

Zorg voor de kosten

**een onderzoek naar mogelijkheden tot kostenbeheersing en -reductie
in de gezondheidszorg op Curaçao**

12 augustus 2007

door

Drs. Frits van Vugt MPA

**Public Consultancy
Nederland**

**Tel (+31)6 52038492
publicconsultancy@hotmail.com**

**Deelonderzoek behorende bij de
Rapportage
Abonnementssysteem Huisartsen & Budgettering Specialisten,
“Efisiensia den Balansa”**

uitgevoerd door Deloitte Netherlands Antilles & Aruba

Inhoudsopgave

1. **Inleiding: de opdracht**
2. **De uitvoering van het onderzoek**
3. **De financiële noodzaak tot kostenbeheersing**
4. **Ontwikkeling van sturing en kostenbeheersing in de volksgezondheid**
5. **Preventieve zorg en culturele inbedding**
6. **Eerstelijnszorg: huisartsen**
7. **Geneesmiddelen**
8. **Tweedelijnszorg: specialisten**
9. **Derdelijnszorg: ziekenhuizen, klinieken**
10. **Beperking van vraag en aanbod in de zorgsector**
11. **Effectieve en doelmatige inkoop van zorg**
12. **Samenvattende conclusies en aanbevelingen voor de implementatie**

Bijlagen

1. Lijst van geïnterviewde personen
2. Geraadpleegde documenten, literatuur en websites
3. Tabel Gemiddelde zorgkosten per verzekerde BZV en SVB (2003 – 2005)
4. Tabel Vergelijkend medicijnvoorschriftgedrag huisartsen en specialisten (2004 – 2006)
5. Voorbeeld van een Nijmeegs Formularium
6. Tabel Financiële gevolgen van de voorgestelde maatregelen in het BZV/DEZ-rapport inzake de geneesmiddelenkolom
7. Naar een nieuw tariefsysteem voor apothekers in Nederland
8. Tabel Vergelijkende kosten medicijnen, voorgeschreven door huisartsen en specialisten (via botica's); bedragen per verzekerde
9. Tabel Vergelijkende kosten medicijnen, voorgeschreven door huisartsen en specialisten (via botica's); bedragen per verstrekking (receptregel)
10. Schatting tijdsinvestering specialisten t.b.v. PP-populatie
11. Indicatoren voor kwaliteit van de (ziekenhuis-)zorg

© 2007 Public Consultancy

Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enig andere wijze zonder voorafgaande toestemming van Public Consultancy of het Eilandgebied Curaçao/GGD, en altijd met bronvermelding.

1. Inleiding: de opdracht van het onderzoek

1.1 Deelopdracht van het onderzoek Abonnementssysteem huisartsen & budgettering specialisten

Medio 2006 kreeg Deloitte & Touche Nederlandse Antillen en Aruba (verder te noemen: Deloitte) de opdracht van de GGD van het Eilandgebied van Curaçao om een onderzoek te doen naar het kostenpatroon van huisartsenzorg en specialistische zorg (incl. de door hun gegenereerde kosten), een inventarisatie te maken van bestaande beheersingsmaatregelen en het ontwikkelen van toekomstscenario's over de bekostiging van huisartsen en specialisten. Het onderzoek wordt gefinancierd door USONA.

Medio april 2007 is de Rapportage Abonnementssysteem huisartsen & budgettering specialisten in de eindversie uitgebracht (verder te noemen: hoofdrapport).

In oktober 2006 werd een deelopdracht verstrekt door Deloitte aan Public Consultancy om specifiek de mogelijkheden na te gaan om de kosten te beheersen en om verspilling in de zorg (voor zover gerelateerd aan de hoofdupdracht) te onderzoeken en om hierbij 'best practices' te vinden. In die zin moest het deelonderzoek tot een verdieping en verbreding van de inventarisatiefase van het hoofdonderzoek leiden. Een van de subthema's daarbij was nl.: "hoe kan 'waste' in de zorgconsumptie beperkt worden?".

1.2 Hoofdvragen van het deelonderzoek

De bedoeling van het onderzoek was om:

- (meer) diepgang te verkrijgen over mogelijkheden om tot kostenbeheersing c.q. voorkoming 'verspilling' binnen de zorgsector (voor zover relevant voor de zorgverzekeraars) te komen;
- te bezien onder welke voorwaarden dergelijke kostenbeheersing c. q voorkoming verspilling kan worden ingevoerd; waarbij zowel aandacht is voor het huidige verzekeringsregime als voor toekomstige scenario's;
- nagaan in hoeverre er draagvlak bestaat onder stakeholders voor de voorgestelde maatregelen.

In de offerte voor dit deelonderzoek werden al enkele zoek- en oplossingsrichtingen geschetst (zoals volumebeperking van zorgdiensten, goedkopere inkoop van zorgdiensten en efficiencyverbeteringen in de medische procesgang).

In de loop van het onderzoek is het belang van een efficiënte en doelmatige, liefst gebundelde zorginkoop onderkend. Vandaar dat ook specifiek de zorginkoop door de beide grote zorgverzekeraars (BZV en SVB) onder de loep is genomen.

2. De uitvoering van het onderzoek

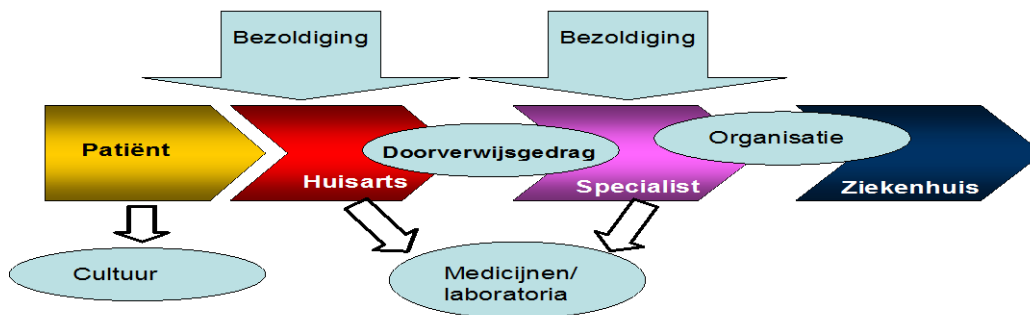
Het onderzoek is tweeledig uitgevoerd:

- a. onderzoek bij stakeholders op Curaçao om de mogelijkheden van kostenbeheersing/voorkomen verspilling nader te verkennen;
- b. onderzoek van ‘best practices’, zowel in Nederland als elders.

ad a. Net als bij het hoofdonderzoek is gebeurd, is vooral gekeken naar de huisartsen en specialisten als aanbieders van zorg, maar ook als ‘veroorzakers’ van kosten elders in de keten, zoals medicijngebruik, kosten van laboratoria en ziekenhuis (zie figuur 1).

Daarbij gaat het niet om het eenzijdig benaderen van het kostenaspect, maar om de doelmatigheid van de zorg, d.w.z. het leveren van (kwalitatief) verantwoorde zorg tegen zo laag mogelijke kosten.

Er is een groot aantal interviews gehouden met zorgaanbieders (huisartsen, specialisten, ziekenhuisdirectie, apotheker), de (publiekrechtelijke) zorgverzekeraars (BZV en SVB), overheidsvertegenwoordigers en met enkele belangengroeperingen (koepel van patiëntenverenigingen en vakbond CBV). Verwezen zij naar de lijst van geïnterviewde personen ([bijlage 1](#)). Daarnaast is deskonderzoek gedaan en is de aangeboden data geanalyseerd. Zie voor de bestudeerde lijst van geraadpleegde documenten en literatuur: [bijlage 2](#).



Figuur 1: Kostenveroorzakers/aandachtsgebieden (bron: Deloitte, hoofdrapport)

Ad b. Er is een nadere analyse gedaan van de ontwikkelingen in Nederland, met name vanuit de optiek van de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars, en ‘best practices’ op het gebied van zorginkoop, doelmatige zorg, en prestatiemeting en –verantwoording.

Naast deskonderzoek hebben er enkele interviews plaatsgevonden, merendeels met vertegenwoordigers van Nederlandse zorgverzekeraars (zie [bijlage 1](#)). Ook zijn er voorbeelden van elders (VS, Aruba, UK) bestudeerd. Het deskonderzoek is voor wat betreft Curaçaose documenten/rapporten afgesloten op 5 maart 2007, en voor wat betreft documenten/rapporten uit Nederland in juli 2007.

Eind februari tot begin maart 2007 hebben presentaties plaatsgevonden van de concept-rapportage van dit Deelrapport aan de Gedeputeerde Volksgezondheid EGC, de verenigingen van huisartsen en van specialisten, directies en staf van het SEHOS, Advent Ziekenhuis en Taams kliniek, directies en staf van BZV en SVB, en aan ambtelijke werkgroepen. BZV en SVB hebben nog een reactie gegeven op een concept-rapport (hoofdstukken 1 t/m 7).

Voor zover relevant zijn de reacties van deze instanties tijdens of na de presentaties verwerkt in dit Deelrapport.

3. De financiële noodzaak tot kostenbeheersing

Al jaren lang baren de steeds toenemende kosten van de gezondheidszorg de overheid en de uitvoerende instellingen grote zorgen. Terwijl de overheidsuitgaven niet meer in de pas lopen met de inkomsten, blijven de kosten van de gezondheidszorg stijgen, zowel in absolute zin als in relatie tot overige kosten van overheidswege.

In het Transitieprogramma van de huidige landsregering (d.d. 5 mei 2006) staat vermeld dat de regering zich zal bezinnen over specifieke uitgavenverlagende maatregelen in de gezondheidszorg, en dat de “gezondheidssector gedegen (zal) worden georganiseerd terwille van meer efficiency, effectiviteit en betaalbaarheid”. En ook dat de regering zal bevorderen dat de Sociale Verzekeringbank (SVB) en het Bureau Ziektekostenvoorzieningen (BZV) zich intensief zullen gaan bezig houden met de bestrijding van misbruik, inefficiëntie, verspilling en fraude binnen de gezondheidszorg (p. 7).

In het Jaarslag 2005 van de SVB wordt gesteld dat “efficiencyverhoging een must (is) teneinde de gezondheidszorg betaalbaar en toegankelijk te kunnen houden” (p. 17).

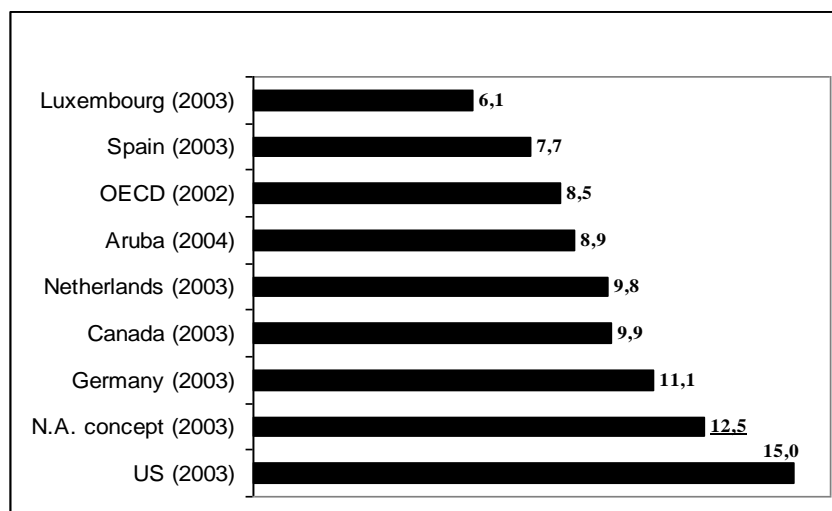
In de begroting 2006 van BZV (voor het Eilandgebied Curaçao) is te lezen dat volgens BZV “in de gezondheidszorg nog steeds geld verspild wordt. Dat is niet opzettelijk, dat komt door de wijze waarop ons systeem in elkaar zit” (p. 6).

Te hoge uitgaven, verspilling, een slecht werkend systeem – dat zijn zo de karakteristieken die telkens in analyses over het Antilliaanse (en meer specifiek het Curaçaose) zorgstelsel terug komen.

De Nederlandse Antillen hebben te kampen met een torenhoge schuldenlast, die niet op eigen kracht op te lossen valt. En ook Curaçao kampt al enkele jaren met een negatief sluitende Eilandbegroting.

De kosten van de gezondheidszorg drukken relatief zwaar op de begrotingen van land en eiland(en).

Indien de kosten voor gezondheidszorg voor het jaar 2003 als ijkpunt worden genomen (deze cijfers zijn de meest recente die internationaal vergelijkbaar zijn), dan zien we dat 79% van de totale gezondheidskosten (van Naf 669,6 miljoen) op Curaçao gegeneerd wordt.¹ Curaçao blijkt dus in de precare financieel-economische situatie van de N.A. een dominante plaats in te nemen (Boas, 2006, p. 7).



Figuur 2. Internationale vergelijking % BBP (bron: Boas, 2006, p. 12)

Een goede graadmeter voor het relatieve aandeel van de gezondheidskosten in de draagkracht van een gemeenschap is het percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP). De kosten van gezondheidszorg bedroegen in 2003 12,5% van het BBP van de N.A., Voor Curaçao was dat: 13,1%, terwijl Bonaire (16,0%) en

¹ Enige nuance is op zijn plaats aangezien een klein deel van deze zorg (m.n. bij enkele specialismen) ook aan andere inwoners van de N.A. gegeven wordt.

Public Consultancy

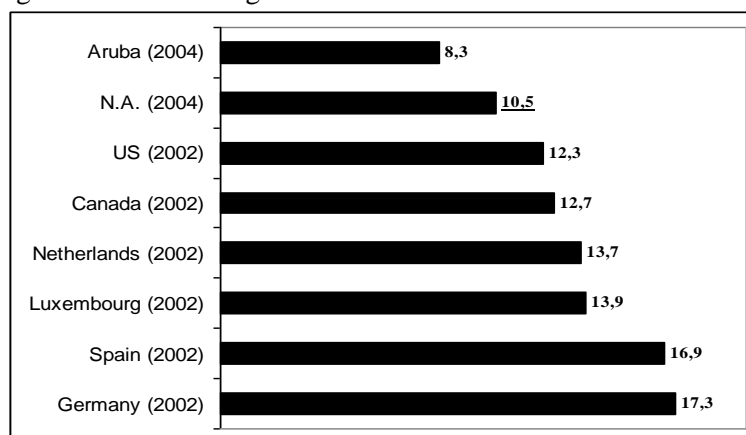
Saba (17,1%) daar nog boven zaten. Een dergelijk percentage ligt internationaal gezien erg hoog, hetgeen te zien is in figuur 2.

De kosten van de gezondheidszorg zijn dus op de Antillen, en meer specifiek op Curaçao, veel te hoog in vergelijking met het (economisch) draagvlak dat daarvoor nodig zou zijn. Ze zijn bijv. veel hoger dan in de (rijke) OECD-landen, die een sterkere economie hebben, maar ook fors hoger dan op Aruba. Alleen de VS kennen een nog hoger % BBP, maar dit evident ondoelmatige gezondheidssysteem blijkt niettemin nog betaalbaar, en dat geldt niet (meer) voor de N.A, noch - meer specifiek- voor Curaçao.

Het hoge BBP-percentage voor de N.A. is overigens nog geflatteerd, indien we beseffen dat de leeftijdsopbouw voor de Antillen (kostentechnisch) relatief gunstig is, vanwege een gemiddeld veel jongere bevolking dan de genoemde landen..

De leeftijdscategorie 65 jaar en ouder neemt gemiddeld 3 tot 4 keer zoveel zorgconsumptie voor zijn rekening. Indien op termijn de N.A. eenzelfde aandeel vergrijzing onder zijn inwoners telt als de in figuur 3 genoemde Europese landen (cijfers van 2002, de actuele cijfers liggen inmiddels beduidend hoger, rond de 16%), zullen de kosten fors gaan stijgen, en zal (bij ongewijzigd beleid) het BBP-percentage van de Antillen nog veel hoger komen te liggen.

