

## **Voorwoord**

**6**

## **Hoofdstuk 1**

### **De ondeugdelijke argumenten van de ziekenhuizen voor investering en groei**

**16**

- |     |                                        |    |
|-----|----------------------------------------|----|
| 1.1 | De vergrijzing en de kwetsbare ouderen | 17 |
| 1.2 | Chronisch zieken                       | 19 |
| 1.3 | Monitoring op afstand                  | 20 |
| 1.4 | Is het ziekenhuis een bedrijf?         | 22 |
| 1.5 | Alles voor de continuïteit             | 26 |
| 1.6 | Verandering dwingend nodig             | 28 |
| 1.7 | Groei is allesbehalve onvermijdelijk   | 30 |
|     | Tussenconclusie                        | 34 |

## **Hoofdstuk 2**

### **De ziekenhuizen ontkomen niet aan keuzes maken**

**36**

- |     |                                 |    |
|-----|---------------------------------|----|
| 2.1 | Geen goede argumenten           | 37 |
| 2.2 | Alleen nog complexe zorg        | 38 |
| 2.3 | Drie onheuse argumenten         | 41 |
| 2.4 | Werk genoeg                     | 45 |
| 2.5 | De flexibele medisch specialist | 46 |
| 2.6 | Op zoek naar herbestemming      | 48 |

## Hoofdstuk 3

### Een nieuw landschap 52

|     |                                  |    |
|-----|----------------------------------|----|
| 3.1 | Overheidssturing op leefstijl    | 53 |
| 3.2 | Alle partijen aan zet            | 55 |
| 3.3 | Nee, de huisarts is niet de dupe | 56 |
| 3.4 | Het 'wat als'-gesprek            | 60 |
| 3.5 | Spelverdeler                     | 64 |
| 3.6 | De huisarts-specialist           | 65 |
| 3.7 | Voorbij de solopraktijk          | 67 |

## Hoofdstuk 4

### zorg 2031 70

|     |                                                |    |
|-----|------------------------------------------------|----|
| 4.1 | De patiënt en de burger                        | 72 |
| 4.2 | Van consumentisme naar verantwoord zorggebruik | 73 |
| 4.3 | Sturen op de gewenste verandering              | 76 |
| 4.4 | eHealth                                        | 78 |
| 4.5 | Ermee leren omgaan                             | 80 |
| 4.6 | Spelenderwijs                                  | 82 |

## Nawoord 84

# Voorwoord



Ziekenhuizen bieden het liefst alle medische zorg en daar hebben ze twee goede redenen voor. Ten eerste betekent het een zo breed mogelijk palet aan diensten om omzet mee te genereren. En ten tweede voorkomt het dat de patiënt uitwijkt naar een ander ziekenhuis dat wel de zorg biedt die hij nodig heeft. Biedt dat andere ziekenhuis de patiënt een goede ervaring, dan zal hij bij een volgende gelegenheid geneigd zijn ook weer daar naartoe te gaan. Bovendien zal hij zijn positieve ervaring tijdens familiebezoek en feestjes delen met anderen.

### **Patiënt versus verzekerde**

In die vorige zin staat bewust 'patiënt' en niet 'verzekerde'. Zet een verzekerde en een patiënt naast elkaar en zie de verschillen. Het zijn beiden mensen, maar daar houdt de overeenkomst wel zo'n beetje op. De verzekerde is berekenend en maakt een afweging uit het beschikbare aanbod aan polissen voor zijn zorgverzekering. Moet ik echt in alle ziekenhuizen in Nederland terechtkunnen als ik wat mankeer? Of volstaan die drie in een straal van tien kilometer rondom mijn huis?

'We hebben allebei een rijbewijs. Normaal bepaalt ons werk wie die dag de auto krijgt, maar als de een in het ziekenhuis ligt kan de ander gewoon met de auto op bezoek komen.'

'Is het zo erg als ik geneesmiddelen eerst moet afrekenen bij de apotheek en dan vervolgens het bonnetje declareer bij de zorgverzekeraar? Ik slik eigenlijk toch bijna nooit iets. Die ene premie is negentien euro per maand goedkoper dan die andere. Voor ons tweeën en met de polissen van onze twee studerende kinderen erbij scheelt dat dus bijna tachtig euro per maand. Kunnen we lekker van uit eten.'

