

Demissionair minister Klink evalueert zijn beleid

‘Marktwerving is geen zaak van alles of niets’

Heleen Croonen
Ben Crul

Zorgverzekeraars moeten artsen informeren over hun zorguitkomsten, vindt Ab Klink. Dat is beter dan hen financieel te korten bij slechte kwaliteit of patiënten aan te raden zo nodig hun heil elders te zoeken. ‘Switchen is een *last resort*’, stelt de demissionaire minister nuchter vast.



Ab Klink wil door met zijn zorgplannen in een volgend kabinet, mochten de verkiezingsuitslagen gunstig uitpakken voor het CDA. Plannen waarin huisartsen de groeiende stroom grijze chronisch zieken opvangen, en de ziekenhuizen krimpen. Plannen waarin de patiënt alleen zorg uit de richtlijn vergoed krijgt en waarin de ICT de arts eraan gaat houden. Plannen waarin ziekenhuisbesturen specialisten sturen met financiële prikkels en verzekeraars hetzelfde doen met huisartsen. De zorgparagraaf voor het verkiezingsprogramma van het CDA lijkt hiermee al geschreven. De demissionaire minister van volksgezondheid ziet een partner in D66 of de VVD bij deze plannen. Ook de PvdA sluit Klink niet uit, mits zij ‘onbevangen en toekomstgericht naar de zorgagenda kijken’. Met dit laatste reageert hij op PvdA-leider Wouter Bos die zich onlangs uitsprak tegen marktwerving in de zorg. ‘Marktwerving is geen zaak van alles of niets. Wouter weet dat er veel meer in de zorgagenda zit dan hij nu impliceert’, aldus Klink.

Op het eerste gezicht had Klink weinig met de zorg, toen hij in 2007 aantrad als minister van

Ab Klink: ‘Een nieuw kwaliteitsinstituut moet zorgen voor samenhang.’

beeld: De Beeldredactie, Phil Nijhuis

volksgezondheid. Maar wie iets verder keek, wist dat de plannen om de zorgfinanciering te hervormen juist uit zijn koker kwamen. De plannen stonden al in een rapport dat Klink in 1999 schreef voor het CDA, en die destijds zeer omstreden waren binnen de eigen partij. Als directeur van het wetenschappelijk bureau en vervolgens als lid van de senaatsfractie van het CDA, verdedigde Klink zijn zorgagenda op-nieuw. Bij de laatste kabinetsformatie belde hij partijleider en vriend Jan Peter Balkenende om zijn plannen aan te bevelen. 'Die hervormingen wilde ik niet opgeven', aldus Klink. Tot zijn verbazing werd hij gevraagd voor het minister-schap, wat hij met beide handen aanpakte. Hij was eerste keus.

In juni kiezen we het nieuwe parlement. Wat moet zeker behouden blijven van uw werk?

'Het koppelen van de inhoudelijke zorg aan de stelselherziening is essentieel. Het idee dat de zorgverzekeraars wel op de prijs letten, en de zorg daardoor betaalbaar wordt, is te mager.'

Hoe ziet u die marktwerking dan? 90 procent van de artsen wil marktwerking in de zorg temperen of afschaffen. Het is lastig samenwerken met een concurrent, bijvoorbeeld in de eerste lijn bij functionele bekostiging.

'Het zal niet zo zijn dat verschillende zorggroepen lokaal met elkaar concurreren om de chronische patiënt, of dat een patiënt met meerdere aandoeningen bij verschillende zorggroepen wordt behandeld. Zorg-inhoudelijk past dat niet; het kost te veel coördinatie. Ik kan het verbieden, maar dat gaat niet werken. Het is de bedoeling dat de zorg-verzekeraar gaat benchmarken op het gebied van zorguitkomsten en prijs. Een arts in de keten krijgt dan regelmatig terugkoppeling over zijn prestaties ten overstaan van derden, bijvoorbeeld over het aantal complicaties. Dat werkt beter dan wanneer een verzekeraar de arts financieel kort bij slechte kwaliteit, alhoewel dat ook moet kunnen.'