Binnen afzienbare termijn zal het aandeel 65-plussers op Curaçao van rond 10,5 (2004) ook doorstijgen naar 15 a 16%, d.w.z. met eenderde. De kosten zullen daardoor met ongeveer een kwart toe gaan nemen, tot rond 16 a 17% BBP. Bij ongewijzigd beleid zal de zorg dus volstrekt onbetaalbaar worden.



Figuur 3: Leeftijdsopbouw bevolking (percentage van de leeftijdscategorie 65 jaar en ouder (bron: Boas, 2006, p. 13)

In 2000 klonk de alarmbel in verband met het steeds grotere financiële beslag van de gezondheidszorg op de overheidsfinanciën en vanwege de lastendruk (premies) voor het bedrijfsleven. Hierop zijn er een groot aantal voorstellen ontwikkeld gericht op de beteugeling van de kosten en verlaging met tientallen miljoenen gulden. In het volgende hoofdstuk wordt hierop verder ingegaan.

Ondanks de 'sense of urgency' die aan het begin van deze eeuw bestond, zijn er geen werkelijk financiële doorbraken gekomen: de aangekondigde bezuinigingen op diverse kostenposten werden niet gerealiseerd, sterker nog, de stijging van de kosten ging gewoon verder.

Dat de kosten ook na 2003 verder stegen, en in sommige gevallen zelfs buitenproportioneel, kunnen we zien aan de hand van de kosten die de twee grootste zorgverzekeraars vanaf 2003 maken.

Deze twee, BZV en SVB, nemen op Curaçao (de bekostiging van) ruim 80% van de totale gezondheidskosten voor hun rekening (relatief iets meer dan het percentage verzekerden, dat rond de 80% ligt).

Let wel, de SVB-cijfers betreffen alleen de Curaçaose verzekerden.² En wat de BZV aangaat: het betreft niet de

² Deze kosten zijn berekend door van alle kosten van de SVB-verzekerden 68,76% te nemen voor de kosten van Curaçaose verzekerden; dit percentage is afgeleid van de verhouding Curaçaose verzekerden versus overige SVB-verzekerden (bovenwindse eilanden en Bonaire), cijfers ultimo 2006. Volgens SVB is dit de meest betrouwbare kostenverdeling, nu SVB geen aparte cijfers voor de onderscheiden eilanden kan leveren. Er is een kleine vertekening doordat verzekerden op Bonaire en de Bovenwinden in bepaalde mate gebruik maken van bepaalde Curaçaose specialisten, aangezien die daar niet

Public Consultancy

kosten van alle verzekerden bij BZV: de kosten van GTZ zitten er nl. niet bij; voor deze groep waren geen cijfers over de gehele periode beschikbaar.

Verzekeraar SVB	zorgaanbieder	2003 (x1.000)	2004 (x1.000)	2005 (x1.000)	Vershil 2003 – 2005
	huisartsen	9.118	8.665	8.364	- 8,3%
	apotheek/geneesm.	22.681	25.829	23.370	+ 3,0%
	specialisten	9.782	9.664	10.183	+ 4,1%
	laboratorium	5.044	4.744	5.341	+ 5,9%
	ziekenh./ klin.³	29.110	30.492	31.314	+ 7,8%
	Totale zorgkosten	82.628	87.714	88.075	+ 6,6%

Tabel 1 Kosten van gezondheidszorg Curaçao (via SVB) over de periode 2003 -2005

Bron: SVB, Jaarverslag 2005

Verzek. BZV	Soort verzekerde	zorgaanbieder	2003 (x1.000)	2004 (x1.000)	2005 (x1.000)	Vershil 2003 - 2005
	PP	huisartsen	4.029	4.430	4.642	
	Eil. dien.		1.308	1.252	1.364	
	<i>totaal</i>		5.337	5.682	6.006	+ 12%
	PP	apotheek/ geneesm.	30.733	35.133	37.426	
	Eil. dien.		3.952	3.949	4.234	
	<i>totaal</i>		34.685	39.082	41.234	+ 20,1%
	PP	specialisten	10.591	11.069	10.455	
	Eil. dien.		2.346	2.400	2.812	
	<i>totaal</i>		12.937	13.469	13.267	+ 2,6%
	PP	laboratorium	3.695	6.404	6.535	
	Eil. dien.		528	1.089	1.098	
	<i>totaal</i>		4.223	7.493	7.633	+ 80,7%
	PP	ziekenh./klin.⁴	40.837	45.436	47.821	
	Eil. dien.		3.792	3.909	4.544	
	<i>totaal</i>		44.629	49.345	52.365	+ 17,3%
	PP	Totale zorgkosten	110.607	122.946	127.707	+ 15,5%
	Eil. dien.		15.347	16.750	17.689	+ 15,3%
	PP + Eil. d.		125.954	139.696	145.396	+ 15,4%

Tabel 2 Kosten van gezondheidszorg Curaçao (via BZV) over de periode 2003 -2005

Bronnen:

- BZV, Begroting 2006 voor Eilandgebied Curaçao (t.b.v. rekeningcijfers 2003)
- BZV, Begroting 2007 voor Eilandgebied Curaçao (t.b.v. rekeningcijfers 2004 en 2005)

Men moet zich wel bedenken dat onder de ‘totale zorgkosten’ meer kosten vallen dan de in de tabellen genoemde zorgaanbieders⁵ In het verlengde hiervan: de omvang van de totale zorgkosten is (iets) hoger dan

zijn. Aan de andere kant hebben de kleinere Antillen-eilanden hogere kosten vanwege schaalnadelen.

³ In het Jaarverslag SVB 2005 worden deze kosten opgenomen onder de post “intramuraal instellingen”. Het betreft naast SEHOS, Taams kliniek, Advent Ziekenhuis en Capriles kliniek, ook de niet-Curaçaose klinieken St. Maarten Medical Center en Fundashon Maria Dal (Bonaire). Ook kosten ziekenhuisapotheken zitten er in. Door de factor 68,76% (zie vorige voetnoot) toe te passen wordt aangenomen dat de kosten van andere Antillianen die gebruik maken van Curaçaose klinieken en van de niet-Curaçaose klinieken (nagenoeg) niet zijn begrepen in de kosten van het overzicht.

⁴ Hieronder vallen: SEHOS, Taams kliniek, Advent Ziekenhuis en Capriles kliniek, niet de Kraamkliniek/verloskundigen.

⁵ Naast de hierboven weergegeven zorgaanbieders, vallen ook onder de totale zorgkosten de kosten van: tandartsen (behalve bij SVB), paramedici, kraamkliniek/verloskundigen, medische uitzendingen (alleen voor eigen verzekerden), thuiszorg/nazorg, ziekentransport, kunst- en hulpmiddelen.

wat we normaliter onder de kosten van gezondheidszorg rekenen.⁶

Bezien we beide tabellen, dan valt op dat de kostentoeename over de genoemde periode redelijk fors was: 6,6% bij SVB en 15,4% bij BZV.

De toename nam bij SVB overigens wel af in het jaar 2005: in dat jaar was de toename nog slechts 0,4%. Hier moet echter bij aangetekend worden dat in diezelfde periode het aantal verzekerden bij SVB daalde. Indien we – ter correctie hiervan - de zorgkosten per verzekerde nemen, zien we dat in de periode 2003 – 2005 de kosten per SVB-verzekerde met 17,7% toenamen (zie tabel 3; uitvoeriger in bijlage 3). Overigens zijn ook de zorgkosten per Eilanddienaar (BZV) de afgelopen twee jaar fors gestegen.

Het gemiddeld bedrag per verzekerde (BZV en SVB) op Curaçao bedraagt NAF 2.226 in 2005. In hetzelfde jaar was dit bedrag op Aruba NAF 2.478, maar daar is dit bedrag – i.t.t. Curaçao - dalende (in 2004 was het nog 2.516).⁷

Verzekeraar	2003	2004	2005	Vershil 2003 -2005
BZV/PP	3.396	3.627	3.770	+ 11,0 %
BZV/Eil.dienaren	1.588	1.790	1.870	+ 17,8 %
BZV/GTZ	n.v.t.	n.v.t. ⁸	6.111	
BZV/PP+EIL.+GTZ	n.v.t.	n.v.t.	3.471	
SVB	1.154	1.293	1.358	+ 17,7%
BZV en SVB	n.v.t.	n.v.t.	2.226	

Tabel 3 Gemiddelde zorgkosten per verzekerde BZV en SVB

Bronnen:

- BZV, Begroting 2006 voor Eilandgebied Curaçao (t.b.v. rekeningcijfers 2003)
- BZV, Begroting 2007 voor Eilandgebied Curaçao (t.b.v. rekeningcijfers 2004 en 2005)
- SVB, Jaarverslag 2005

Verder valt in de tabellen 1 en 2 op dat enkele kostenposten fors gestegen zijn in deze jaren. Dat betreft de kosten van laboratoria (bij BZV: + 80%⁹), kosten geneesmiddelen (bij BZV: +20%) en ziekenhuiskosten (bij BZV: + 17%, bij SVB: + 8%).

De kosten van geneesmiddelen zijn bij SVB over de periode van twee jaar gestegen, maar die stijging zat in het eerste jaar (2004: + 14%) ; het laatste jaar was er echter een duidelijke afname van medicijnenkosten (2005: - 9,5%). Dit wordt verklaard door de invoering van een aantal maatregelen om doelmatig voorschrijfgedrag van m.n. huisartsen te bevorderen en kosten van medicijnen te temperen (zie hierna in paragraaf 6.3.1 en hoofdstuk 7).

Aangezien BZV achter loopt met het invoeren van maatregelen (en sommige maatregelen nog niet zijn ingevoerd), is over deze jaren nog steeds een stijging van de geneesmiddelenkosten voor BZV te zien. Pas in 2006 zien we een daling bij BZV (voor PP en Eilanddienaren). In de hierna volgende tabel wordt dat duidelijk.

⁶ Opgemerkt zij dat onder deze kosten ook kosten vallen die niet specifiek betrekking hebben op volksgezondheid, maar onder het bredere zorgbegrip vallen, zoals open bejaardenwerk en thuiszorg (niet zijnde verpleging). Het aandeel hiervan op het totaal is echter gering

⁷ Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekostenverzekering Aruba, Verslag over 2005 (algemeen verslag) (26 juni 2006), p.3

⁸ Per 1 juli 2004 zijn de min- en onvermogens die verzekerd waren bij de AKM (ex-Shell ziekenfonds) ondergebracht bij de Stichting Garantie Toegankelijkheid Zorg (SGTZ); per 1 juli 2005 zijn de gepensioneerden die verzekerd waren bij DCA toegetreden. Daarom heeft een vergelijking met 2003 en 2004 geen zin.

⁹ In werkelijkheid zal deze stijging minder groot zijn geweest, aangezien volgens BZV er in 2004 facturen zijn betaald die nog op 2003 betrekking hadden.

Public Consultancy

jaar	SVB	BZV/PP	BZV/EIL	BZV *)
2004	23,5	35,1	4,0	39,1
2005	21,3	37,4	3,8	41,2
2006	21,2	35,5	3,5	39,0
Mutatie 2004-06	- 9,8%	- 0.6%	- 12,5%	- 2,0%

Tabel 4 Totale kosten medicijnen, voorgeschreven door huisartsen en specialisten (via botica's) (in MIO NAf). Deze cijfers zijn afgeleid van bijlage 8.

*) BZV = PP + EIL.

Opvallend is verder in tabel 1 de daling van de huisartsenkosten bij SVB (- 8%). Dat zal ongetwijfeld te maken hebben met de daling van het aantal SVB-verzekerden in relatie met de bevrozing van het abonnementstarief .

In ieder geval blijkt uit deze cijfers dat de financiële noodzaak om tot kostenbeheersing en –reductie te komen, onverminderd van kracht blijft.

Conclusies:

- *De kosten van de gezondheidszorg zijn, gelet op de precaire financiële situatie op lands- en eilandsniveau, en in verhouding tot andere landen, thans buitensporig hoog.*
- *De kosten zullen in verband met de vergrijzing nog met ongeveer een kwart toe gaan nemen, tot rond 16 a 17% BBP. Bij ongewijzigd beleid zal de zorg op afzienbare termijn dus volstrekt onbetaalbaar worden.*
- *Op het totaal van de zorgkosten bezien, is er op Curaçao nog steeds geen sprake van kostenbeheersing, noch van kostenreductie. Feitelijk lopen die kosten elk jaar nog steeds op, ondanks pogingen om deze trend te keren.*

4. Ontwikkeling van sturing en kostenbeheersing in de volksgezondheid

4.1 Ontwikkelingen op Curaçao

Eind van de vorige eeuw werd men langzamerhand op Curaçao gewaar dat de steeds maar stijgende kosten in de zorg voor grote problemen zorgden.

Een uitvoerige analyse werd gemaakt in het *rapport Kuido pa Kuido* (Price Waterhouse Cooper, dec. 2000).

Vanuit de constatering dat de kosten veel te hoog waren geworden, werd de vinger op de zere wonde gelegd:

- de toegankelijkheid van de zorg is niet gelijk voor iedereen;
- er is geen budgettering en het tarievenstelsel is niet actueel en niet eenduidig;
- er is onvoldoende aanbodregulering;
- protocollaire afspraken over beleids- en zorginhoudelijke afspraken ontbreken;
- de taakafbakening tussen uitvoering, financiering, beleid en toezicht ontbreekt;
- de zorginkoop gebeurt door iedere zorgverzekeraar afzonderlijk.

Ten aanzien van de kostenbeheersing werden een aantal maatregelen voorgesteld:

- beïnvloeding van het (zorg)consumptiegedrag, door enerzijds bewustwording van de consument (o.a. vanwege de preventieve werking daarvan), anderzijds door het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid (o.a. door het introduceren van een eigen risico, het vragen van een eigen bijdrage en door het maximeren van het aantal behandelingen);
- beïnvloeding van de bewustwording van de zorgverlener, door het confronteren met zijn of haar voorschrijf- en verwijsgedrag (via spiegelinformatie);
- het (macro) budgetteren van de kosten van de zorgaanbieders (waarvan het bedrag gekoppeld is aan het Bruto Nationaal Product), waarbij per budget per zorggebied een gewenste kwaliteit en productie wordt afgesproken;
- een moratorium voor het toelaten van zorgaanbieders en nieuwe medische technologie;
- het optimaliseren van de patiëntenstroom, door verlaging van de instroom van patiënten in het ziekenhuis (o.a. meer verrichtingen in de eerste lijn, stimuleren dagbehandeling en poliklinische behandeling) en het verhogen van de uitstroom (meer bedden in de transmurale zorg, stimuleren thuiszorg en wijkverpleging).

Er werden tevens enkele voorwaarden gesteld aan de zorgfinanciering, door een basispakket in te voeren en door het maken van betere prijsafspraken met zorgverleners via centrale inkoop. Een basisverzekering met één uitvoeringsorganisatie zou daartoe het voermiddel kunnen zijn. Een basis gezondheidssysteem zou er binnen één jaar kunnen zijn, zo dacht men toen.

Het liep echter anders. Er werden vele plannen gemaakt, maar daarvan kwam weinig tot uitvoering.

Eerst werd er een *Commissie Uitwerking Afsprakenkader Volksgezondheid* (CUAV) aan het werk gesteld. Die had als opdracht om medio 2001 een bezuinigingspakket te formuleren ter grootte van Naf 25 miljoen. Dat was nl. het bedrag dat door het IMF was geëist als voorwaarde van de financiële gezondmaking van de N.A.

