



# Zorgkosten voor de BV Nederland

S. de Mare | Fotografie: Shutterstock

**De stijgende zorgkosten blijven een hoofdpijndossier. Een veelheid aan initiatieven moet die stijging zien om te buigen. Een kort overzicht van de meest in het oog springende projecten en voornemens.**

De vooruitzichten in 2008 waren dreigend: de jaarlijks stijgende zorgkosten zouden, volgens de voorspellingen, ertoe leiden dat de totale kosten van de zorg in 2040 de helft zouden uitmaken van het totale inkomen van de mensen die in een land wonen (= bruto nationaal product). Om die dreiging een halt toe te roepen, koos de overheid voor de inzet van marktwerking in de zorg. Aanvankelijk oogde het effect positief, want de stijgende lijn leek in 2012 iets af te vlakken. Dat effect bleek tijdelijk. De oorzaak? De introductie van steeds meer medische mogelijkheden (orgaantransplantaties, gewrichtsvervangende operaties, bypasses, enz.), dure geneesmiddelen en steeds meer mensen die een beroep doen op de gezondheidszorg. Waar men 100 jaar geleden nog doodging aan diabetes, kan men daar nu zonder veel problemen oud mee worden. Naar schatting zijn er in Nederland ongeveer één miljoen mensen met diabetes. Het aantal kinderen en jongeren met diabetes in Nederland ligt rond de 6.000. Ook met andere potentieel dodelijke ziekten zoals kanker en hiv is een hogere levensverwachting haalbaar. Ernstig invaliderende ziekten, zoals reumatoïde artritis en ziekte van Crohn, zijn tegenwoordig met biologics goed en langdurig te bestrijden. Kortom, we zijn met steeds meer hulpbehoevende mensen die met steeds duurder wordende technieken en geneesmiddelen een goede kwaliteit van leven kunnen opbouwen.

Om deze ontwikkeling toch enigszins in toom te houden, nam het ministerie van VWS strengere maatregelen en legde in het *Hooflijnenakkoord* een afnemende groei van 1% (2018) naar 0% in 2022 vast. Maar daarmee zijn de groei van de zorgvraag, de toename van behandelopties en de kosten van de dure geneesmiddelen nog geen halt toegeroepen. Om dit alles binnen het beschikbare budget te kunnen leveren, is verstandig uitgeven van het geld van groot belang. Vandaar dat VWS, het Zorginstituut Nederland en de zorgverzekeraars er alles aan doen dit voor elkaar te krijgen.

## ACHTERLIGGENDE FILOSOFIE

Ondanks de veelheid aan verschillende projecten, loopt er wel een duidelijke rode draad door het overheidsbeleid: zorggeld alleen besteden aan zinnige zorg, zorg die waarde heeft voor de patiënt en dan bij voorkeur via de goedkoopste methode. Dit gegeven is de basis van *Value Based Health Care* van Michael Porter, een econoom van de Harvard University in Boston en het fundament voor VWS om in te steken op, wat heet,

‘uitkomstbekostiging’. Niet betalen voor het werk dat is verricht, maar voor de gezondheidswinst van de patiënt. Gezondheidswinst dus niet langer louter uitdrukken in overleving, maar ook in de korte- en langetermijneffecten van behandelingen. Dat vereist maten die te registreren zijn. Niet alle ziektes en uitkomsten zijn zo makkelijk in maat en getal uit te drukken. Vandaar dat er voorsnog voor dermatologie alleen een set van uitkomstmaten is samengesteld voor het melanoom ([www.ICHOM.org](http://www.ICHOM.org)).

Een andere manier om kosten te besparen, is het weren van (be)handelingen die niet-bewezen effectief of nauwelijks zinrijk zijn. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) onderzocht alle richtlijnen en destilleerde hieruit 1366 (be)handelingen die een oordeel kregen als ‘niet effectief’, ‘afgeraden’, ‘onnodig’ en dergelijke. Het betrof adviezen over medicatiekeuze (39%), chirurgische behandelingen (29%) en diagnostiek (30%). Tot de 1366 items behoren er 75 uit de dermatologie. In de betreffende richtlijnen is in de richtlijnen database aangegeven welke onderdelen tot die lijst behoren. [1] De wetenschappelijke verenigingen hebben een aantal van deze zaken vertaald in ‘verstandig kiezen’. Ook de NVDV werkte daaraan mee. Zo stelde de NVDV dat intracutane testen of bloedonderzoek naar overgevoeligheid voor allergenen meestal niet geïndiceerd zijn bij mensen met constitutioneel eczeem. Kinderen met constitutioneel eczeem hebben vaak wel een reactie op een allergeen, maar dit is klinisch niet relevant. Intracutane testen hebben alleen een plek in het zorgtraject als sprake is van acute verergering van het eczeem na het eten van bepaalde voedingsmiddelen. VWS gaat hier nu extra op inzetten met het project *Gepast Gebruik*, waarvoor kwartiermaker prof. dr. Sjoerd Repping is aangesteld. Daarnaast is het gegeven dat er voor 50% van alle medische behandelingen geen hard wetenschappelijk bewijs is te vinden in de literatuur. Dat wil niet zeggen dat die behandelingen geen effect hebben, maar zorgverzekeraars interpreteren dat graag als ‘behandelingen zijn niet effectief’. De maatregel van het Zilveren Kruis inzake de vergoeding voor lichttherapie bij eczeem is daarvan een voorbeeld. Om te voorkomen dat alle behandelingen, waar wij weinig bewijs voor hebben uit het basispakket verdwijnen, is onze kennishiaten-agenda en het recent opgerichte consortium LACUNE, bedoeld voor zorgevaluatieonderzoek, van groot belang.

Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem en beleidsadviseur Beroepsbelangen NVDV



### PRAKTIJKVARIATIE EN TAAKHerschikking

Twijfels over de zinnigheid van geleverde zorg wordt ook ingegeven door praktijkvariatie. Als de ene dermatoloog actinische keratosen voor 90% goed kan behandelen met stikstof terwijl een andere dermatoloog voor 90% van die patiënten de veel duurere behandeling PDT gebruikt, dan rijst de vraag of dit laatste doelmatig is. Onze opdracht is om zo effectief mogelijk te zijn tegen zo gering mogelijke kosten. Alle medisch specialisten die veel dure behandelingen uitvoeren, komen onder een vergrootglas te liggen en zullen zich daarvoor moeten verantwoorden.

Reductie van de zorgkosten is ook te realiseren door taakherschikking (taken uitbesteden aan paramedici) of substitutie (verschuiving van de zorg van de tweede naar de eerste lijn). De cijfers van VWS pleiten hier sterk voor: huisartsen vangen 80% van de zorgvragen op voor 3,9 miljard en 20% komt in de tweede lijn terecht en dat kost 27,9 miljard. Een voor de hand liggende conclusie is dat huisartsen veel goedkoper zijn en dat substitutie dus veel kan opleveren. Dat verklaart de politieke druk om zoveel mogelijk laagcomplexere zorg in de eerste lijn te houden, dan wel zo snel mogelijk weer daarheen terug te sturen vanwege kostenbesparing. Op die manier is de diabeteszorg al grotendeels uit het ziekenhuis verdwenen. Voor de dermatologie is het grootste probleem de kennis van de huisarts en de kunst van het kijken. Vaak voorkomende huidproblemen kunnen huisartsen behandelen, op voorwaarde dat zij het huidprobleem hebben herkend of dat ze na het stellen van de diagnose de behandeling overnemen van de dermatoloog. Een eenmalig, adviserend consult door een dermatoloog of teleconsult kan dit probleem mogelijk tackelen.

### STROOMLIJNING ZORGPADEN

Er is natuurlijk niets op tegen na te denken of anderen delen van het zorgproces kunnen uitvoeren. VGZ introduceerde hiervoor de termen *Zinnige Zorg* en *Kwaliteit als Medicijn* en ze gebruiken hiervoor ideeën van medisch specialisten om zorgpaden beter te stroomlijnen en goedkoper te maken. Een voorbeeld uit ons vakgebied is de complexe wond. In Nederland zijn er te veel patiënten met slecht genezende wonden. Samen met zorgaanbieders gingen een aantal pilots van start. De resultaten zijn opvallend: een complexe wond kan vele malen sneller genezen door een andere werkwijze. Een goede

inschatting van wonden, het in de gaten houden van de genezing en het vergroten van kennis over wonden bij huisartsen en thuiszorgorganisaties versnelt het genezingsproces van een ulcus cruris met gemiddeld 20 weken, bij een gemiddelde besparing per patiënt van ongeveer € 700 (materiaal en zorg). Ook het Zorginstituut is bezig om zorgprocessen per ICD10-domein door te lichten om te kijken waar er verbetering en bezuiniging haalbaar is. In 2015 was de oncologie aan de beurt, waarbij men de nacontrole van het basaalcelcarcinoom onder de loep nam. Er is een onderzoeksvraag uitgezet, uitgevoerd door het Erasmus MC. De conclusie was dat de richtlijn inzake de nacontrole al geoptimaliseerd was en verdere verbetering niet veel zou opleveren. Nu is het ICD-10 domein 'huid en subcutis' aan de beurt. De focus ligt op eczeem en psoriasis. In dat kader spreekt het Zorginstituut met allerlei stakeholders: dermatologen, huisartsen, huidtherapeuten, zorgverzekeraars en patiënten. Wat dit gaat opleveren, zullen we moeten afwachten. Maar de NVDV is hier nauw bij betrokken en zal de leden tijdig informeren over de vervolgstappen van het Zorginstituut.

Als medisch specialist wil je het liefst gewoon patiënten behandelen en niet te veel nadenken over de kosten, maar zorgkosten zijn niet alleen de verantwoordelijkheid van de betalers. Ook de zorgaanbieders hebben hier een verantwoordelijkheid. Zoals te lezen staat in de *Artseneed* uit 2003: "(...) Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen." Ook wij zijn verantwoordelijk voor het verstandig uitgeven van het zorggeld.

### LITERATUUR

1. Wammes JGG, Van den Akker-van Marle ME, Verkerk EW, et al. Identifying and prioritizing lower value services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list. *BMC Medicine* 2016(14):196 - <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0747-7>.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

Saskia de Mare

E-mail: s.demare@chello.nl