De patiënt zit anders in elkaar. Als hij de diagnose te horen heeft gekregen, zoekt hij op Google wat dat voor hem betekent, welke behandelmogelijkheden er zijn en welke behandelaars zich daarin hebben gespecialiseerd. Of hij wacht de diagnose niet af maar googelt op basis van zijn gezondheidsklachten en meldt zich bij de huisarts met de boodschap: 'Dokter, ik denk dat ik (vul die ziekte maar in) heb.' Is dan ziekenhuisopname nodig, dan treedt ineens een heel ander mechanisme in werking.

'Kan best dat in mijn polis staat dat ik naar dat ziekenhuis dertien kilometer verderop moet, maar hier in de stad hebben we er toch ook een? Mijn partner heeft echt geen tijd om iedere dag dertien kilometer heen en terug te rijden. Die is net aan een nieuwe, drukke baan begonnen. En de hond moet ook nog worden uitgelaten.'

'Maar als het toch kanker blijkt te zijn, wil ik wel naar die arts in dat academische ziekenhuis over wie ik zoveel goeds heb gelezen. En nee, natuurlijk wil ik niet alleen maar die standaardbehandeling, want ik heb gelezen dat er een nieuwe immuuntherapie is die onderzoekers heel veelbelovend vinden. Is die nog in *trial*? Nou, dan doe ik daaraan mee. Moet ik daarvoor naar België? Nou dan ga ik toch naar België.'

'Is die behandeling echt zó duur? Hoezo kom ik er niet voor in aanmerking? *Ik ben er toch voor verzekerd.*'

Natuurlijk, dit is gechargeerd. Maar toch niet zoveel. De gezonde burger denkt niet na over ziek zijn en de gevolgen daarvan, maar over hoe hoog de premie per maand is en waarom dat zo veel moet zijn. Natuurlijk, gezondheid is ons grootste goed, daar heb je alles voor over. Gezondheid is evenwel iets anders dan gezondheidszorg. Dat achtervoegsel '-zorg' maakt een wereld van verschil. Zorg heb

je pas nodig als er iets aan de hand is, en daarover wil je niet nadenken zolang het niet aan de orde is.

Misschien denkt de verzekerde ook weleens na over de vraag of het terecht is dat hij meebetaalt voor de zorg van mensen die ongezond leven. Zelf eet hij gezond, sport hij drie keer per week en is hij al dertien jaar geleden gestopt met roken. Kan hij het helpen als die andere mensen zo dom zijn om dat wel te blijven doen. Dat is toch hun eigen schuld. Daarom is die zorg zo duur natuurlijk.

Maar de patiënt, degene die ziek is, denkt maar aan één ding: zo snel mogelijk beter worden. Of, als dat niet meer kan omdat de ziekte chronisch is, in ieder geval alle zorg en ondersteuning ontvangen die nodig zijn om de kwaliteit van leven zoveel mogelijk op peil te houden. En dan maakt het niet uit wat dat kost of hoeveel zorgverleners er een rol in moeten spelen. Op zich begrijpelijk, ziekte is ontwrichtend. Niet alleen voor de zieke zelf, maar ook voor diens gezin. En het kost geld: 385 euro eigen risico per jaar (in 2018) en in een aantal gevallen een eigen bijdrage voor bijvoorbeeld geneesmiddelen, hulpmiddelen en zittend ziekenvervoer. Toch is dit nog geen reden om te zeggen: *Ik ben er toch voor verzekerd*. De patiënt die zich op het standpunt stelt dat verzekerd zijn een vrijbrief is voor het recht gebruik te maken van alles wat de zorg te bieden heeft, denkt niet na over de gevolgen die dit voor de samenleving heeft. En dus voor zichzelf, want hoe duurder de zorg, hoe hoger de zorgpremie die hij als verzekerde iedere maand betaalt.