Dat bezuinigingspakket kwam er ook snel, en had als voorgestelde maatregelen onder meer in petto:

- 3,3 miljoen besparingen door minder verwijzingen bij huisartsen (echo- en röntgenonderzoeken; paramedici), en een ander (generiek) voorschrijfgedrag t.a.v. geneesmiddelen; met als alternatief: het korten op het abonnementshonorarium als het voorschrijf- en verwijsgedrag niet zou veranderen;
- 2,2 miljoen besparingen door een pakket maatregelen die het aanbod regarderen (o.a. vestigingsbeleid voor huisartsen, alleen erkende huisartsen, probleemgerichter aanvragen laboratoriumonderzoek en opschonen verzekerdenbestand);
- 5,9 miljoen besparingen doordat ook specialisten terughoudender onderzoeken zouden laten doen, ook generiek zouden gaan voorschrijven, en verscherping van de medische uitzendingen;
- 2,6 miljoen aan bezuinigingen op de tandartsen- en paramedische kosten (o.a. minder behandelingen vergoed);
- 6,1 miljoen aan besparingen op de ziekenhuizen door ziekenhuizen te budgetteren op een lager budget;
- 3 miljoen door prijsverlaging import van medicijnen; 0,3 miljoen door introductie receptregelvergoeding en 0,7 miljoen door uitbreiden negatieve lijst (medicijnen die niet vergoed

worden);

De voorstellen voor dit “noodtraject” werden vervolgens meteen overgenomen door de Raad van Ministers. Was dit te bezuinigen bedrag hard nodig voor het reduceren van het overheidstekort, vervolgens restte nog het dichten van het tekort op diverse zorgfondsen. Dit werd het “structurele traject” genoemd, dat naar de toekomst werd geschoven.

Belangrijk was dat tevens door de Raad van Ministers een harmonisatie van de verzekeringspakketten van BZV en SVB, en het integreren van beide organisaties in één fonds werd voorgestaan.

Interessant is nog te vermelden dat door prof. D. Post nog een advies is uitgebracht aan de CUAV (Post, 2002). Hij pleitte onder meer voor:

- een forse reductie van het aanbod van medische diensten: één ziekenhuiscentrum voor de Antillen met enkele kleine ‘satellieten’, 13 apotheken op Curaçao i.p.v. 28 en een flinke vermindering van het aantal huisartsen;
- een betere structuur in de curatieve zorg: de totstandkoming van één medisch specialistisch geïntegreerd bedrijf, waarin alle specialisten werkzaam zijn; de introductie van behandelprotocollen; budgettering van ziekenhuis- en specialistische zorg; handhaving van het abonnementshonorarium voor huisartsen; het geven van een vast inkomen aan apothekers;
- betere sturing op het gedrag van zorgaanbieders: beperking van de zorgproductie door het hanteren van feedback gegevens (bij te hoge productie en te hoog voorschrijf- en verwijzingsgedrag een verlaging van het honorarium);
- versoepelde verzekeringscondities: verkleining van het verzekeringspakket, invoering eigen bijdrage en harmonisatie van de pakketten tot één pakket voor iedereen;
- fusie van SVB en BZV: één verzekeraar zou voor de N.A. voldoende zijn;
- een sterke regie van de overheid om orde op zaken te stellen in de chaotische gezondheidszorg, waarbij de rol van het ‘veld’ in het ontwikkelen van plannen klein zou moeten zijn, gelet op het feit dat de belangentegenstellingen de voortgang zouden blokkeren.

Met dit advies is amper iets gedaan. Maar het is nog steeds erg actueel.

De uitwerking van de besparingsbesluiten (uit 2001) in de praktijk ging moeizamer dan gedacht werd. Sommige maatregelen werden na enige tijd uitgevoerd, zoals het beperken van het aantal te vergoeden behandelingen door paramedici. Het doelmatig voorschrijven van medicijnen (generieke middelen in plaats van duurdere specialités) werd door SVB in september 2003 ingevoerd, door BZV pas in november 2005.

Maar bij andere duurde de implementatie erg lang, zoals het invoeren van vestigingsbeleid (de Landsverordening Beperking Medische Beroepsbeoefenaren is in 2005 aangenomen, inwerkingtreding op Curaçao laat echter op zich wachten door uitblijven van een BC-besluit van het EGC) en het doorvoeren van een verscherpt uitzendingenbeleid (heeft pas in 2006 vruchten afgeworpen).

Een groot deel van de voorgestelde maatregelen is echter niet uitgevoerd, of uitvoering heeft volstrekt niet het gewenste effect gehad, zoals:

- het veranderde voorschrijfgedrag door huisartsen is pas in 2005 merkbaar bij SVB en bij BZV v.w.b. de groep Eilanddienaren, voor PP-populatie (BZV) pas merkbaar in 2006 (bij specialisten is een dalende trend m.i.v. 2005 merkbaar).
- bij de (zeer dure) PP-populatie is van verminderde kosten voor medicijngebruik echter geen sprake; integendeel, ondanks lagere kosten door voorschrijven specialisten zijn de totale kosten in de periode 2003 – 2006 verder opgelopen: van 30,7 naar 35,5 miljoen NAF) (zie hierna: hoofdstuk 6);
- verscherping verwijzingen voor onderzoeken (echo, röntgen, lab): de kosten zijn alleen nog maar toegenomen, ondanks het invoeren (pas na enkele jaren) van een probleemgericht verwijzingsformulier;
- introductie honorariumkorting voor specialisten: niet gebeurd;
- samenwerking/ integratie ziekenhuizen: niet gebeurd;
- integratie van specialisten in klinieken: niet verder in gang gezet;
- via het budgetteren van ziekenhuizen een besparing van 6,1 miljoen realiseren: er heeft geen

Public Consultancy

- budgettering plaatsgevonden en de kosten zijn fors blijven stijgen;
- er zijn geen afspraken gemaakt met importeurs van geneesmiddelen over minimaal 5% prijsdaling over de gehele linie;
- er is alleen door SVB (pas in april 2006) een receptregelvergoeding ingevoerd; BZV heeft dat niet gevolgd;
- het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS; dat per 1 juli 2001 ingevoerd zou moeten worden) staat bij de start van 2007 al wel grotendeels op papier, maar is nog steeds niet geïmplementeerd (het wettelijk kader is zelfs nog niet vastgesteld).

De weg naar één basisverzekering, de Algemene Ziektekostenverzekering (AZV) is tot op heden niet verder gekomen dan de tekentafel, terwijl er amper tot geen sprake is van gezamenlijke zorginkoop door BZV en SVB (zie hiervoor: hoofdstuk 11), laat staan van een geïntegreerde uitvoeringsorganisatie.

Alles overziende valt te constateren dat, ondanks de snelheid waarmee aan het begin van deze eeuw bezuinigingsplannen zijn gemaakt, deze plannen volstrekt niet het beoogde effect hebben gehad. Zoals we in het vorige hoofdstuk zagen, zijn de kosten gewoon verder blijven stijgen.

Afgaande op de mening van diverse stakeholders, zijn de oorzaken voor dit falende beleid van kostenreductie divers:

- de structuur van het stelsel van volksgezondheid is onnodig complex: er zijn twee overheden (land en eiland) die zich beide bezighouden met het vaststellen van inhoud en bekostiging van de zorg (omvang zorg, bekostiging zorgaanbieders, vestigingsbeleid, geneesmiddelenbeleid, etc.) en dit op verschillende wijzen doen: er zijn meerdere zorgverzekeraars die allemaal andere verzekeringsvoorwaarden en –pakketten hebben en allemaal afzonderlijk aan zorginkoop doen. En te wijzen valt op de omstandigheid dat er een adequate taakafbakening ontbreekt tussen de betrokken partijen t.a.v. beleid, uitvoering, financiering en toezicht.¹⁰
- er is geen regie op het zorgstelsel, vanwege het feit dat twee overheden (N.A. en het EGC) beide verantwoordelijk zijn voor (onderdelen van) het beleid en de wetgeving; de samenwerking en regieafspraken tussen land en eiland worden extra bemoeilijkt door de rivaliteit tussen de beide overheden en het weinig stabiele karakter van de bestuursorganen (m.n. van het BC, dat eind 2006 zijn 7^e samenstelling in 5 jaar kent);
- de beide uitvoeringsorganen BZV en SVB zijn er, na het afsluiten van een samenwerkingsconvenant op 3 maart 2000, niet in geslaagd om tot samenwerking te komen over de essentialia van de zorginkoop en de zorgcondities: er gelden vele regels voor de zorgaanbieders die grotendeels verschillen per verzekeraar, er is geen gezamenlijk monitoringsysteem en analyses van de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg vinden – als dit al gebeurt – gescheiden plaats, zonder overdracht van leerervaringen;
- door opsplitsing van taken en verantwoordelijkheden is het bereiken van consensus over maatregelen ter kostenreductie een moeizaam proces, dat telkens gefrustreerd kan raken door nieuwe interventies van nieuwe spelers (of andere politieke meerderheden) in de beleidsarena. Bovendien duurt het immens lang voordat er überhaupt beslissingen genomen worden (zo liggen sommige adviezen van de GGD al jaren op besluitvorming door het Bestuurscollege EGC te wachten¹¹);
- bepaalde belangengroepen van zorgaanbieders interveniëren vrij effectief t.a.v. maatregelen die hen ‘in de portemonnee raken’; zij vormen een relatief sterke (beïnvloedings)macht die via ‘inner circles’ en partijconnecties beslissingen op het (voor hen) juiste moment tegen kunnen houden of

¹⁰ Voorbeelden hiervan: De Gedeputeerde van Volksgezondheid (EGC) heeft een beleidsbepalende taak als lid van het BC van Curaçao, maar is ook voorzitter van BZV, waar zij als BC-lid toezicht op moet houden. De directeur van de GGD EGC is beleidsvoorbereider voor het BC, maar is tevens vice-voorzitter van de BZV, waar de GGD (als ambtelijke voorpost van het BC) geacht wordt zorg in te kopen. Een ander geval waar diverse rollen met elkaar verstrikt zijn geraakt betreft de stichting COMSZ, zie hierover paragraaf 8.4.3).

¹¹ Voorbeeld: nog steeds geen beslissing van het BC over de drie Poko Poko-rapporten die vanaf december 2004 gemaakt zijn (over te lange wachttijden voor de PP-populatie en de noodzaak tot aanbodregulering); GGD e.a. (2004, 2005 en 2006).

uit kunnen stellen. De politiek blijkt soms erg gevoelig voor beslissingen waarbij er sprake is van inkomstenderving bij entrepreneurs in de gezondheidsbranche en het (mogelijk als gevolg van bezuinigingen) verlies aan arbeidsplaatsen. Bovendien bestaat er een zekere schroom om het 'medische circuit' al te zeer tegen de haren te strijken.

Conclusies:

- *De 'politieke 'sense of urgency' van zeven jaar gelegen om de kosten te reduceren heeft veel voornemens opgeleverd, maar slechts een beperkt aantal doorgevoerde (effectieve) maatregelen. De invoering daarvan was een kwestie van 'too little, too late': het duurde lang voordat een beperkte aantal maatregelen was ingevoerd en deze waren volstrekt onvoldoende om een substantiële kostenverlaging te bewerkstelligen.*
- *Het merendeel van de voornemens is nooit serieus opgepakt of is politiek gesneuveld, al dan niet door een succesvolle tegenlobby vanuit brancheorganisaties die broodverlies zagen opdoemen.*
- *De structuur van het zorgstelsel is dermate complex, en de onderlinge afhankelijkheid en diffuusheid in taken zijn zo sterk dat hier geen krachtige impulsen voor verandering van uit gaan.*

4.2 Ontwikkelingen in Nederland en de relevantie voor Curaçao

Ook Nederland kampt al decennia lang met hoge kosten in de volksgezondheid. Hoewel de kosten, uitgedrukt als percentage van het BBP, op Curaçao ongeveer eenderde hoger liggen dan die van Nederland (zie hoofdstuk 3), is ook Nederland op allerlei mogelijke manieren bezig deze kosten beheersbaar te houden. Dat lukt voor een deel.

De kosten van met name ziekenhuiszorg en specialisten zijn behoorlijk gestegen. De aanvankelijk onbeheersbare groei van de kosten van geneesmiddelen tot 2003, is daarentegen enigszins getemperd. Zo daalden deze kosten in 2004 met 2,5%, tegenover weer een stijging het jaar erop (maar veel geringer dan van vóór 2003) met 4,6%. (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2006, p.7). In 2006 was de stijging 3,6%, met name door de groei van de (ultra)dure medicijnen.¹²

In zijn algemeenheid zijn met name de vergrijzing van de bevolking en het hoge kostenniveau van nieuwe methoden (apparatuur) en medicijnen, als oorzaak van de groei van de gezondheidskosten te noemen.

Als we zien hoe in Nederland geprobeerd is om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen, dan zijn de volgende typen van maatregelen te noemen:

- een combinatie van macrokostenbeheersing en openeindfinanciering;
- invoering van een basisverzekering, met marktwerking voor de zorgverzekeraars;
- het beperken van zorgaanpakken;
- doelmatigheidsprikkels
- het vergroten van de eigen betalingen door verzekerden;
- het (verder) versterken van de poortwachterfunctie van de huisarts.

Deze ontwikkelingen worden hierna kort toegelicht¹³, incl. een beschouwing op de relevantie voor Curaçao.

4.2.1 Een combinatie van macrokostenbeheersing en openeindfinanciering

Na de openeindfinanciering van de zorg (met de daarmee gepaard gaande forse kostenstijgingen) kwam vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw de sector volksgezondheid onder een systeem van inputbudgettering. Door

¹² Cijfer van de Stichting Farmaceutische Kengetallen in het Pharmaceutisch Weekblad, 12 april 2007

¹³ Hierbij is o.a. gebruik gemaakt van het rapport Exploderende zorguitgaven (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003), het rapport Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? (NIVEL, 2004) en van de rapporten Data en feiten 2005 en 2006 (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2005 en 2006).

het aan een limiet stellen van de maximale uitgaven (bijv. van de ziekenhuizen) probeerde de overheid het aanbod en de prijzen enigszins te beperken. Aanbodscarste werd als effectief middel gezien. De Wet Tarieven Gezondheidszorg, de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de vestigingsregeling voor huisartsen waren daar uitvloeisels van.

Lange tijd was dit beleid succesvol.

In de jaren negentig kwamen de problemen, met name door de steeds langer wordende wachttijden voor specialisten. Een verzekerde ging daarop naar de rechter en die gaf hem gelijk. De regering moest het verzekeringskarakter van de Ziekenfondswet en de AWBZ weer herstellen. Dit was het einde van de inputbudgettering en de rentree van de openeindfinanciering (p x q).

Toch houdt de overheid via het Budgettair Kader Zorg een taakstelling voor de collectieve lasten in stand. Daarbij worden ziekenhuizen achteraf afgerekend op te hoge productie, hetgeen in zeker mate voor een uitgavenplafond zorgt (al moet er elk jaar nog extra geld bij).

De macrokostenbeheersing is het duidelijkst merkbaar in het geneesmiddelenbeleid. Zo werd in 2004 een Convenant gesloten door de overheid met de KNMP (farmaciebranche), Zorgverzekeraars Nederland en Bogin (branche van generieke geneesmiddelenindustrie), met als strekking dat de prijzen van generieke receptgeneesmiddelen zouden moeten dalen tot 40% onder het niveau van 1 jan. 2004, hetgeen gebeurde en een besparing opleverde van € 576 miljoen (cijfers zijn van het Ministerie van VWS). Dit was net iets onder het geraamde bedrag van € 622 miljoen.¹⁴ In een aanvullend Convenant 2005 werd met de nieuwe convenantpartij Nefarma (fabrikanten van specialité-medicijnen) afgesproken dat de fabrikanten via forse prijsverlagingen van de specialités een substantiële bijdrage zouden leveren aan de besparingsdoelstelling van de overheid. Daardoor lukte het om de voor 2005 gewenste bezuiniging te halen (de besparing bleek € 692 miljoen te bedragen). Voor 2006 is € 880 miljoen gerealiseerd en voor 2007 hebben de convenantpartijen als besparingsdoel € 978 miljoen afgesproken, dat naar verwachting gehaald zal worden (Vektris, 2007, p. 18).

Relevantie voor Curaçao:

- Het budgetteren van specialistenzorg over de hele linie is thans actueel op Curaçao. Zie het hoofdrapport, dat een keuze maakt voor Scenario 1: Budgettering specialisten in samenhang met geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB). Hierbij zal het ziekenhuis een maximum budget krijgen dat via een allocatiemethodiek wordt verdeeld naar vakgroepen (of specialismen).
- De mogelijkheden om met de fabrikanten en importeurs van geneesmiddelen op macroniveau afspraken te maken over kostenverlaging van medicijnen, danwel om maximumprijzen vast te stellen zijn nog amper onbenut. Zie verder: hoofdstuk 7.