U doelt op de prestatie-indicatoren? Die weer-spiegelen nu grotendeels het proces, in plaats van de uitkomst van de zorg.

'Nee, het gaat verder dan de prestatie-indicatoren. Neem de behandeling van darmkanker. Daarbij volstaat het om tien lymfeklieren te controleren. Als die niet zijn aangedaan, is een chemokuur of bestraling niet nodig. In de prak-

tijk worden die toch gegeven, met schade en hoge kosten als gevolg. Artsen moeten continu uitgebreide terugkoppeling krijgen over hun resultaten, medicatiefouten en complicaties. Dat is beter dan een afrekencultuur waarbij de verzekeraar aan het eind van het jaar bij tegen-vallende resultaten besluit minder volume te contracteren alhoewel ook dat moet kunnen, maar hooguit aanvullend.'

Moeten patiënten ook inzicht krijgen in de prestaties van artsen?

'Nee, ik denk dat als artsen het onderling weten, er voldoende dynamiek vanuit gaat. Patiënten zullen niet shoppen bij verschillende zorgverleners, ze willen vooral spiegelen. Mijn vader heeft hartfalen en spreekt de huisarts erop aan dat het elders op een andere manier gebeurt.'

Je kunt op de ene keten-DBC goed scoren en op een andere minder.

'Daarom is het zo prachtig om prestaties gespiegeld te krijgen. Verzekeraars zullen patiënten niet naar een andere zorggroep verwijzen, tenzij er permanent sprake is van verwaarlozing op meerdere gebieden. Switchen is een *last resort*.'

Is de huisarts altijd hoofdaannemer van een keten-DBC?

'Hij geniet voor mij de voorkeur en kent de patiënt het beste. De chronische patiënt zal van nature voor de eerste lijn kiezen, als daar goede zorg wordt aangeboden.'

De terugkoppeling van prestaties gaat vooral over de technische kant van het vak. In het CanMeds-model, dat de competenties van artsen beschrijft, wordt juist de menselijke kant van de arts bevoor-dert. De patiënt wil ook een luisterend oor. Hoe beloon je dat?

'Ik lees de boeken van Atul Gawande, dokter en journalist. Hij beschrijft gesprekken met mensen die terminaal zijn en toch hun gezwel bij de ruggenwervels willen laten verwijderen, omdat hun benen verlamd zijn. Deze arts bespreekt met hen de implicaties van zo'n ingreep, waardoor zij vaak afzien van deze behandeling. Hij neemt mensen mee in die discussie over overbehandeling.'

Chronisch zieken naar de goedkopere eerste lijn, maar wel met behoud van kwaliteit van zorg, dat is de zorgagenda van Klink. Deze kwaliteit wil hij garanderen door terugkoppe-ling van resultaten aan de arts en door behan-

'De chronische patiënt kiest van nature voor de eerste lijn'

delingen te vergoeden volgens evidence-based richtlijnen. Een voorbeeld: uit onderzoek blijkt dat hartpatiënten goed geholpen zijn met medicatie. Dat kan in de eerste lijn. Alleen de patiënt bij wie medicatie onvoldoende aanslaat, heeft baat bij een duurdere stent die in de kliniek wordt geplaatst. Als cardiologen de richtlijn opstellen, staan ze voor een dilemma dat raakt aan hun eigen inkomsten: behandelen in de eerste lijn of zelf een stent plaatsen? Klink wil dat een kwaliteitsinstituut dergelijke knelpunten signaleert en aanpakt. Denk aan de nieuw ingestelde Regieraad, die nu nog onvoldoende capaciteit heeft.

