specialismen toegestane/gegunde mogelijkheden.

Maar we mogen niet sluiten voor de morele plicht die geldt voor alle medisch specialisten om, waar maar mogelijk, onnodige praktijkvariatie aan te pakken.

Eerste lijnszorg

De goedkopere 1^e lijn moet groeien en de 2^e lijn moet juist krimpen. Huisartsen organiseren zich daarom steeds meer in grote groepen van soms honderden huisartsen. Integrale budgetten moeten ‘*perverse volumeprikkels*’ in de tweede lijn wegnemen, zo luidt het adagium.

Wonderlijk, want men introduceert juist dergelijke prikkels bij de huisartsen, door deze te

belonen wanneer zij tweedelijns zorg binnen de eerstelijnszorg houden. Let wel, en dat alles vooralsnog zonder plafond.

In welke richting kan *de organisatie van de eerstelijns zorg* zich ontwikkelen? Bijvoorbeeld naar een populatie gebonden bekostiging waarbij toegang tot zorg prevaleert boven vrije keus. De onoplosbare budgettaire schemer tussen 1^e en 2^e lijn lijkt hierbij een heel pragmatische oplossing te krijgen met de toewijzing van één hoofdaannemer: 1^e, 2^e lijn of een variant daarop.

Zorgverzekeringen en -verzekeraars

Verzekerden zien *zorgverzekeringen* steeds meer als een financieel product. Dan de drempel om van zorgverzekeraar te switchen om zo premie te besparen, wordt steeds lager. Dat verhoogt de druk op verzekeraars om selectief in te kopen.

Zorginkopers krijgen heel geleidelijk meer zicht op kwaliteit van zorg via zorgstandaarden en richtlijnen van de beroepsverenigingen. Nadrukkelijker dan voorheen gaan zij de inhoudelijke discussie aan.

Verzekerden nemen steeds vaker een hoger vrijwillig eigen risico en zeggen steeds meer aanvullende verzekering op. De dempende effecten hiervan op het zorgvolume zijn inmiddels duidelijk merkbaar, ook in de ziekenhuizen.

Of en hoe de aangekondigde *pakketbeperking* inhoud krijgt, blijft onduidelijk. Meer waarschijnlijk en makkelijker uitvoerbaar is een verdere uitbreiding van het verplichte eigen risico of specifieke eigen bijdragen aan de zorg.

De invloed van de verzekeraar strekt zich steeds verder uit in de behandelkamer.

Ziekenhuiszorg

De NZa zal de verzekeraars vooraf controleren of het gecontracteerde *volume* past binnen de afgesproken begroting van de kaderzorg. De verzekeraars zullen dit onder andere proberen door contracten af te sluiten met de verschillende ketens. Deze ketens kunnen de zorg – geboden door ziekenhuizen – aanbieden ten een fiks lager bedrag (tot aan 30 procent lager in 2013).. Die trend heeft zeker invloed op het vakgebied dermatologie.

Concentratie en specialisatie van *ziekenhuizen* blijft een belangrijk thema de komende jaren.

De ruilverkaveling tussen ziekenhuizen als gevolg daarvan is nog maar net gestart.

Het aantal *fusies* tussen instellingen en ziekenhuizen neemt toe. De ACM (voorheen NMa) zal nauwlettend toezien of de vrije keuze en daarmee de belangen van de patiënt dient. Een stevige machtspositie van aanbieders is ongewenst.

Grootschalige of regionale samenwerking: alternatieve modellen

Het doel van meer grootschalige of regionale samenwerking is het handhaven en bevorderen van patiëntgerichte, kwalitatief goede en samenhangende dermatologische zorg en te bevorderen. De vrees bestaat dat de kwaliteit van de dermatologische zorg onder druk komt te staan vanwege alle eerder geschetste ontwikkelingen.

De plannen van de overheid zijn van invloed op de ontwikkeling van de ziekenhuiszorg en de samenwerking met de eerste lijn. Met als risico een ongecontroleerde substitutie van delen van de dermatologische zorg naar de eerste lijn. Het vak dermatologie moet zich gaan heroriënteren: vanwege zowel de positie in het ziekenhuis, het reeds gangbare onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde/cosmetische zorg en de mogelijke concurrentie met de 1^e lijn. Het stimuleren van het concept 1½ lijnszorg door alle ‘beheerspartijen’ is daarvan een illustratie. Hoe dit op een verantwoorde wijze vorm te geven? Binnen een grotere regio kunnen huisartsen en dermatologen dit realiseren vanuit huisartsenpraktijken. Via een gecoördineerde aanpak, gesteund door scholing en protocollering én de inzet van de ‘verlengde arm’ van medisch specialistische kant. Echter, een standaardmodel voor 1 ½ lijnszorg ontbreekt. De vormgeving is... aan onszelf.