4.2.2 Invoering van een basisverzekering, met een cruciale kostenbeheersende rol voor (concurrerende) zorgverzekeraars

Nederland kende tot 1 jan. 2006 een zorgstelsel dat vergelijkbaar was met dat van Curaçao: een verplichte verzekering bij het ziekenfonds (daar waren er tientallen van) voor loontrekkenden tot een bepaald inkomen (vergelijk SVB), particuliere verzekeringen voor loontrekkenden boven dat inkomen (vergelijk Fatum en Ennia), en voor grote groepen ambtenaren (gemeente/ provincie) een aparte ambtenarenverzekering IZA (vergelijk BZV voor lands- en eilandsdienaren).

Per 1 jan. 2006 is de Zorgverzekeringswet (ZVW)¹⁵ in werking getreden die heeft gezorgd voor:

- een gelijk basispakket voor iedereen, met
- de mogelijkheid om een aanvullende verzekering (groter pakket) te nemen (met bijbetaling);
- een vrije keuze voor burgers om een zorgverzekeraar te kiezen, dus
- concurrentie tussen zorgverzekeraars (met name op prijs, en in mindere mate op kwaliteit);
- een vast no claim bedrag voor iedereen (€ 255), dat uitgekeerd wordt indien er niet of weinig gedeclareerd wordt;
- afhankelijk per (aanvullend) pakket de keuze voor een eigen risico (en dus lagere premie).

¹⁴ Ter vergelijking: in Nederland werd in 2006 4,3 miljard euro uitgegeven aan geneesmiddelen via de openbare apotheken (daarnaast zijn er nog de apotheekhoudende huisartsen).

¹⁵ Deze heeft betrekking op de 'normale' ziektekosten. Daarnaast is er de AWBZ voor de bijzondere ziektekosten, zoals opname in een inrichting of verpleegtehuis.

In het nieuwe zorgstelsel zijn primair de zorgverzekeraars verantwoordelijk geworden voor een doelmatige inkoop van zorgdiensten en –producten, en derhalve ook voor mogelijke kostenreductie.

Enkele gevolgen zijn daardoor al zichtbaar geworden:

- het eerste jaar stapte 18% van de verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar; in 2007 is het percentage overstappers flink gedaald;
- de premie voor een basisverzekering kost zo'n € 1.150 per jaar per persoon (excl. de afdracht via het loon);
- 90% van de verzekerden kiest voor een aanvullende verzekering;
- zorgverzekeraars gaan massaal fuseren, waardoor er erg grote organisaties ontstaan, zoals VGZ-IZA-Trias Groep / Univé (4,2 miljoen verzekerden), Achmea (3,5 miljoen; na de geplande fusie met Agis: 4,7 miljoen), CZ-OZ (2,6 miljoen), Menzis (2 miljoen) en Delta Lloyd-Ohra-ONVZ-Nationale Nederlanden (0,7 miljoen, gaat fuseren met CZ-OZ)¹⁶.

Of dat het nieuwe zorgstelsel tot kostenreductie zal leiden, is op dit moment nog niet te zeggen. Dat zal pas op middellange termijn duidelijk worden. Duidelijk is wel dat de zorgverzekeraars hun zorginkoop verder zijn gaan professionaliseren.

Voor meest zorgverzekeraars is het jaar 2006 overigens met een fors verlies afgesloten, o.a. door het aanbieden van relatief lage premies c.q. ruime verstrekkingen vanwege concurrentiemotieven. Volgens de Nederlandse bank bedroeg het totale verlies bijna € 600 miljoen.¹⁷ Dat zal in de toekomst waarschijnlijk leiden tot iets hogere zorgpremies en/of beperkingen van het zorgpakket.

Relevantie voor Curaçao:

- De invoering van één basisverzekering ligt ook in het streven van Curaçao (Aruba is enkele jaren al overgegaan naar een AZV). Het basispakket in Nederland heeft onmiskenbaar geleid tot een meer rechtvaardiger zorgstelsel (iedereen heeft recht op basiszorg en er is vrijheid om zich voor meer bij te verzekeren).
- Marktwerking tussen zorgverzekeraars lijkt niet opportuun. Allereerst niet vanwege de schaal. Voor een eiland met 130.000 inwoners ligt het meer voor de hand om juist tot één uitvoeringsorganisatie te komen (al dan niet samen met Aruba). Indien er een grote(re) druk komt op zorgverzekeraars om efficiënter te werken (zoals in Nederland 't geval is door de marktwerking; in Curaçao vanwege de noodzaak tot kostenreductie), dan zal de druk tot fuseren groter worden (leerervaring uit Nederland). Bovendien blijkt marktwerking in Nederland tot verlies bij zorgverzekeraars te hebben geleid.

4.2.3 Het beperken van zorgaanspraken

Een aantal verstrekkingen is in de loop der tijd uit het verzekeringspakket (indertijd het Ziekenfonds) gehaald, zoals de pil, tandartskosten boven 18 jaar (inmiddels weer in het basispakket) en psychotherapie. Andere verstrekkingen zijn aan een maximum gebonden, zoals fysiotherapie (max. 7 zittingen) en vervolg IVF-behandelingen. De vergoeding voor sommige verstrekkingen zijn aan een bepaalde periode gebonden (brillenglazen en contactlenzen bij bijzondere medische indicatie). De anticonceptiepil zal m.i.v. 2008 overigens weer worden vergoed.

In Nederland adviseert het College voor zorgverzekeringen over de breedte van het zorgpakket. In het voorjaar kwam dit college met het advies om o.a. eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen en medicatie tegen slaap- en angststoornissen niet meer te vergoeden (College voor zorgverzekeringen, maart 2007). De minister van VWS nam het eerste advies niet over, het tweede wel.

Relevantie voor Curaçao:

- Hoewel er ook in Curaçao al voorbeelden zijn van beperking van zorgaanspraken (max. aantal zittingen fysiotherapie, psychologie en diëtetiek), kunnen deze beperkingen – om budgettaire redenen – nog uitgebreid worden. Zie verder: paragraaf 10.3.1.

¹⁶ Cijfers van 15 juni 2007 (NRC Handelsblad) en 17 juli 2007 (Brabants Dagblad)

¹⁷ Nl. 565 miljoen op de basisverzekeringen en 31 miljoen op de aanvullende verzekeringen. Zie: NRC Handelsblad, Hoger verlies verzekeraars op polissen, 28 maart 2007.

4.2.4 Doelmatigheidsverbeteringen

Op tal van zaken is in de loop der jaren in het Nederlandse zorgstelsel doelmatigheidswinst geboekt. Dat is o.m. te zien aan:

- het beter diagnosticeren en behandelen van patiënten (door protocollering en computergestuurde diagnosestelling);
- het beter kunnen volgen van de ontwikkelingen van de patiënt (elektronisch dossier bij huisarts en apotheek);
- het ontlasten van de huisartsen (taakdifferentiatie) door de inzet van ‘nurse practitioners’ en praktijkondersteuners;
- het versterken van de eerste lijn (m.n. huisartsen) teneinde minder beroep op de tweede lijn te hoeven doen;
- een efficiëntere bedrijfsvoering en betere logistiek binnen het ziekenhuis;
- transmuralisering: het verschuiven van de (verpleeg-) zorg van ziekenhuis naar verpleeghuis, thuiszorg of wijkverpleging.

Relevantie voor Curaçao:

- De gezondheidszorg op Curaçao maakt nog maar weinig gebruik van efficiencybevorderende (en effectiviteitverhogende) ICT-toepassingen, te beginnen met een elektronisch patiëntendossier dat zowel door de huisarts als door de specialist gebruikt kan worden. In diverse hoofdstukken wordt hierop nog teruggekomen.
- De versterking van de eerste lijn zorgt voor een toegankelijke zorg, maar versterkt ook een poortwachterfunctie (zie 4.2.6, en hoofdstuk 6).
- Een efficiëntere bedrijfsvoering is van wezensbelang voor het (tot voor kort verliesgevende) SEHOS.
- Het concept van het GMSB kan er voor zorgen dat alle beschikbare resources (personeel, ruimtes, apparatuur) in het ziekenhuis (zowel SEHOS als van de overige klinieken) optimaal gebruikt kunnen worden (zie het Hoofdrapport, scenario 1, en paragraaf 8.4.1);
- Een verschuiving van relatief dure zorg (ligdagen in het ziekenhuis) naar goedkopere zorg (verpleging thuis of in een verpleegtehuis) kan nog voor veel substitutiewinst zorgen. Zie ook paragraaf 9.3.

4.2.5 Het vergroten van de eigen betalingen door verzekerden

In het Nederlandse zorgstelsel is het (bij)betalen door de patiënt geen uitzondering in het brede spectrum van doelmatigheidsprikkels. De bedoeling is dat het kostenbewustzijn van de zorgconsumenten wordt verhoogd als zij de kosten voor een deel zelf dragen. Dat kan leiden tot minder zorgconsumptie of het uitwijken naar lagere kosten (bijv. medicijn met dezelfde werking maar met lagere kosten).

Eigen betalingen komen in diverse vormen voor:

- als ‘*eigen risico*’: een drempelbedrag in de verzekering, onder welke geen vergoeding plaats vindt. We zien dat een eigen risico alleen interessant is als keuze indien het financiële voordeel dat daarmee behaald kan worden relatief groot is. In het nieuwe zorgstelsel worden er echter relatief lage(re) kortingen gegeven door de verzekeraars dan voordien in de particuliere markt.¹⁸ Vandaar dat slechts 5% voor een eigen risico heeft gekozen. De no claim regeling van de basisverzekering werkt ook een soort eigen risico.¹⁹ De no claim zal overigens per 1 januari 2008 afgeschaft worden, en vervangen door een eigen risico in de basisverzekering van € 150,- (kosten voor huisarts, verloskundige hulp en kraamzorg uitgezonderd, en met een compensatie voor chronisch zieken).
- als ‘*eigen bijdrage*’ in de kosten van een (para)medische behandeling of een geneesmiddel. In het basispakket bestaan enkele eigen bijdragen, zoals voor schoenvoorzieningen (max. vergoeding),

¹⁸ Dit komt doordat de ZVW een ex ante risicovereeniging kent (verzekeraars worden voor ‘dure’ patiënten gecompenseerd) hetgeen het zelfselectie-effect van de eigen bijdrage teniet doet. Er is dan voor de verzekeraar geen prikkel meer om hoge kortingen aan te bieden voor het kiezen van een eigen risico. Zie hierover: Nederlandse Zorgautoriteit, 2006, p.53.

¹⁹ Deze no claim houdt in dat indien een volwassen verzekerde geen kosten heeft gemaakt (of de kosten onder € 255 blijven) dit bedrag weer wordt geretourneerd aan de verzekerde. Tegen het eind van het jaar kan het dus financieel interessant zijn geen verder zorgkosten te maken.

Public Consultancy

prothesen (25% eigen bijdrage), kraamzorg (€3,60 per uur eigen bijdrage), medicijnen (eigen bijdrage voor bepaalde medicijnen) en pruik (max. vergoeding). Maar de meeste eigen bijdragen vinden we in de aanvullende verzekeringen.

Eigen bijdragen moeten er voor zorgen dat de patiënt een afweging maakt tussen profijt van de verstrekking en het (financiële) offer, zodat er geen onnodige zorg wordt afgenomen. Naast deze functionele doelmatigheid is er nog een financiële doelmatigheid: het drukt het de kosten van bepaalde voorzieningen.

Relevantie voor Curaçao:

- De invoering van een eigen risico kan interessant gaan worden als er een AZV wordt ingevoerd; zeker als er een aanvullende verzekering mogelijk zou worden voor uitgebreidere pakketten.
- Eigen bijdragen komen nog amper voor in de Curaçaose verzekeringsvoorwaarden (alleen bij de particuliere verzekeringen en bij de BZV-verzekering voor ambtenaren (met hogere schalen: 10% eigen bijdragen op bepaalde verstrekkingen) en bij particuliere verzekeringen, maar zouden van groot belang kunnen zijn bij het over all terugdringen van de grote zorgconsumptie. Zie verder: paragraaf 10.2.

4.2.6 Het (verder) versterken van de poortwachterfunctie van de huisarts

De huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt in het geval van een gezondheidsprobleem. Zij filteren de hulpvraag in 'pluis' en 'niet-pluis'. Huisartsen in Nederland (en hun assistenten) behandelen 96% van alle gepresenteerde gezondheidsklachten zelf, ze verwijzen hiervoor niet door naar een specialist. Om die reden wordt de huisarts wel de poortwachter van de gezondheidszorg genoemd. Dat bespaart veel kosten aan de duurdere tweedelij. Ook doet de poortwachter zelf diagnostisch onderzoek.

Een huisarts zal ook niet meer (of zwaardere) medicijnen voorschrijven dan strikt noodzakelijk is op medische gronden. Een Nederlandse huisarts is over het algemeen en 'zuinige' voorschrijver; gemiddeld per patiënt 5,8 recepten per jaar (cijfer 2005), en dat is (internationaal gezien) erg weinig.

Relevantie voor Curaçao:

- Curaçaose huisartsen schrijven (gemiddeld) erg veel medicijnen voor, nl 2x zoveel dan een Nederlandse huisarts (zie: 6.2.1); dat is de belangrijkste reden dat de totale kosten voor geneesmiddelen zo hoog zijn.
- Patiënten worden ook makkelijk doorverwezen naar een specialist of paramedicus (zie: 6.2.2). Daarmee raakt de huisarts het zicht op de patiënt kwijt. En er vinden daardoor veel meer poliklinische consulten en behandelingen plaats dan strikt (medisch) nodig zou zijn geweest. Dat is erg ondoelmatig.

Er is alle reden om de positie van de huisarts te herwaarderen. Zowel voor de effectiviteit van de zorg (huisartsen zijn makkelijk toegankelijk en kunnen relatief snel ingrijpen) als voor de doelmatigheid van de zorg (er wordt dan minder beroep gedaan op de dure tweede lijn en er worden beduidend minder dure medicijnen verstrekt). In hoofdstuk 6 wordt hier dieper op ingegaan.

Conclusies:

- *Met wisselend succes is in Nederland een groot aantal maatregelen ter beteugeling van de kosten in de volksgezondheid doorgevoerd.*
- *De basisfilosofie achter deze maatregelen is zeker ook van belang voor Curaçao; met enige aanpassingen zijn diverse maatregelen zeer zinvol om op Curaçao toegepast te worden, zoals een macrokostenbeheersing (met name voor wat betreft de medicijnen), het beperken van zorgaanspraken en het verbinden van eigen bijdragen daaraan, het inbouwen van diverse doelmatigheidsmaatregelen en het versterken van de rol van de huisarts als poortwachter van het zorgsysteem.*
- *De invoering van één basisverzekering voor iedereen (AZV) maakt het makkelijker om diverse kostenbesparende maatregelen te implementeren, en om onrechtvaardige verschillen in uitwerking voor de verzekerden te voorkomen.*

5. Preventieve zorg en culturele inbedding

Een is maar een matig ontwikkeld gezondheidsbesef bij veel inwoners van Curaçao. Zo zijn de eetgewoonten van velen niet gezondheidsbevorderend (overmatig eten, veel suikers, vaak snacks 'buiten de deur'). Het gevolg kan dan obesitas (ziekelijk overgewicht), te hoge bloeddruk en meer kans op diabetes mellitus zijn. Hoe beter het gezondheidsbesef is ontwikkeld en des te bekwamer burgers zijn om zelf actief aan hun gezondheid werken, des te minder beroep hoeft er gedaan te worden op professionele medische zorg. Het belang van een gedragsverandering via een mentaliteitsbeïnvloeding is cruciaal op Curaçao. We hebben het dan over *primaire preventie*: het voorkomen van ziekten door (cultureel bepaalde) leefstijlfactoren.