Er moet samenhang komen in de reeks richtlijnontwikkeling, kwaliteitsindicatoren, veiligheidsnormen, permanent feedback en vergoeding. Nu houden vele instituten zich met deze reeks bezig. Klink somt ze op: CVZ, DBC-onderhoud, ZonMW, de NZa. Veel te veel, vindt hij. Het nieuwe kwaliteitsinstituut moet zorgen voor samenhang. Een arts die een diag-

nose stelt, zou de richtlijn op zijn computerscherm moeten krijgen. Zijn resultaten ziet hij vervolgens ook op het scherm, en de collectieve resultaten gaan naar de verzekeraar en het kwaliteitsinstituut. Naar-

mate het inzicht in de uitkomsten toeneemt, neemt overbehandeling en overdiagnostisering af, verwacht Klink. Amerikaanse verzekeraar Blue Cross vergoedt stents en bypasses bijvoorbeeld alleen als er een aantal maanden van tevoren medicatie is verstrekt. Goed voor 8 miljard dollar minder uitgaven in Amerika.

Als de chronische zorg uit de ziekenhuizen verdwijnt, kun je met minder specialisten toe.

‘Het zal die kant opgaan. Het idee van het ziekenhuis als geïntegreerd instituut dat alles aanbiedt en een monopoliepositie heeft, is ten einde. Ziekenhuizen moeten zich instellen op de veranderende zorgvraag; die ontwikkelt zich van acuut naar chronisch en dus meer naar de eerste lijn. Dat kan leiden tot een krimpscenario voor een ziekenhuis.’

Dat laten de ziekenhuizen natuurlijk niet gebeuren, met hun rode cijfers. Ze streven allemaal naar een groter marktaandeel en meer omzet.

‘Dat komt door de rare prikkels die nu in het stelsel zitten. De risicoverevening in de tweede lijn geeft een voorsprong op de eerste lijn. Als een ziekenhuisafdeling doelmatiger werkt, genieten slecht functionerende afdelingen daar-

van mee. Dat moet eruit. Aan de andere kant kan een ziekenhuis uitblinken op een bepaald gebied. Als de eerste lijn daarbij achterblijft, hoeft de patiënt daar niet op te wachten en kan hij naar de tweede lijn. Maar in de regel doet de eerste lijn kwalitatief zeker niet onder voor de tweede lijn en werkt goedkoper.’

Krimpende ziekenhuizen met een groeiende eerste lijn die moeten samenwerken en concurreren – zijn dit uitspraken van een kamergeleerde?

‘Een ondernemer in het ziekenhuis die alleen in volume denkt, heeft het mis – niet ik. De krimp van ziekenhuizen is onontkoombaar. Als ik nieuwe kolossen van ziekenhuizen zie, zoals in Den Bosch, dan vraag ik me af of dat gebouw is toegesneden op de herverkaveling naar de eerste lijn. Gelukkig is bij de bouw rekening gehouden met de mogelijkheid van herbestemming.’

Waarom hebben huisartsen bij de functionele bekostiging geen financieel plafond en de specialisten bij de DBC's wel?

‘De combinatie van uurtarieven en normtijden heeft geleid tot overschrijdingen van de specialisteninkomens. Hieraan zie je de waanzin van tarievenregulering, met bureaucratisering en juridische procedures als gevolg. Zijn de tarieven te laag, dan zet één ziekenhuis om omzet te houden de deur wagenwijd open en werft veel patiënten. Denk aan de Maartenskliniek met scoliose. Zijn ze te hoog, dan ontstaan overal nieuwe centra, die deze behandeling aanbieden. Toen ik aantrad was net de handtekening gezet onder het akkoord waarin normtijden en uurtarieven zo waren vastgesteld dat specialisten altijd weer op de norminkomens van 210.000 euro uitkomen. Dat is budgetteren; eventuele effectiviteitswinst heeft geen invloed op het norminkomen. Daarom wil ik meer vrijheidsgradaties hebben, waarbij je de beter presterende een beter inkomen geeft, als ziekenhuis. Ziekenhuisdirecties moeten invloed krijgen op specialisteninkomens. In feite net als bij de huisartsen nu is afgesproken voor de functionele bekostiging. Blue Cross heeft nu een experiment in een groot ziekenhuis waar het zwaartepunt van vergoeden ligt op de uitkomsten. Ik vind dat fascinerend.’

Nog een paar heikele kwesties van de laatste jaren. Heeft u bezwaar gemaakt tegen het delen van uw medisch dossier via het landelijk schakelpunt, zoals veel artsen hebben gedaan?