Vorm	Kenmerken	Voordelen	Nadelen
Regionaal ZBC	Volledig risicodragend. Alles of niets: het verbreken van de banden met oude ziekenhuis. Zelfstandig onderhandelen met zorgverzekeraars.	Maximale onderhandelingsmacht.	Los van ziekenhuis: risico. Meer speelbal diverse partijen. Verkrijgen van budget: is onzeker. Banden ziekenhuis verbroken. Ziekenhuis als concurrent.
Zorg BV (Zwols model)	Eigen budget. Mogelijkheden om te onderhandelen met ziekenhuis; maar geen oplossing 2015. Handhaving ondernemerschap.	Goed voor samenwerking met ziekenhuis. Regio samenwerking mogelijk, bijv coöperatie. Ziekenhuis participeert dan indirect ook in coöperatie.	Niet haalbaar bij moeizame relatie met ziekenhuis-management.
Coöperatie	Zelfstandig bevoegd. Onderlinge steun.	Iedereen is gelijk. Behoud relatie met ziekenhuis. Verschillende organisaties kunnen deelnemen (loondienst of maatschap: maakt niet uit). Kwaliteitsborging. Zelfstandigheid. Onderhandelingsmogelijkheden als coöperatie met andere partijen. Mogelijke basis voor bijv. innovatieve BV opzet in 1 ^e lijn. Bescherming van vakinhoud. Met budget: dus verdeling van mensen en middelen. Men is een partij dus gesprekspartner voor verzekeraar.	Tijdelijk, tussenmodel? Onbekende status bij ACM, zorgverzekeraars en ziekenhuis. Mogelijk log orgaan. Associaties met landbouw kolchozen.
1½ lijnszorg	Samenwerking met huisartsen voor het leveren van dermatologische zorg.	Mogelijkheden om bestaande verwijsrelaties uit te bouwen. Maximale regie bij dermatologen. Uitdaging om in te richten.	Model is nog onbekend, evenals status. Vooralsnog onbekende financiële kaders.
Medisch specialist als	Eén belang. Zorgverzekeraar als	Meer harmonie in medische staf. In beginsel wel enige invloed,	Voor dermatologen als relatief kleine partij mogelijk

aandeel- houder ziekenhuis	gesprekspartij. Invloed als aandeelhouder.	meer dan momenteel. Basis voor lange termijn stabiliteit. Betrokkenheid van alle medisch specialisten.	te weinig invloed. Nu al geen overzicht van ziekenhuis financiën; risico is niet te overzien.
Franchise	Inkoop voordeel. Merkwaarde.	Keurmerk als basis voor samenwerking en kwaliteit.	Kans op eenzijdigheid. Zorgstraten.
Regio- maatschap	Ziekenhuis overstijgende maatschap.	Sterke machtspositie.	Lokale conflicten met RvB en stafmaatschap. ACM gaat toezien op marktmacht. Niet goed bruikbaar bij samenwerking dermatologen in maatschap en in loondienst.

Voor het beste model is geen blauwdruk beschikbaar. Bepalend voor de uiteindelijke keuzes zijn: de verschillende omstandigheden, management- en ondernemerskwaliteiten van de deelnemende groepen, inzichten en voorkeuren van de alle partijen.

Epiloog

In het beleidsplan 2013 van de NVDV heeft het bestuur een vijftal prioriteiten benoemd:

- Transparantie van zorg
- PR-beleid
- Opleiding
- Synergie-project wetenschappelijke verenigingen
- Het zorgstelsel vanaf 2015.

VISIEDOCUMENT
De Medisch Specialist 2015

in opdracht van de
wetenschappelijke verenigingen
en de Orde van
Medisch Specialisten



Colofon

De Medisch Specialist 2015

Utrecht oktober 2012

Vignet- en omslagontwerp:

Bureau Het Bouwwerk, Dordrecht

Vormgeving rapport:

IJzersterk, Rotterdam