Daarnaast is het van belang dat, indien ziektesymptomen zich manifesteren, de patiënt zo snel mogelijk geholpen wordt (of zichzelf leert helpen), zodat het verergeren van de kwaal en andere complicaties (zoals een amputatie van ledematen bij niet of slecht behandelde diabetes mellitus, type 2) worden voorkomen. Dat wordt wel *secundaire preventie* genoemd.

Te constateren valt dat er relatief weinig preventieve activiteiten op Curaçao worden ondernomen, en waar dat al gebeurt, geschiedt dat verkokerd en dus richting de te bereiken doelgroep weinig samenhangend. Belangrijke partijen die hierbij betrokken zijn, zijn de GGD, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

De GGD doet een deel van de preventieve taken zelf (bijv. in de jeugdgezondheidszorg), en heeft een belangrijk deel van de preventieve taken uitbesteed aan non profit organisaties. Via zorgcontracten worden activiteiten bij verschillende stichtingen ingekocht.

Op het gebied van preventie zijn er de volgende problemen bij de zorginkoop te constateren:

- er is weinig regie en afstemming: er wordt door verschillende stichtingen gemikt op ongeveer dezelfde doelgroepen voor hetzelfde doel. Bijv. voorkoming seksueel overdraagbare aandoeningen – SOA's, en voorkoming ongewenste zwangerschappen), gebeurt op een niet onderling afgestemde manier (door bijv. Familia Plania, ASNA, Fundashon Contra SIDA en Kas di Sokoro 'Maria'). Ander voorbeeld: diverse stichtingen (zoals PSI en FMA) organiseren – los van elkaar - gezondheidsbevorderende activiteiten op scholen of voor scholieren, terwijl dat ook gebeurt door de GGD. In beide voorbeelden is er weinig actieve sturing (van het EGC\GGD) om samenhang in het aanbod te krijgen;
- het gaat bij zorginkoop nog teveel over het doen van activiteiten, maar er wordt te weinig gestuurd op het resultaat ervan (zie: Public Consultancy, febr. 2006, paragrafen 5.4 en 6.2); hiervoor is overigens door het EGC een verbetertraject ingezet (project Verscherpte aansturing stichtingen; zie Public Consultancy, maart 2006).

Door BZV en SVB worden een aantal preventieve activiteiten georganiseerd, maar dat zijn er nog maar weinig en vooral gericht op de doelgroep die al een kwaal heeft (secundaire preventie).

SVB is vorig jaar een beperkt aantal preventieve projecten gestart, m.n. gericht op patiënten met diabetes (secundaire preventie). De opkomst bij enkele activiteiten is matig. De SVB wil beleid t.a.v. preventie gaan ontwikkelen.

BZV deed ongeveer hetzelfde, maar gaat de aanpak verbreden. Er gaan preventieve voorlichtingsprogramma's komen (lifestyle gericht), vooral voor jongeren en verzekerden met overgewicht. Daarnaast secundaire preventie activiteiten voor diabetici, zwaarlijvigen en hart- en vaatlijders. Ook bestaan er plannen om een gezondheidsmeting onder 150 cliënten te houden die het preventieprogramma hebben doorlopen, en die vergeleken gaan worden met personen die dat niet hebben gedaan. Dat zou een eerste effectiviteitsmeting gaan worden.

Verder valt op dat er relatief weinig aan algemene publieksvoorlichting wordt gedaan door beide zorgverzekeraars. BZV kent wel een website met publieksinformatie, maar die is beperkt en tamelijk technisch van aard (uitleg van de aandoening diabetes), met wel een verwijzing naar begeleidingsprogramma's van particuliere instellingen, zoals de thuiszorg en SOKUDI (de laatste wordt daar overigens voor gesubsidieerd

door het EGC).

Over het algemeen zouden de patiëntenverenigingen beter ingeschakeld kunnen worden bij voorlichtingscampagnes door de overheid. Zij kunnen makkelijker dan de overheid laagdrempelige activiteiten verzorgen

Beste practice: gevarieerde preventie en zeer informatieve en interactieve website

De Nederlandse zorgverzekeraar CZ-OZ doet veel aan preventie en heeft een uitgebreide website ontwikkeld die zeer publieksvriendelijk is (www.cz.nl).

De preventie is gericht op een groot aantal groepen (jongeren, ouders met kinderen, ouderen, mensen die lijden aan diabetes, astma, COPD).

Een greep uit de activiteiten: adviezen over gezond bewegen, een gezond leven test, subsidie voor gezonde schoollunches voor kinderen, vele cursussen (bijv. stoppen met roken), het begeleiden van diabetes groepen, en ondersteuning van zelfhulpgroepen. CZ geeft korting op gezondheidsproducten, er kunnen via de website vragen gesteld worden aan een psycholoog en een ARBO-arts.

Heel interessant is de website-rubriek "Ga ik hiermee naar de dokter?" waarin een soort zelfdiagnose gemaakt kan worden en uitgelegd wordt wanneer een huisartsbezoek (niet) nodig is (met bijbehorend zelfzorgadvies).

Naast veel informatie via de website, kent CV ook een 24-uurs telefonische Gezondheidslijn en worden er voor vele projecten gezondheidstips en brochures verspreid.

Een belangrijke culturele factor die veel zorgconsumptie genereert, betreft de neiging van veel Curaçaöënen om voor allerlei kwaaltjes naar de dokter te lopen, daar waar uitzieken of zelfmedicatie voldoende zou zijn. En om bij de huisarts medicijnen te claimen, en vaak aan te sturen op doorverwijzing naar een specialist. Pas als een huisarts aan deze medicatieverwachting voldoet (for every ill a pill) en vlot doorverwijst, is het een 'goede' dokter.

Veel huisartsen gaan daar in mee (volle wachtkamer, willen af zijn van zeurende patiënten, kans dat de patiënt een ander als huisarts neemt hetgeen inkomstenderving betekent), zo valt bij vele respondenten te beluisteren. Maar daarmee wordt natuurlijk de bijl gezet aan de (door de beroepsgroep zelf gewenste) rol van de huisarts als poortwachter.

Vandaar de uitdrukking die menigmaal gebezigd wordt: "Op Curaçao is de kwaliteit van de arts omgekeerd evenredig met zijn populariteit"²⁰. Dit probleem wordt zowel veroorzaakt door de huisarts zelf – die zijn professionaliteit niet voldoende toont (zie hierover meer in het volgende hoofdstuk) – als door de patiënt. Een betere bewustwording van inwoners over wat men zelf kan doen bij klachten en wanneer pas een medische controle gewenst is, wordt node gemist.

In Nederland is door de versterking van de poortwachterfunctie duidelijk merkbaar dat burgers minder vaak een beroep doen op de huisarts en vaker aan zelfzorg doen. Zo blijkt uit een grootschalig onderzoek dat in 1987 24% van de volwassen Nederlanders de 2 weken ervoor een zelfzorgmiddel (zonder recept verkrijgbaar) had gebruikt; in 2001 was dat percentage opgelopen tot 37. In 2001 geeft 80% van de bevolking aan in geval van gezondheidsklachten aan een of andere vorm van zelfzorg te doen.²¹

Conclusies:

- *Een effectieve preventieve aanpak kan voorkomen dat kwalen ontstaan of verergeren waardoor er (te) veel beroep wordt gedaan op zorgaanbieders en medicatie.*
- *Alhoewel alle betrokkenen het belang van preventie onderstrepen, is er thans nog te weinig samenhang in de preventieve maatregelen, en deze hebben nog te weinig 'body' (uitgezonderd voor de doelgroep diabetici). De nadruk ligt meer op secundaire dan op primaire preventie.*
- *Een effectieve preventieve aanpak staat nog in de kinderschoenen (de sturing kan beter, en er zal monitoring moeten plaats vinden over de resultaten).*
- *Er wordt te makkelijk een beroep gedaan op de huisartsen van wie vervolgens*

²⁰ Zie onder meer: A.C. Roose, Flashback, in: CHV, 2006, pp. 21 en 25

²¹ Zie: NIVEL (2004,a) p. 14

verwacht wordt dat deze vlot medicatie voorschrijven en doorverwijzen naar de tweede lijn.

Aanbevelingen:

- *Een effectieve preventieve aanpak vergt meer inzet, inventiviteit en onderlinge samenwerking en afstemming tussen alle stakeholders (GGD, zorgverzekeraars, diverse uitvoerende instellingen, patiëntenverenigingen en de medische beroepsgroep).*
- *Een dergelijke afstemming zal z.s.m. gestart moeten worden; wellicht met als resultaat een eilandbreed gedragen preventieplan met gecoördineerde acties. Vooral de primaire preventie (gericht op de gezondere life style) zou beter aangepakt moeten worden.*
- *De neiging om voor elk wissewasje naar de huisarts te gaan dient voorkomen te worden via een brede gedragsveranderende campagne, die tot in de spreekkamer van de huisarts wordt voortgezet.*

6. Eerstelijnszorg: huisartsen

6.1 Het wensbeeld: de huisarts als poortwachter

Ter gelegenheid van het 25 jarig jubileum van de Curaçaose Huisartsenvereniging (CHV), memoreerde de voorzitter van de vereniging, dhr. De Jonge dat de CHV het systeem van de huisarts als 'Poortwachter van de zorg' nog steeds als een ideaal systeem ziet, "omdat het de kwaliteit van de zorg verbetert en ook ideaal voor verzekeraars omdat het kosten weet te besparen." Hij zei er meteen bij dat dit systeem op Curaçao wankelt, "door een overschot aan artsen, artsen met een opleidingsachtergrond zonder poortwachterfunctie, c.q. geen huisartsopleiding, te weinig steun van de overheid, te weinig overleg met 2^e lijns zorgaanbieders, een overvloed aan veelal foutieve media invloeden."²²

Wat zijn de belangrijkste eigenschappen van de huisarts als poortwachter? Hij of zij:

- is makkelijk toegankelijk (laagdrempeligheid),
- onderkent de ernst van de klachten (het ziektebeeld) en handelt adequaat zodat genezing intreedt of behandeling elders wordt voortgezet,
- doet zoveel mogelijk de contacten zelf af, m.a.w. verwijst zo min mogelijk door naar de tweede lijn,
- kent de sociale en medische kaart van de gemeenschap, zodat een goede verwijzing naar of het zoeken van flankerende hulp bij andere instanties plaats kan vinden,
- gaat doelmatig om met de middelen, en zoekt daarbij een juiste balans tussen medische professionaliteit en de betaalbaarheid van de zorg.

Een voorbeeld van dat laatste lezen we in art. 1.2.9 van De Gedragsregels van Artsen: "De arts zal bij het voorschrijven van soort en hoeveelheid van de door hem noodzakelijk geachte medicamenten zowel medisch als economisch verantwoord te werk gaan...." (Curaçao/N.A., 1997). Een (huis)arts kan zich dus niet verschuilen achter een louter medisch oordeel; bij gelijkwaardige therapeutische werking zou hij zich dus ook moeten laten leiden door de kosten. En geen medicijnen verstrekken als dat niet per se nodig is. Dat heeft de beroepsgroep immers zelf afgesproken.

Zoals we al in paragraaf 4.2.6 zagen, kan de huisarts als poortwachter een wezenlijke rol spelen in de bestrijding van ondoelmatigheid in de zorg. Bij de huisarts ligt de sleutel tot echte kostenbesparing in de zorg – niet zozeer in de kosten van de huisarts zelf, maar in de door deze gegenereerde kosten (geneesmiddelen en tweede lijn).

Uit de cijfers van het Hoofdrapport (paragraaf 3.3) kunnen we afleiden dat de honorariumkosten van huisartsen ongeveer NAF 19 miljoen bedragen – zij genereren echter ongeveer NAF 46 miljoen (2/3 van NAF 69 miljoen) aan medicijnenkosten; daar komen nog miljoenen guldens aan de door hen gegenereerde kosten van verwijzen naar laboratoria, specialisten en paramedici bij. Hier liggen de echte besparingsmogelijkheden!

6.2 De realiteit: de huisarts als (soms ondoelmatig werkende) tussenpersoon

In hoofdstuk 5 is de culturele factor al aan de orde geweest: verzekerden zien hun huisarts vaak als belangrijk toevluchtsoord voor ziekten en kwaaltjes, ook in het geval zelfzorg voor de hand had gelegen. Zij verwachten van hem of haar medicijnen voorgeschreven te krijgen en in veel gevallen ook een verwijzing naar de specialist, "die het toch beter kan". En dat terwijl medicatie in veel gevallen niet hoeft en verwijzing niet nodig is. De huisarts wordt nog teveel gezien als een intermediair, een tussenpersoon die gepasseerd moet worden om te bereiken wat men wil (nl. een zak met medicijnen en/of specialistische zorg).

Getuige de signalen van vele respondenten en ondersteund door de cijfers (zie hierna), blijkt de realiteit dus anders dan het wensbeeld. Een van de respondenten zei het aldus: "als ik bij mijn huisarts komt, heeft deze het receptenboek en pen al in de aanslag gereed".

6.2.1 Het voorschrijfgedrag van huisartsen

Op basis van spiegelinformatie en geaggregeerde cijfers van voorgeschreven geneesmiddelen²³ van zowel BZV

²² W.H. de Jonge, De toekomst van de huisarts op Curaçao, in: CHV, 2006, pp. 12-13

²³ Onder geneesmiddelen vallen naast medicijnen ook verband- en hulpmiddelen (zoals naalden), zij het dat deze laatste in

als van SVB²⁴, kan een redelijk betrouwbaar beeld worden geschetst van het voorschrijfgedrag van huisartsen in de periode 2004 – 2006.

Verzekeraar	Jaar	Aantal verzekerden a	Aantal verstrek (receptregels) b	Bedrag in Naf MIO c	Verstrekking per verzek. (b/a)	Bedrag per verzekerde d (=c/a)	Wijziging d. t.o.v. vorig jaar
SVB	2004	67.839	652.890	16,7	9,6	Naf 246	
	2005	64.848	525.466	14,0	8,1	Naf 216	- 12,2%
	2006	65.161	536.110	13,9	8,2	Naf 214	- 1,0 %
BZV/PP	2004	33.893	666.823	26,6	19,7	NAF 785	
	2005	33.872	737.929	30,3	21,8	Naf 896	+ 14,1%
	2006	33.880	683.321	28,3	20,2	Naf 835	- 6,8%
BZV/EIL.	2004	9.360	76.913	2,7	8,2	Naf 287	
	2005	9.457	70.599	2,5	7,5	Naf 265	- 7,7%
	2006	9.446	61.070	2,3	6,5	Naf 241	- 9,1%
SVB + BZV*)	2004	111.092	1.396.626	46,0	12,6	Naf 414	
	2005	108.177	1.333.994	46,8	12,3	Naf 433	+ 4,5%
	2006	108.484	1.280.501	44,5	11,8	Naf 410	- 5,3%

Tabel 4 Aantallen recepten en kosten medicijnen, voorgeschreven door huisartsen voor Curaçaose patiënten

BZV*): het betreft alleen de PP-verzekerden en Eilanddienaren (reden: over deze periode zijn alleen de cijfers voor PP en Eilanddienaren overlegd, dus niet GTZ en landsdienaren), daarmee ruim 90% van de BZV-verzekerden op Curaçao. De gemiddelden zijn echter representatief voor de totale groep BZV-verzekerden.

Bronnen:

SVB:

- spiegelinformatie huisartsen SVB (over de jaren 2004 en 2005)
- geaggregeerde cijfers kosten botica's (huisartsen en specialisten) over jan t/m nov. 2006 (aantal receptregels: 632.476, kosten: Naf 19,5 miljoen); cijfers zijn geëxtrapoleerd naar heel 2006 (→ receptregels: 689.974 en kosten: Naf 21.248.401; hierbij is de verhouding huisartsen : specialisten geschat op basis van de verhouding in 2005, nl. verstrekkingen: 77,7% - 22,3%, en kosten: 65,6% - 34,4%.
- aantal verzekerden is afkomstig van Jaarverslag SVB over 2005 (voor aantal Curaçaose verzekerde is 68,76% genomen van het totaal aantal SVB-verzekerden over 2004 en 2005 (zie hoofdstuk 1, noot 1); cijfer 2006 was actueel cijfer voor Curaçao ultimo 2006.

