

# Zorg kan altijd beter

Tekst: Jacques Barth en Jurriaan Blekemolen

**Als werkgever betaalt u ongeveer de helft van de zorgpremie. Dan mag u verwachten dat dit geld goed wordt besteed. Als hoofdbetaler van de Nederlandse zorg bent u in elk geval gebaat bij goede zorg voor uw werknemers, zowel preventief als curatief. Maar helaas, uw geld wordt niet zo efficiënt ingezet als u in uw eigen onderneming waarschijnlijk wél zou doen.**

Op 8 november vorig jaar bezochten wij een congres van the American Heart Association in Orlando. 's Avonds was er een sessie van de nieuwe Health Care Reform Task Force die van Obama de opdracht heeft gekregen het nieuwe zorgstelsel in de VS in elkaar te sleutelen. Dr. Steve Nissen, het hoofd van de Cleveland Clinic, gaf de aanwezigen een beeld over de Amerikaanse gezondheidszorg. Nissen deelde data die onder andere verworven waren door de onafhankelijke OECD (Organization on Economic Cooperation and Development). De VS werd daarbij vergeleken met een aantal West-Europese landen. Met name Nederland en Canada werden aangehaald als voorbeelden waar de Amerikaanse gezondheidszorg naartoe zou kunnen gaan. Maar dan wel in een betere en efficiëntere versie...

## Bureaucratie

Eén van de conclusies in Orlando was dat Nederland veel te veel geld besteedt

aan wat onder de term administratie/regelwetgeving/controle valt. Nederland verbruikt 19 procent van de zorgkosten aan administratie. In andere landen is het percentage meestal onder de 10 procent. In een land als Canada besteedt de Zorgautoriteit - die centraal de zorg inkoop - slechts 3 tot 5 procent aan administratie. En in de VS besteedt de Zorgautoriteit voor de 65-plussers die Medicare genieten, slecht 3 procent van het budget aan administratie. Het lijkt erop dat we wel erg veel geld over de balk smijten. Een patiënt zal ook echt niet eerder opknappen van een bureaucratische administratie.

## Systeem kostendeclaratie

Kostenbesparingen zijn volgens Nissen dus vooral te realiseren door een efficiëncyslag te maken binnen de administratieve processen van verzekeraars, (zorg)instellingen en ziekenhuizen. Dit geldt ook voor werkzaamheden die betrekking hebben op de

controle van wet- en regelgeving. Wouter Bos sprak op zondagochtend 17 januari 2010 tijdens een interview op het Buitenhof over een besparing van 6 miljard euro bij de zorginstellingen voor de oudere mens als alleen maar de gemiddelde kosten van deze instellingen werden aangehouden. Maar waarom er van die enorme prijsverschillen tussen die instellingen zijn, is niet duidelijk. En waarom men daar dan niet direct iets aan doet is helemaal verbijsterend!

Het nieuwe systeem van kostendeclaratie, zoals door de overheid bedacht, brengt inderdaad een enorme berg administratie met zich mee. Veel zorgverleners voeren een dubbele boekhou-





ding; een volgens het oude systeem - vaak op verzoek van verzekeraars - en een conform de nieuwe DBC-richtlijnen. Verschillen worden dan aan het eind van het jaar weggewerkt.

### Ketenzorg

De allernieuwste trend - vurig door Ab Klink bepleit - heet ketenzorg. Het idee is dat de chronische aandoening centraal staat. Verder is er één hoofdaannemer die allerlei onderaannemers tijdelijk in dienst neemt. De onderaan-

nemers declareren bij de hoofdaannemer en deze krijgt via een keten-DBC de kosten vergoed. U heeft inmiddels gelezen in de media dat de beoogde hoofdaanemers (de huisartsen) niet staan te trappelen, omdat ze opzien tegen nog meer administratie. Overigens leert een rondgang langs collega's dat ze nauwelijks op de hoogte zijn van de ketenzorg.

### Reactief

Nederland is sterk in het maken van beleidsnota's en op de tekentafel fabriceren we de prachtigste innovaties, maar de discrepantie met de praktijk is enorm. De medische sector is zeer terughoudend om vernieuwingen door te voeren. Ze is conservatief en lui, en Nederlanders geloven pas iets op basis van meerjarige studies. De houding van artsen en zorgverleners is buitengewoon reactief. Nederland innoveert praktisch niet en het reactieve karakter is ook terug te vinden in het budget voor preventie. Dit bedraagt namelijk 3 procent van het totaal en Nederland heeft daarmee de dubieuze eer bij de hekkensluiters in de EU-zone te be-

horen. Maar als je niet open staat voor veranderingen, is het lastig middelen beter in te zetten en kosten te besparen.

### Uitvoerders

Waar de verzekeraars meer een regierol zouden moeten nemen, zijn het toch vooral nog uitvoerders. Waarom zijn er zo weinig klinische artsen werkzaam bij zorgverzekeraars? De kennis over DBC's is matig gezien de dubbele administratie en vernieuwingen hoeft je hier ook niet echt te verwachten. Om toch iets aan kostenbesparingen te doen, bepalen de verzekeraars welke medicijnen wél en niet vergoed worden. Zo vergoeden bepaalde verzekeraars alleen nog patentvrije cholesterolverlagers (statines). Terwijl wij weten dat niet iedere statine bij elke patiënt (even goed) werkt. Maar of de patiënt er beter van wordt, is blijkbaar bijzaak en deze besparing zet overigens ook nauwelijks zoden aan de dijk. Zorg kan altijd beter. Dat geldt voor Nederland en zeker voor de VS waar nu eindelijk een sociaal systeem zal komen. En het Nederlandse tekentafelmodel is zo gek nog niet, dus grote kans dat zij dit gaan nabootsen. Maar dan wel met een administratiedruk zoals men die in Canada is gewend. En de Amerikaanse zorgverzekeraars hebben een veel pro-actievere houding dan wij in Nederland gewend zijn. Dat geldt ook voor de zorgverleners. Dus grote kans dat wij straks naar de overkant kijken en denken: "Zorg, het kan inderdaad beter!"

Jacques Barth is hoogleraar preventieve cardiologie aan de University of Southern California en zorgondernemer. [jbarth@pol.net](mailto:jbarth@pol.net)

Jurriaan R. Blekemolen is bedrijfsarts, organisatiedeskundige en is promovendus aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. [vodemol@xs4all.nl](mailto:vodemol@xs4all.nl)