Nog wat sterker gechargeerd is het voorgaande te vertalen in: de verzekerde let op de centen en de patiënt is een rupsje nooitge-noeg. Zo zwart-wit is het in realiteit nu ook weer niet, maar het illustreert wel het verschil tussen verzekerde en patiënt. Dat verschil

wordt in stand gehouden door een groot deel van de medische wereld – zonder daarin overigens een schuldige te willen aanwijzen, het is gewoon historisch zo gegroeid. Waar de huisarts als generalist heel goed in staat is om een afweging te maken over de vraag of een medische behandeling nodig is – en in veruit de meeste gevallen besluit dat die achterwege kan blijven – is de medisch specialist primair opgeleid om te behandelen. Voor een gesprek met de patiënt over de vraag of een afwachtend beleid of een andere optie dan medisch-specialistisch handelen niet waardevoller zou kunnen zijn, bestaat in de spreekkamer van de medisch specialist niet veel tijd.

Dat zou niet zo erg zijn als ons zorgstelsel zo was ingericht dat de patiënt meer uit eigen zak moet betalen naarmate zijn wensen verder gaan. Nog een scan, hoewel eerder onderzoek niet op een behandelbaar gezondheidsprobleem wees en ook de arts – die ervoor doorgeleerd heeft – ervan overtuigd is dat er niets aan de hand is? Een privékoelkastje naast het ziekenhuisbed? Een koptelefoon om omgevingsgeluid te dempen? Beeldcontact met het thuisfront via Facetime, Skype of een webcam? Prima, u kunt daar pinnen.

Maar helaas is dit niet het geval. Wel voor de luxe-elementen die het ziekenhuisverblijf een beetje kunnen veraangenamen, maar niet voor de zorg zelf. De prijsverschillen tussen de diverse zorgpolis-sen zijn bescheiden en wie die hobbel gepasseerd is, wordt – behalve voor dat eigen risico en die eigen bijdrage – niet meer verwezen naar een pinautomaat. De zorg is beschikbaar, en *dus* wordt er gebruik van gemaakt. Lange tijd wilde niemand de eerste zijn die zegt: het wordt te duur, *the party is over*.

### Op weg naar zorg 2031

Toch komt dat moment nu steeds dichterbij. De klok tikt en het moment waarop de wekker afgaat, nadert met rasse schreden. De

solidariteit van het stelsel staat ter discussie omdat de groep mensen groeit die uitgaat van het 'eigen schuld'-principe voor mensen met een ongezonde leefstijl. De kosten voor dure geneesmiddelen maken een steeds groter deel uit van de totale zorgkosten, terwijl die zorgkosten als geheel als een koekoeksjong andere kosten zoals onderwijs uit het nest dreigen te stoten.

De overheid blijft met hoofdlijnenakkoorden druk uitoefenen om de zorgkosten als geheel te beteugelen zonder échte stappen te zetten om die kostenontwikkeling te keren. Economen waarschuwen dat deze route zo langzamerhand echter onbegaanbaar begint te worden. De zorgverzekeraars willen nu juist niet te veel vastzitten aan die hoofdlijnenakkoorden, omdat ze voor de medisch-specialistische zorg geen beheerste kostengroei voorstaan maar juist krimp. En de medisch specialisten gaan mee in die gedachte: ze willen niet mee-investeren in de ziekenhuizen waar ze werken, maar willen juist de ruimte verkennen om meer zorg buiten de ziekenhuizen – in de eerste en anderhalve lijn – te leveren. De patiëntenorganisaties juichen dit toe, want die willen dat de zorg zodanig is ingericht dat de ziekte zich aanpast aan het dagelijks leven van de patiënt in plaats van dat die patiënt zijn leven moet aanpassen aan zijn ziekte. Liefst is die zorg ook nog zo ingericht dat problemen in een zo vroeg mogelijk stadium worden onderkend om te voorkomen dat de ziekteverschijnselen zo erg worden dat ziekenhuisopname nodig is. Of nog vroeger: om te voorkomen dat signalen van naderend onheil zich ontwikkelen tot een ziekte die moet worden behandeld.

De rode lijn in de ontwikkelingen die de zorgverzekeraars, de medisch specialisten en de patiëntenorganisaties voorstaan, is dat het ziekenhuis voor steeds meer onderdelen van het totale zorgaanbod overbodig begint te worden. En dat is goed nieuws. Niet alleen