BZV:

- geaggregeerde cijfers voor medicijnenkosten huisartsen voor PP-populatie en Eilanddienaren (EIL.).
- aantal verzekerden (PP en Eilanddienaren) in 2004 en 2005 is afkomstig van Begroting 2006 voor Eilandgebied Curaçao (rekeningcijfers), voor 2006 geschat.
- de aantallen zijn v.w.b de PP-populatie zijn voor 2004 – 2006 verhoogd met resp. 10,8%, 19% en 12,7%, overeenkomend met overige boticakosten die niet goed toebedeeld konden worden naar huisartsen en specialisten. T.a.v. de groep Eilanddienaren zou een dergelijk verhoging (alleen voor 2005 en 2006) ook mogelijk zijn geweest, maar is achterwege gebleven vanwege het moeilijk te bepalen percentage; overigens zou dat percentage wel lager zijn geweest dan bij PP. De cijfers voor 2005 en 2006 zijn dus voor de groep Eilanddienaren wat geflatteerd.

In bijlage 4 zijn de cijfers over aantallen receptregels vanwege huisartsen, afgezet tegen de voorgeschreven

de totale kosten zeer klein zijn. Vandaar dat de termen 'geneesmiddelen' en 'medicijnen' als (nagenoeg) equivalenten in de tekst gebruikt worden.

²⁴ De cijfers van BZV betreffen de geaggregeerde cijfers over de jaren 2004 – 2006 voor PP-populatie en Eilanddienaren (alleen over 2006 is spiegelinformatie beschikbaar), opgehoogd met een factor voor de PP-populatie; de cijfers van SVB betreffen de spiegelinformatie over 2004 en 2005 (voor 2006 nog niet beschikbaar) en de geaggregeerde cijfers over 2006.

medicijnen door specialisten; daarin ook cijfers over mutaties 2004 – 2006.

De volgende conclusies zijn te trekken:

- het *aantal verstrekkingen per verzekerde* is in twee jaar tijd over de hele groep verzekerden iets gedaald (- 0,8), maar deze daling komt vooral op conto van het voorschrijven aan de SVB- (- 1,4) en de BZV/Eilanddienaren patiënten (- 1,7; in werkelijkheid iets minder gedaald); het aantal medicijnen, verstrekt aan de BZV/PP-populatie is daarentegen verder gestegen (+ 0,5), zij het dat 2006 lager uitkwam dan 2005;
- de *kosten per verzekerde* zijn nagenoeg gelijk gebleven (lichte daling van NAF 414 naar 410); behoorlijke daling bij SVB-verzekerden en de Eilanddienaren patiënten; stijging bij de PP (van NAF 785 naar 835);
- De PP-populatie is veruit de grootste ‘gebruiker’ van medicijnen; dat is te verklaren door het relatief ongunstige gezondheidsprofiel van deze doelgroep (slechtere life style en levensomstandigheden; groot deel > 65 jaar);
- Indien we het voorschrijfgedrag van huisartsen die voor SVB- resp. BZV-verzekerden werken vergelijken, dan valt op dat de SVB-artsen over de genoemde periode 1,4 minder receptregels per verzekerde hebben voorgeschreven (van 9,6 in 2004 naar 8,2 in 2006, = - 14,6%), terwijl bij de BZV-artsen gemiddeld dezelfde hoeveelheid medicijnen voorschrijven (17,2) - zie bijlage 4. Dat is een opmerkelijk verschil (zeker met inachtneming dat de cijfers 2005 en 2006 voor de groep Eilanddienaren geflatteerd zijn).

Maatregelen die tot nu zijn genomen om huisartsen minder voor te laten schrijven hebben enig effect gehad, maar in totaal nog onvoldoende. De belangrijkste instrumenten daarvoor zijn, tot op heden, het (overigens beperkte) gebruik van spiegelinformatie en de confrontatie van huisartsen daarmee²⁵, en het beperken van voor te schrijven medicijnen (invoering van de negatieve lijst). Bij SVB – die daarmee sneller is begonnen – zien we een daling van voorgeschreven medicijnen in 2005, maar deze daling heeft zich daarna niet doorgezet. Bij BZV zien we in 2005 al wel een daling bij de Eilanddienaren, maar bij de veel grotere (en duurdere) groep PP zet de daling pas in 2006 door, zij het dat het aantal receptregels in 2006 nog altijd hoger ligt dan in 2004.

Enkele opmerkelijke cijfers uit de beschikbare spiegelinformatie van zowel SVB (2004 en 2005) als BZV (eerste 11 maanden van 2006; de hierna genoemde cijfers zijn geëxtrapoleerd naar heel 2006):

- een huisarts (werkend voor BZV-verzekerden) genereerde in 2006 het topbedrag van bijna NAF 1,5 miljoen aan medicijnenkosten (op ruim 1.500 patiënten, meerdere typen verzekerden); dezelfde huisarts schreef daar de meeste, nl. ruim 35.800 receptregels per jaar voor;
- de topveroorzaker van medicijnenkosten bij SVB was in 2004 een huisarts die bijna NAF 900.000 voorschreef (voor 1.900 patiënten); in 2005 was dit bedrag overigens gedaald naar NAF 739.000;
- een huisarts (met ruim 500 PP-patiënten) schreef in 2006 per patiënt ruim NAF 2.000 aan geneesmiddelen voor (gemiddelde per PP: NAF 835; vergelijk voor SVB: NAF 214);
- een huisarts schreef in 2006 ruim 21.100 recepten (!) voor aan ong. 540 PP-patiënten, d.w.z. het hoogste gemiddelde van 39,4 recepten per gemiddelde (PP-)patiënt (degenen die niet naar de dokter gaan meegerekend!).

Dit zijn verbazingwekkend hoge cijfers en bedragen, die vragen om een stevige actie richting de geneeskundigen die zoveel medicijnen voorschrijven!

Vergelijken wij het voorschrijfgedrag van de Curaçaose huisartsen met die in Nederland, dan zien we dat in Curaçao veel makkelijker naar het receptenboekje wordt gegrepen.

In Nederland werden door huisartsen en specialisten tezamen (via de openbare apotheken, dus vergelijkbaar met de hiervoor gebruikte boticacijfers) in 2005 per verzekerde 8,9 medicijnen voorgeschreven. In 2006 was dat gestegen naar 9,1.²⁶ Dat is veel minder dan alleen al de huisartsen op Curaçao voorschrijven.

Per Nederlandse huisarts werden er gemiddeld in 2001 5,8 recepten per verzekerde geschreven. Dat getal zal thans ongetwijfeld hoger zijn, maar waarschijnlijk niet veel. In 57% van de contacten van huisarts met patiënt

²⁵ Eigenlijk alleen bij SVB omdat BZV pas voor het eerst over 2006 spiegelinformatie heeft.

²⁶ Cijfer afkomstig van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (2006), pp. 19 en 63, en Pharmaceutisch Weekblad, 18 mei 2007.

worden er één of meer recepten geschreven (NIVEL, 2004,a, p. 65).

Het gemiddeld aantal recepten (in 2006) voorgeschreven door de huisarts op Curaçao is ongeveer 11,8 – dat was de jaren daarvoor hoger (zie [bijlage 4](#)).

Indien we het Nederlandse cijfer van 2001 vergelijken met het (reeds gedaalde) cijfer van Curaçao, dan betekent dat dat de Curaçaose huisartsen waarschijnlijk bijna 2x meer aan geneesmiddelen voorschrijven dan hun Nederlandse collega's!²⁷

Het verstrekken van te veel medicijnen kan een slechte werking hebben op de gezondheid. Het medicaliseert het omgaan met gezondheid, en het kan leiden tot medicijnenverslaving en het nemen van teveel of elkaar tegenwerkende geneesmiddelen, met grote gezondheidsrisico's van dien.²⁸

Vandaar dat de stakeholders zonder uitzondering een lager medicijngebruik propageren.

Overigens niet alleen om medische redenen, maar ook vanwege de daarmee gepaard gaande (hoge) kosten.

De kosten worden natuurlijk niet alleen bepaald door het aantal voorgeschreven medicijnen, maar ook door de prijs ervan. Het maakt nogal wat uit of de dure specialités worden voorgeschreven, of de (veel) goedkopere generieke geneesmiddelen.²⁹ In hoofdstuk 7 wordt dieper ingegaan op het kostenaspect.

Huisartsen worden vaak bezocht door vertegenwoordigers van fabrikanten, om ze over te halen het (altijd duurder) merkproduct voor te gaan schrijven (vaak een nieuw product dat net op de markt is). Dergelijke artsenbezoekers lukt het vaak een huisarts 'mee te krijgen' al dan niet vergezeld gaand van douceurtjes.

Toch heeft, naar verluidt, het doelmatiger voorschrijven (generiek boven specialité als dat mogelijk is) wel ingang gevonden, maar kan dat nog een stuk beter, zo is het oordeel van betrokkenen. In september 2003 is het systeem van generiek voorschrijven door SVB geïntroduceerd. Door BZV pas in november 2005. Dat houdt in dat van artsen (zowel huisartsen als specialisten) verwacht wordt dat zij de goedkopere generieke middelen voorschrijven indien deze beschikbaar zijn.

Harde cijfers over verhouding generiek : specialité zijn er overigens op Curaçao niet. Het is ook onduidelijk in hoeverre de artsen zich houden aan het generiek voorschrijfgedrag. Invoering van het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS; zie paragraaf 7.4) kan (zij het onder voorwaarden) wel bijdragen aan het verdringen van specialités door generieke middelen.

In Nederland heeft het voorschrijven van generieke middelen een hoge vlucht genomen: ruim meer dan de helft van de geneesmiddelen betreft inmiddels generieke middelen (zie paragraaf 7.5.2).

6.2.2 Het verwijzen door huisartsen naar een specialist

Alleen SVB heeft spiegelinformatie (over 2005; 2006 is nog niet gereed, per maart 2007) m.b.t. verwijzingen van huisartsen naar zowel specialisten als naar paramedici. BZV heeft deze informatie nog niet (pas over enige tijd over het jaar 2007).

Op het totaal van (geraamd) 64.848 Curaçaose SVB-verzekerden waren er 41.232 verwijzingen naar specialisten en 10.017 verwijzingen naar paramedici (psycholoog, fysiotherapeut, e.d.). Het aantal verwijzingen naar een specialist maakt dus 63,6% uit van het totaal aantal (SVB-)verzekerden (en verwijzingen naar paramedici: 15,4%).

Dat betekent niet dat 63,6% van alle verzekerden naar een specialist verwezen wordt, aangezien sommige patiënten naar meerdere specialisten worden verwezen. Ook kan het zijn dat er t.a.v. verwijzing naar dezelfde specialist niet een maar twee verwijzingen op een jaar nodig zijn. Na een half jaar loopt immers de machtiging (bij SVB) af en dient de huisarts zondig een nieuwe machtiging te geven.

Getracht is om na te gaan in welk percentage er (naar schatting) sprake is van zo'n vervolgv verwijzing; voor SVB betekende het echter te veel werk om dat te achterhalen. Dat is dus niet gelukt.

²⁷ En dan te bedenken dat de Curaçaose huisartsen voor een groot deel in Nederland zijn opgeleid!

²⁸ Een grootschalig onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum, in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen, heeft opgeleverd dat elk jaar in Nederland naar schatting 12.000 mensen in het ziekenhuis belanden door vermijdbare bijwerkingen van geneesmiddelen. In 2003 bleken er 36.000 mensen in het ziekenhuis te zijn opgenomen; eenderde was volgens de onderzoekers vermijdbaar. Zie: EMC, Ziekenhuisopnames door bijwerkingen van geneesmiddelen (juni 2006).

²⁹ Een specialité is een door de fabrikant ontwikkeld merkgeneesmiddel, waarop een octrooi rust. Een generiek is gemaakt naar voorbeeld van een merkgeneesmiddel, waarvan het octrooi is verlopen, en de naam draagt van het werkzame bestanddeel. De kostprijs ervan is een fractie van de prijs van het specialité.

Indien we nagaan hoe vaak er door Nederlandse artsen wordt verwezen naar specialisten (de paramedici laten we hier buiten beschouwing), dan zien we dat in 2,5% van de contacten de huisarts voor de eerste keer verwijst naar een medisch specialist. Dat betreft in totaal 15,3% van het aantal ingeschreven patiënten (NIVEL, 2004, a, p. 65).

Let wel, het betreft hier eerste verwijzingen, en daarmee is dit percentage niet vergelijkbaar met de genoemde 63,3%. Maar stel dat van die 63,3% er ongeveer eenderde (hoog geschat!) een vervolgv verwijzing is, dan zou het aantal eerste verwijzingen in Curaçao op ongeveer 42% uitkomen (lager dan 31,7% zou het niet kunnen worden).

We zouden daarom kunnen concluderen dat het aantal (eerste) verwijzingen in Curaçao waarschijnlijk minimaal ongeveer 3x zo hoog ligt dan in Nederland. Dat is verbazingwekkend en zorgwekkend veel.

Er is navraag gedaan wat een verklaring van het hoge aantal verwijzingen is.

Eenzijds zou het te maken kunnen hebben met het feit dat ongeveer 90% van de op Curaçao gevestigde huisartsen geen voltooide huisartsenopleiding hebben genoten, maar 'slechts' basisarts zijn. En die worden minder geacht de skills te hebben om de poortwachterfunctie naar behoren uit te kunnen oefenen. Hard cijfermateriaal is daarvoor overigens niet voor aangetroffen, aangezien de opleiding van niet alle huisartsen bij SVB bekend is.

Anderzijds is er het 'automatisme' dat een huisarts bij een hoge werkdruk makkelijker zal verwijzen naar de tweede lijn, zeker indien er geen financiële prikkel is voor het 'vast houden' en zelf behandelen van patiënten. Wat dat laatste aangaat: vooral de vergoedingenlijst voor kleine en/of bijzondere verrichtingen wordt als (te) laag gezien, waardoor patiënten soms worden doorgestuurd naar een specialist. Zo werd opgemerkt dat een hechting bijv. gemiddeld een half uur tijd kost en een of twee draadjes vergt van elk NAF 10, en daarmee tamelijk duur is voor een vergoeding van NAF 34. Indien hiervoor doorverwezen wordt naar een specialist, zijn de kosten veel hoger: minimaal een consult, een verrichting en mogelijk een nacontrole. De vergoedingenlijst voor kleine (chirurgische) verrichtingen is de laatste jaren (van SVB sinds 1994) niet meer bijgesteld.

Een bevalling (incl. voorzorg en nazorg) brengt NAF 450 op, mits de bevalling ook afgerond wordt; moet een zwangere vrouw voor de bevalling (bijv. vanwege complicaties) echter toch doorgestuurd worden naar het ziekenhuis, dan ontvangt de huisarts geen vergoeding – reden dat het aantal bevallingen door huisartsen zo is teruggelopen (en door gynaecologen is gestegen).

Überhaupt vinden er makkelijk verwijzingen naar de gynaecoloog plaats (volgens diverse respondenten honoreren huisartsen vrij makkelijk het verzoek van de vrouw om naar de gynaecoloog verwezen te worden, soms ook zonder dat er echt sprake is van een medische indicatie). Soms komt dat door het vergoedingensysteem. Een zwangerschapstest of een bloedsuikertest bij zwangere vrouwen wordt bij SVB niet vergoed; vandaar dat deze vrouwen dan vaak (onnodig) naar de gynaecoloog worden verwezen.

Een andere reden is dat in bepaalde gevallen (bijv. het aanmeten van glazen voor een nieuwe bril) automatisch verwezen wordt naar de specialist (in dit geval de oogarts), terwijl dat vaak niet nodig is (aanmeting glazen of contactlenzen zou ook bij een opticien kunnen).

6.2.3 Samenhang tussen voorschrijfgedrag en verwijsgedrag van de huisarts?

Er is nog geanalyseerd op basis van de spiegelinformatie van SVB over het jaar 2005 of er enige samenhang is tussen de mate van voorschrijven (in termen van gemiddelde kosten per patiënt – dat is het rangordecriterium dat SVB hanteert) en het percentage verwijzingen naar specialisten per huisarts.