‘Integendeel. Ik ben ervan geschrokken dat derden inzage geven in de regionale dossiers die er

‘Ziekenhuisdirecties moeten invloed krijgen op specialisteninkomens’



‘Doelmatiger werken is de beste manier om te bezuinigen.’

nu al zijn omdat ze niet goed beveiligd waren. Ik ken daar meerdere voorbeelden van. Ik vind de regionale dossiers veel enger dan het landelijke, dat veel beter beveiligd is. Artsen van de regionale netwerken zeggen dat het veiliger is, omdat er alleen regionaal in kan worden gekeken. Ik denk dat daar niks van klopt. Daarbij, mensen worden steeds mobieler, dus landelijke toegang is nodig.’

Een ander heikel punt: Q-koorts. Had u daar achteraf gezien meer bovenop moeten zitten? U wist dat bedrijven besmet waren en dat mensen daarlangs fietsten.

‘Ik zou niet weten wat we anders hadden moeten doen. Echt niet. Het lastige was dat we niet eens wisten waar de ziekte vandaan kwam, de hypothese was dat de bacterie zich verspreidde vanuit melkgeiten- en melkschapenhouderijen. Vervolgens was de hypothese dat de bacterie kon vrijkomen via abortussen en mest. Dat

was aanleiding voor ons beleid. Wij hebben hygiënemaatregelen genomen en het criterium gehanteerd dat 5 procent van de geiten besmet moest zijn. In het buitenland is dat 40 procent. We wisten dat vijf bedrijven boven het 5-procent-criterium kwamen en dat de bacterie in het milieu zit en niet is te verhelpen. De GGD’s en burgermeesters zijn geïnformeerd.’

Volgend heikel punt: heeft u zich aangemeld voor het orgaanregister?

‘Ik heb dat gedaan na de Donorshow van BNN. Eigenlijk zouden overal formulieren van het orgaanregister moeten liggen: bij Albert Heijn, in de bus, in de trein, overal. De huidige campagne voor 18-jarigen is ontoereikend, daarom hebben we ingezet op een brede “ja-campagne”.’


Ten slotte: wat vindt u van wat de ambtenaren voorstellen voor de bezuinigingen in de zorg?

‘Er zijn drie manieren om te bezuinigen. Ik kan de burger in zijn portemonnee raken, of bezuinigen op instellingsniveau of de zorg verbeteren en de doelmatigheid vergroten. Met de eerste twee maatregelen weet ik zeker dat het geld terugkomt. Maar ik vind dat we dat laatste moeten doen en dat de artsen hierover moeten meedenken. Van pakketverkleining en eigen bijdragen heeft de arts alleen maar last. Ik weet dat er ook wordt nagedacht over de eigen bijdrage voor de huisarts. Een berekening op het gebied van cardiovasculaire ingrepen zoals medicatie in plaats van stents, gaf een mogelijke besparing van enkele honderden miljoenen. Ook als je kijkt naar onterecht gebruik van antidepressiva, of vermijdbare medicatiefouten, is er veel winst te behalen.’

Kunt u deze opbrengsten al inboeken?

‘Nee, maar ik mag hopen dat de medische sector meegaat in deze zorgagenda. Als de huidige overbehandeling aanhoudt, ontstaat niet alleen een financieel probleem, maar ook een enorm probleem op de arbeidsmarkt. Daar ligt al tien jaar mijn grootste zorg.’

Gelukkig wordt de numerus fixus losgelaten, en zijn er straks meer dokters. Of niet?

‘Ik vind het goed om studenten op basis van kwaliteit te selecteren in plaats van via loting. Over de verruiming van de numerus fixus ben ik minder enthousiast. Er zit altijd een financieel plafond aan, om al die studenten te verhapstukken bij de universiteiten. In Amerika is getest of een toename van specialisten de kosten zou drukken. Maar helaas: het leverde alleen maar meer behandelingen op.’ 



De minister stipte even het vroeger opsporen van darmkanker aan. Een link naar een zeer recent artikel over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op onze website www.medischcontact.nl. Daar staat ook een MC-interview met Ab Klink uit 2008 en achtergronden.