Ofschoon van SVB anonieme Spiegelinformatie is verkregen, kon - via het corresponderen van dezelfde huisartsen in beide lijsten – worden bezien in hoeverre er enig verband tussen beide ranglijsten is aan te tonen. De vooronderstelling was (o.a. in het gesprek met CHV geopperd) dat er best een samenhang zou kunnen zijn tussen weinig doorverwijzen (dus veel zelf doen als huisarts) en een hoger voorschrijfgedrag hierdoor.

Er bestaat echter een omgekeerd verband, nl. dat de huisartsen die veel (c.q. dure) medicijnen voorschrijven ook relatief veel verwijzen.

Van de top 10 hoogste voorschrijvers, bleken er nl. zeven boven het gemiddelde van 63,3% te zitten; gemiddeld scoorden deze 10 huisartsen 74% verwijzingen. Van de laagste 10 medicijnvoorschrijvers zaten er negen onder 63,3%; deze huisartsen scoorden gemiddeld 51% verwijzingen.

De conclusie is dan ook dat de 'dure' voorschrijvers relatief vaker ook 'snelle' verwijzers zijn. M.a.w. er zijn dus huisartsen die 'dubbel' duur voor de verzekeraars zijn. En die geen rechtvaardiging in hun hoge

voorschrijfgedrag hebben dat ze patiënten minder gemakkelijk zouden verwijzen naar de tweede lijn.

6.2.4 Het onderzoeksverwijsgedrag van huisartsen

Er is geen spiegelinformatie beschikbaar bij beide zorgverzekeraars over verwijzingen naar laboratoria voor testen of het (laten) maken van diagnostische foto's.

Er zijn echter wel aanwijzingen dat huisartsen steeds frequenter patiënten naar het lab verwijzen voor nader onderzoek of het maken van foto's (echo en röntgen). Zo merkt BZV in de toelichting op de begroting 2007 op dat er een ontwikkeling is "die duidt op een groeiend aantal testaanvragen per verzekerde door de aanvragers (huisartsen en specialisten)." (BZV, sept. 2006, p. 27). Ook de (forse) toename van de kosten voor laboratoria bij vooral BZV (van 2003 – 2005: ruim 80% hoger) en in mindere mate SVB (bijna 6% hoger) wijzen daar op (zie hoofdstuk 3, tabellen 1 en 2).

Veel respondenten beaamden dat er veel meer onderzocht en getest wordt dan medisch noodzakelijk is.

Er is navraag gedaan over redenen van het hoge aantal verwijzingen.

Een deel van de verklaring is dat huisartsen, wanneer ze een patiënt naar een lab sturen, ze vaak meer testen laten uitvoeren dan strikt nodig zou zijn geweest. Het laboratoriumformulier nodigt a.h.w. uit om meer kruisjes te zetten bij testen, 'just in case'. Dit (voor een deel onnodig) testen kost daardoor veel geld.

Ook vragen patiënten zelf om meer onderzoeken dan nodig is. Vaak wordt die wens door de huisarts gehonoreerd.

Soms wordt een onderzoek door de huisarts niet vergoed (bijv. een uitstrijkje bij SVB); vandaar hiervoor soms verwezen wordt naar de gynaecoloog. Een alternatief is om het anders te noemen (i.c. fluoresceïneonderzoek), waardoor wel vergoeding plaats vindt.

6.2.5 Het medicaliserend effect van de arbeidsongeschiktheid

Voor verzekerden van SVB (en voor de eilandsdienaren) geldt als regel dat men bij ziekte op de eerste dag van ziekmelding op controle moet gaan bij de huisarts. Op de derde dag moet men op controle komen bij de SVB-arts. Vanaf de vierde dag gaat SVB alle voorafgaande dagen vergoeden. Gaat een patiënt eerder dan die vier dagen weer aan het werk, dan wordt de arbeidsongeschiktheid (AO) niet vergoed aan de werkgever.

Dit 'controlemodel' werkt op twee manieren kostenverhogend en belast de huisarts vaak onnodig.

Allereerst doordat alle zieken (althans de werkenden) naar de huisarts gaan teneinde een bewijs van ziekte te krijgen, liefst incl. het krijgen van medicijnen. In veel gevallen zou een huisarts echter geen rol hoeven te hebben bij een (kleine) aandoening, en zou het parool "gewoon uitzieken" kunnen zijn (incl. het mogelijk toedienen van zelfmedicatie).

Het legt dus extra druk op de huisarts en het genereert onnodig medicatie (hetgeen onnodige kosten met zich brengt). Overigens is soms de controle door de huisarts een wassen neus; een ziektebriefje wordt soms al afgetekend aan de balie van de huisartspraktijk. Een dergelijk gedrag van huisartsen (niet kritisch de arbeidsongeschiktheid van de patiënt beoordelen) is niet de bedoeling, maar wordt wel door het AO-regime in de hand gewerkt.

Bovendien hebben patiënten de neiging minimal drie dagen ziek te blijven, aangezien er anders geen recht op vergoeding voor de werkgever is. Feitelijk kost dit onnodige verzuim de samenleving werkdagen.

6.2.6 Verspilling en oneigenlijk gebruik

Veel respondenten hebben gewezen op mogelijkheden voor patiënten om – buiten de eigen huisarts om – aan (extra) medicijnen te komen. Dat komt blijkbaar vooral voor bij vervangdiensten, bijv. in het weekend. Patiënten krijgen dan soms voor een langere periode (i.p.v. voor dat ene weekend) middelen voorgeschreven. Niet zelden – zo werd verteld – verdwijnen medicijnen naar families in landen in de regio, waar deze medicijnen duur zijn. Een dergelijk misbruik is in principe nog makkelijker bij de Eiland- en Landsdienaren, die niet aan één huisarts gebonden zijn.

Patiënten blijken vaak bepaalde kuren niet af te maken. Vandaar dat het belangrijk is dat huisartsen hun patiënten duidelijk maken dat het niet zinvol is om vroegtijdig te stoppen met voorgeschreven medicijnen. Volgens Nederlands onderzoek stopt bijvoorbeeld eenderde van de gebruikers van anti-depressiva binnen zes

weken, hetgeen niet effectief is en daarmee ook een verspilling van deze medicijnen betekent.³⁰ Vandaar dat het volgens de NHG-standaard ‘Depressieve stoornis’ het essentieel is dat de huisarts bij het voor het eerst voorschrijven van een antidepressivum uitlegt dat “het effect op de stemming pas na twee tot vier weken merkbaar is (...). Daarom is een goede motivatie van de patiënt van groot belang om de therapietrouw te waarborgen”.

Niet alleen worden kuren niet afgemaakt, waardoor er medicijnen overblijven. Ook wordt er vaak meer medicatie voorgeschreven dan nodig was om van een bepaalde klacht af te komen. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat 52% van de apotheekbezoekers geneesmiddelrestanten in huis heeft. Bij 43% van de patiënten was de belangrijkste reden om te stoppen met het gebruik van een medicijn dat de klacht was verdwenen. Zie DGV, jan. 2006, p. 4.

Er worden thans op Curaçao limieten gesteld aan de hoeveelheid voorgeschreven medicijnen. Dit is geregeld in de Handleiding van BZV (van april 2006) voor het op recept voorschrijven van genees-, verband-en hulpmiddelen en in het Voorschrift geneesmiddelen van SVB (van oktober 2006).

Grotere hoeveelheden worden dan niet vergoed.

Hoewel de indruk wordt gevestigd dat huisartsen bewuster omgaan met herhaalreceptuur dan vroeger het geval was, blijft dit een bron van verspilling. Vaak op verzoek van de patiënten schrijven zij soms voor langere tijd voor, zonder dat dit altijd wenselijk is. Het ondoelmatig omgaan met herhaalmedicatie is ook een probleem dat in Nederland wordt gesignaleerd (DGV, 2004, p. 21).³¹

De kans op medicijnverslaving of het nemen van teveel of elkaar tegenwerkende geneesmiddelen neemt dan overigens ook toe. Op dit gezondheidsrisico is al gewezen in paragraaf 6.2.1.

Met name huisartsen klagen over het registratiesysteem van patiënten dat zorgverzekeraars hanteren. Zij merken dat die niet op orde is (“abominabel”), waardoor er verkeerde patiënten op de lijst staan. BZV heeft in dat opzicht een slechtere naam dan SVB. Het gevaar van slechte registratie is dat patiënten die niet (meer) verzekerd zijn bij een bepaalde verzekeraar toch als zodanig bekend zijn bij de zorgaanbieder en dus tot kosten leiden die moeilijk te verhalen zijn.

Conclusies:

- *Hoewel het wensbeeld bestaat dat de huisarts als poortwachter zou moeten fungeren, en daardoor (onnodige of onnodig dure) kosten bespaart, is de werkelijkheid op Curaçao anders.*
- *Huisartsen schrijven erg veel (vergeleken met bijv. Nederland gemiddeld ongeveer twee keer zoveel) medicijnen voor, hetgeen tot hoge kosten leidt.*
- *Ondanks enkele maatregelen om deze kosten te beteugelen (spiegelinformatie, invoering negatieve lijst en stimulering generiek voorschrijfgedrag), zijn de effecten op de kosten (nog) maar beperkt merkbaar (bij de PP-populatie worden ze zelf fors hoger, zowel vanwege volume- als prijsstijgingen).*
- *De genoemde maatregelen zijn allemaal laat ingevoerd (vergeleken met de eerder genomen besluiten daarover in 2001); overigens door SVB beduidend eerder dan BZV).*
- *Huisartsen verwijzen relatief vaak (vergeleken met Nederland naar schatting drie keer zoveel) door naar specialisten. Dat zorgt voor extra werk (en dus veel hogere, vaak onnodige kosten) in de tweede lijn.*
- *Huisartsen laten te veel laboratoriumonderzoeken doen en diagnostische foto's maken, hetgeen kostenverhogend werkt.*
- *Het systeem van arbeidsongeschiktheid tijdens de eerste dagen werkt onnodige*

³⁰ Zie: A.C.M. Vergouwen, H.P.J. van Hout en A. Bakker, Methoden om de therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva te verminderen, in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2002, nr.5, pp. 204-207

³¹ Herhaalreceptuur mag niet onderschat worden; in Nederland betreft 75% van de medicijnen herhaalreceptuur!

medicalisering in de hand, en leidt daarmee tot extra werkdruk voor huisartsen, hoge medicatiekosten en onnodige verzuimdagen.

- *Er zijn diverse vormen van verspilling en oneigenlijk gebruik, zoals: extra medicijnen via de vervanger van de huisarts, verspilling via herhaalreceptuur, door te grote voorgeschreven doses medicijnen of het ontbreken van therapietrouw bij de patiënten, en een registratiesysteem dat oneigenlijk gebruik van zorg uitlokt.*

6.3 Mogelijkheden om het dure, want ondoelmatige voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen te beteugelen

6.3.1 Minder en doelmatiger voorschrijven

Voor minder voorschrijven is een samenspel van factoren nodig.

Uiteraard begint het met het redresseren van de verwachting van verzekerden dat zij medicijnen nodig hebben. In hoofdstuk 5 is hier al over gesproken.

Een belangrijke taak in deze ligt bij de arts zelf. Hij of zij zal beter – bijv. volgens protocollen – te werk moeten gaan. Daardoor zou hij enerzijds de patiënt er op moeten wijzen dat deze in het geheel niet (voor een onschuldige kwaal of een die vanzelf over gaat) naar de huisarts behoort te gaan, en anderzijds zo licht mogelijke c.q. zo weinig mogelijke medicatie dienen te geven (en dan liefst generieke geneesmiddelen die veel goedkoper zijn, maar dezelfde werking hebben als specialités).³²

Het gaat dus om het bevorderen van een *rationeel voorschrijfgedrag*, dat louter gebaseerd is op medische gronden en niet of zo min mogelijk beïnvloed wordt door niet-gezondheidsgerelateerde motieven, zoals werkdruk, toegeven aan de druk van de patiënt of de marketinginspanningen van de farmaceutische industrie.

Daarbij zouden dan de volgende maatregelen ondersteunend kunnen werken.

a. Het toepassen van de NHG-standaarden of gelijkwaardige protocollen

Er is al veel onderzoek gepleegd naar praktijkervaring met de gewenste behandeling (of juist: niet-behandeling) van klachten in de huisartsenpraktijk. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) publiceert vanaf 1989 richtlijnen voor de huisartsenzorg. Eind 2003 waren er 78 in gebruik. In deze protocollen worden richtlijnen gegeven voor het medisch handelen als huisarts op basis van beschikbare ‘evidence’, aangevuld met consensus van praktijkbeoefenaren.³³ Het navolgen van deze NHG-standaard is zowel een indicatie voor kwalitatief goede huisartsenzorg, maar voorkomt ook ondoelmatig gedrag, zoals het te snel voorschrijven van medicijnen of het vlot doorsturen naar een specialist.

In deze protocollen staan richtlijnen in als (verkort opgenomen):

- kinderen met koorts: het voorschrijven van antibiotica wordt niet aanbevolen
- bacteriële huisinfectie: terughoudendheid met het voorschrijven van antibiotica wordt aanbevolen
- klachten van acute diarree hoeven niet gezien te worden op een consult (klachten telefonisch afdoen)
- perifere arterieel vaatlijden: het is niet aanbevolen om vasodilatoria voor te schrijven

Uit een oogpunt van doelmatigheid verdient het gebruik van ‘me-too’preparaten geen voorkeur³⁴. Deze NHG-richtlijn is bijv. aan de orde bij het gebruik van cholesterolverlagers. De bestaande statines zijn hiervoor adequaat. Het sinds maart 2003 beschikbare rosuvastatine (merknaam Crestor) is zo’n ‘me-too’ middel en heeft

³² Opgemerkt zij dat het niet de bedoeling is om in een situatie van onderbehandeling te geraken; dat zou niet in het belang van de patiënt zijn en zou op den duur tot hoge kosten kunnen leiden (doordat de ziekte niet afdoende bestreden is).

³³ Zie voor de resultaten van een onderzoek naar de mate dat Nederlandse huisartsen zich houden aan deze richtlijnen: J. Braspenning, A.M. Schiere en J. Mulder, Indicatoren voor medisch technisch handelen, in: NIVEL, 2004 a, p. R.3-61. De totaalscore voor het handelen in overeenstemming met de richtlijnen van de onderzochte huisartsenpraktijken was (bij alle soorten klachten): 74%. Dat was hoger dan uit eerdere studies bleek, nl. 55% (er werd dus een duidelijk opgaande lijn geconstateerd) en ook hoog in vergelijking met buitenlandse gegevens. Zie: NIVEL, 2004 a, p. 17.

³⁴ Een ‘me-too’ geneesmiddel zijn ontwikkeld naar het voorbeeld van een al bestaand (‘eerste’) geneesmiddel, dat al een grote omzet heeft. Qua structuur en werking lijkt het ‘me-too’ erg op het eerste middel en bevat vrijwel dezelfde actieve stof. Zij onderscheiden zich doordat ze voor een bepaalde (vaak specifieke) doelgroep minder bijwerkingen geven of een andere werking hebben. Doorgaans zijn ‘me-too’ middelen duurder dan het eerste geneesmiddel en verloopt het patent dus ook later. Onnodig te zeggen dat hier door de fabrikant veel op wordt verdiend.

in principe dezelfde therapeutische werking. Niettemin is dit dure medicijn sterk gestegen in de lijst van geneesmiddelenkosten (zie DGV, nov. 2006, p.23).

Ook de CHV is voorstander van protocollering van de huisartsenzorg, maar wijst wel op de noodzaak om dit geleidelijk in te voeren.

De zorgverzekeraars zouden er op toe moeten zien dat de huisartsen via dergelijke protocollen hun werkzaamheden verrichten. Opneming van deze verplichting in een zorgcontact met de huisarts is aan te bevelen. Daarbij dient te worden opgemerkt dat veel artsen, vooral de basisartsen, die thans op het eiland werken (bij)geschoold dienen te worden in het gebruik van protocollen.

Best practice: afspraken van VGZ over kwaliteit en doelmatigheid van huisartsenzorg

In de zorgovereenkomst die VGZ in 2006 maakte met de huisartsen is in deel III, art. 2 opgenomen:

“1. De zorgaanbieder levert de zorg zo doelmatige en professioneel verantwoorde wijze overeenkomstig nader af te spreken standaarden, protocollen of normen. Hij (...) maakt een afweging tussen de effectiviteit van de zorg, de belangen van de patiënt en de kosten.

2. De zorgaanbieder neemt actief deel aan samenwerkings- en overlegstructuren met collega-zorgaanbieders, zo mogelijk in goed overleg met de zorgverzekeraar. Doel van deze structuren is het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg (...).

3. Voorzover medisch-inhoudelijk verantwoord is hanteert de zorgaanbieder bij de uitgifte van geneesmiddelen (...) de NHG-standaarden en/of de CBO-richtlijnen, en/of de regionale formularia en/of FTTO-afspraken.”

Bij een rationeel en doelmatig voorschrijfgedrag hoort ook dat huisartsen weerstand bieden aan de marketingactiviteiten van de geneesmiddelenfabrikanten en zelf hun medicatiebeleid voeren (liefst gezamenlijk-zie hierna onder c). Het niet meer ontvangen van artsenbezoekers zou een belangrijke stap daarin zijn.³⁵

b. Het introduceren van het zogeheten elektronisch voorschrijfsysteem (EVS).

Hierdoor kan - bij een bepaalde diagnose – de arts op zijn of haar computer de behandeling en de eventueel noodzakelijke medicatie (primair het generieke middel) lezen. Een dergelijke – via de computer ondersteunde – landelijke standaard voor (het al dan niet geven van) medicatie wordt in Nederland al succesvol geïmplementeerd. Hiervoor is het dus wel nodig dat de huisartsen een computer bij hun werk gebruiken, hetgeen nog niet overal het geval is op Curaçao.

c. Het introduceren van het Farmaco-Therapie Overleg (FTO) tussen meerdere huisartsen en één of meer apothekers. Betrokkenheid van medisch specialisten kan hierbij een meerwaarde hebben.

Bij zo'n FTO wordt periodiek door de groep onderling verschillende medicatiemogelijkheden bij een bepaalde ziekte besproken. Vervolgens wordt afgesproken welke medicatie door de groep wordt voorgeschreven. Op basis van een aantal criteria (m.n. aangedragen door de apotheker), zoals farmacotherapeutische gegevens (werkbaar effect, bijverschijnselen, e.d.), prijs en beschikbaarheid wordt een keuze gemaakt. Daardoor zijn er goede inhoudelijke medicatiekeuzes mogelijk (na afweging door betrokkenen), die zo goedkoop mogelijk zijn (indien aanwezig: generiek) en beschikbaar (de apotheker zorgt voor voorraadbeheer). Die afspraken worden *formularium-afspraken* genoemd.

Het werken met FTO's voorkomt ook dat de huisarts door de vertegenwoordiger van de fabrikant wordt overgehaald om het specialité of weer een nieuwer (en duurder) medicijn voor te schrijven. Mede daarom is de Inspectie voor de Volksgezondheid N.A een groot voorstander van FTO's (Fontilus en Vos, 2002, p.2).

Betrokkenheid van medische specialisten bij FTO's is aan te bevelen. Vaak krijgen patiënten die klinisch of poliklinisch geholpen worden duurdere medicijnen (specialistés). Zonder goede afspraken (in FTO-verband) over het weer 'omzetten' van patiënten naar generieke middelen (op het moment dat ze weer onder controle van de huisarts komen) worden patiënten van te dure medicijnen voorzien, aangezien huisartsen geneigd zijn dezelfde middelen over te nemen.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat afspraken die in FTO-verband worden gemaakt een tweede plaats innemen

³⁵ In Nederland heeft de algemene ledenvergadering van het NHG eind 2006, in navolging van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNPG) als standpunt ingenomen dat 'op individueel niveau' geen artsenbezoekers meer ontvangers zouden moeten worden. Dit zou een prima voorbeeld voor de CHV kunnen zijn.

wat betreft invloed op voorschrijfgedrag.³⁶

Verder blijkt dat afspraken die in regionaal FTO-verband worden gemaakt volgens de deelnemers daaraan nauwgezetter worden nageleefd dan landelijke richtlijnen (DGV, 2004, p. 17).

Best practice: de incentives van participatie aan een FTO bij CZ en VGZ

Zorgverzekeraar CZ faciliteert de FTO's op verschillende manieren. Enerzijds wordt de groep ondersteund door het beschikbaar stellen van expertise (voor het uit de literatuur afleiden van de farmacotherapeutische werking van bepaalde medicijnen) en van Spiegelinformatie; anderzijds is er een financiële beloning bij deelname (en het nakomen van de formularium-afspraken). Daarbij wordt dan nog een onderscheid gemaakt tussen een 'gewone' formularium-afpraak (een rationele preparaatkeuze binnen een farmacotherapeutische groep medicijnen, zoals die elders ontwikkeld is, bijv. het 'Nijmeegs formularium') en een uitgebreide afspraak (dat betekent: het maken van concrete en toetsbare afspraken over bijv. indicatiestelling, opsporen, meten en corrigeren van over- en ondermedicatie). Zie voor een voorbeeld van een Nijmeegs formularium: [bijlage 5](#).

Voor een formularium-afpraak wordt € 250 betaald aan de huisarts (bij een normpraktijk = 1.500 ingeschreven patiënten), voor een uitgebreide afspraak € 750. Maximaal kan per jaar per praktijk de betaling voor het maken en naleven van formularium-afspraken € 3.000 bedragen. Zie: CZ (2006).

VGZ hanteert iets andere afspraken. Daar staan de afspraken over FTO heel concreet in de zorgovereenkomst die met de huisarts wordt gesloten. Zo luidt de afspraak dat bij tenminste bij 80% van de VGZ-verzekerden binnen de huisartsenpraktijk bij de eerste uitgifte van protonpompremmers en cholesterolverlagers generieke middelen worden voorgeschreven (voorzover dit medisch verantwoord is). De vergoeding voor het realiseren van de afspraken is een bedrag van € 1 per verzekerde op jaarbasis.

BZV is thans in gesprek met de CHV over het opzetten van FTO's. BZV is bereid het FTO-project te trekken en te faciliteren. Dat zal in de praktijk neerkomen op het bijeen brengen van apothekers en voorschrijvers, en het wellicht meefinancieren van de overlegplatforms. SVB heeft ooit een bijdrage gegeven aan FTO, maar is er niet bekend mee of dat het nog bestaat.

Willen FTO's op Curaçao succesvol zijn, dan zullen deze geen vrijblijvend karakter mogen krijgen (dus vastgelegd dienen te worden in een zorgcontract), en ondersteund moeten worden (met expertise en zo mogelijk met financiële incentives) door de zorgverzekeraars. Aan de andere kant zouden de FTO-groepen meetbare resultaatafspraken dienen te maken met de zorgverzekeraars.³⁷ Belangrijk is dat de FTO-groepen zelf bepalen waarover zij afspraken maken, dat komt de motivatie ten goede (zie DGV, 2004, p. 27).

Het gezamenlijk optrekken door alle zorgverzekeraars is een 'must', want anders worden niet alle huisartsen gestimuleerd mee te doen.

Vanuit de CHV is voorgesteld om de FTO's per barrio op te zetten. Gelet op hun expertise is de (permanente) betrokkenheid van de apothekers wezenlijk (de zorgverzekeraars zullen hierover ook met hen afspraken moeten maken). Ook is het gewenst medisch specialisten hierbij uit te nodigen.

d. Het minder vrijblijvend gebruik van spiegelinformatie; uitwisseling daarvan; het toepassen van positieve en negatieve incentives

Het hebben van vergelijkbare informatie over het voorschrijfgedrag van artsen is wezenlijk voor de zorgverzekeraars. Alleen dan kunnen zij bijsturen in het geval huisartsen er een potje van maken.

Op dit moment hebben SVB en BZV beiden spiegelinformatie per huisarts over aantallen voorgeschreven receptregels en het daarmee verbonden bedrag. Opmerkelijk is dat BZV pas deze informatie heeft vanaf 2006, terwijl SVB ook over de jaren 2004 en 2005 spiegelinformatie bijhoudt en daardoor ook meer expertise heeft opgebouwd. BZV was daar in 2001 ook al wel mee begonnen, maar vanwege onvoldoende capaciteit is dat toen niet gecontinueerd.

Verder valt op dat de beide zorgverzekeraars hun meetlat op een verschillende manier leggen. SVB maakt een rangorde aan de hand van de gemiddelde kosten per patiënt, terwijl BZV twee rangordes heeft:

- het gemiddeld aantal receptregels per patiënt

³⁶ Zie: DGV, 2004, p. 17. De top vijf van determinanten met de grootste invloed op voorschrijfgedrag zijn volgens dit onderzoek: 1. samenstelling van de praktijkpopulatie, 2. regionale (FTO-)afspraken, 3. poliklinisch voorschrijven, 4. gezondheidssituatie van de populatie, en 5. farmaceutische industrie.

³⁷ Er is door het DGV (het Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik) een lijst van 9 indicatoren ontwikkeld die gebruikt wordt om te meten in hoeverre er in regio's en (op kleinere schaal) in FTO's doelmatig wordt voorgeschreven. Zie hiervoor: DGV, nov. 2006.

Public Consultancy

- de gemiddelde kosten per receptregel

Nu heeft elke rangorde zijn voor- en nadelen, maar de gemiddelde kosten per receptregel zegt heel weinig. Die ratio is nl. erg afhankelijk van de populatie (meer of minder chronisch zieken of ouderen, die over het algemeen duurdere medicijnen krijgen) en van de medicijnenkosten die huisartsen niet in de hand hebben. Datzelfde probleem heeft de rangorde in kosten per patiënt. Aan het aantal receptregels per patiënt kleeft ook dit nadeel van het weinig onderscheidend karakter naar soort populatie, maar iets minder. Het is van de drie de beste indicator van de doelmatigheid.

De voorhanden zijnde spiegelinformatie zou al veel zinvoller te gebruiken zijn als daarin de leeftijd en de ziektevorm van de patiënten verdisconteerd worden. En rekening houdt met de samenloop van ziekteverschijnselen, zoals bij diabetes mellitus type 2.

Deze gegevens zijn echter nu niet beschikbaar, niet per recept (omdat er geen geautomatiseerd systeem is), maar zelfs niet per huisartsenpraktijk.

Daarnaast zou het zinvol zijn dat de beide grote zorgverzekeraars hun informatie op elkaar afstemmen (qua rangorde) en onderling zouden vergelijken. Er zijn immers huisartsen die zowel SVB- als BZV-patiënten hebben. Doordat er geen complete informatie is, is het moeilijk tot goede analyses te komen.

Vervolgens is de vraag wat er met de spiegelinformatie gebeurt. Tot op heden niet meer dan gesprekken met de huisartsen die relatief hoog scoren. Tot sancties (bijv. niet meer toelaten als huisarts) of beloningen heeft het niet geleid. Gelet op de hiervoor genoemde onvolkomenheden in de rangordes, en de korte periode dat men bezig is, is dat ook niet verwonderlijk. Maar de zorgverzekeraars hebben hier de afgelopen jaren wel een kans laten liggen.

Het feit dat SVB geen zorgcontracten met de huisartsen afsluit evenmin als BZV voor de Eiland- en Landdienaren en dat in de contacten van BZV met de huisartsen voor de overige groepen geen melding wordt gemaakt van doelmatig voorschrijfgedrag, maakt het thans nog extra moeilijk om slagvaardig op te treden. Bij de beide zorgverzekeraars is ook huiver waarneembaar om 'door te pakken'. Men denkt dat de gesprekken wel tot verbetering zullen leiden (hetgeen wel enigszins het geval lijkt bij SVB), maar men is anderzijds bang om in een juridisch gevecht te belanden. Dat laatste komt overigens vooral doordat er geen harde afspraken zijn gemaakt met de huisartsen over doelmatig voorschrijfgedrag in de vorm van een overeenkomst o.i.d. Indien er naast negatieve ook positieve incentives zouden zijn, zou een overeenstemming met de beroepsgroep mogelijk moeten zijn.

Hierbij zij nog verwezen naar het rapport van prof. Post, genoemd in paragraaf 4.1. Hij adviseerde om bij een afwijking van voorschrijfgedrag, verwijzing naar specialisten of naar laboratoriumonderzoek met meer dan 20% van het gemiddelde, gecorrigeerd voor leeftijdsopbouw van de praktijk, afspraken gemaakt zouden kunnen worden over de hoogte van het abonnementshonorarium, zoal dat ook in Duitsland en gemitigeerd in Engeland gebeurt (Post, 2002, p. 8).

Ook volgens de Inspectie voor de Volksgezondheid N.A. is het analyseren van spiegelinformatie, gevolgd door incentives het instrument waarmee de kosten in de hand kunnen worden gehouden: "slechte performers worden gekort en goede performers worden beloond" (Fontilus en Vos, 2002, p.3).

Een beloning met en een korting van maximaal 10% à 15% zou waarschijnlijk voldoende zijn om een ommekeer teweeg te brengen bij de 'ondoelmatige' huisartsen en om de 'doelmatigen' adequaat te belonen. Per saldo zou een dergelijke maatregel de zorgverzekeraars niets hoeven te kosten. Met notoire 'veelschrijvers' zou – na waarschuwingen - het zorgcontract niet meer verlengd moeten worden.

Een dergelijk bonus/malus-systeem kan weer afgezwakt worden indien de gewenste volumeafname wordt bereikt. In paragraaf 11.3 zal nog worden ingegaan op de vraag in hoeverre artsen ontvankelijk zijn voor financiële prikkels.

Door de CHV werd gesteld dat een huisarts op Curaçao feitelijk chantabel is door zijn patiënten ("als ik van jou de medicijnen niet krijg voorgeschreven ga ik wel naar een ander toe"). Omdat er een mentaliteit heerst bij vele artsen om maar wat te geven om "van het gezeur af te zijn" worden patiënten in dat vraaggedrag versterkt. Men weet niet beter. Door de CHV werd daarom geopperd dat een huisarts makkelijker mee zou werken aan een rationeel voorschrijfsysteem (en minder verwijzingen) als het hem/haar geld kost.

Uiteraard zou het ook goed aan de patiënten moeten worden uitgelegd (zie hoofdstuk 5), anders zal het nog

moeilijk worden. Dus beter uitleggen, niet alleen door de huisartsen zelf, dat medicijnen niet zo simpel meer verkrijgbaar zijn, en dat generieke middelen net zo goed zijn als het specialité dat men tot dan toe kreeg.

Best practice: beloning van Menzis voor rationeel voorschrijven van geneesmiddelen

Zorgverzekeraar Menzis biedt aan gecontracteerde huisartsen de mogelijkheid om deel te nemen aan de module 'Rationeel voorschrijven'. Deze richt zich op 2 groepen medicijnen, die erg veel verkocht worden (zgn. 'blockbusters'), nl. maagzuurremmers en cholesterolverlagers (vergelijkbaar met de onder c. genoemde afspraak in de zorgovereenkomst van VGZ). Bij (vrijwillige) deelname krijgen de huisartsen een financiële vergoeding. Artsen en patiëntenorganisaties legden deze kwestie voor aan de rechter omdat hun inziens Menzis daarmee inbreuk in de vertrouwensrelatie met de patiënt. De rechter vond echter dat daar geen sprake van was. Het in de module gepropageerde voorschrijfbeleid geeft nl. de arts de mogelijkheid om, in individuele gevallen, daarvan af te wijken. Bovendien is de huisarts voor zijn persoonlijk inkomen niet afhankelijk van de relatief bescheiden beloning. Wel gaf de rechter aan dat de betrokken partijen (zorgverzekeraar en arts) desgevraagd openheid moeten betrachten.

6.3.2 Minder verwijzen naar de specialist

Primair gaat het er om dat de huisarts zijn taken als poortwachter uit kan oefenen (bekwaamheid), daarbij zo mogelijk ondersteund wordt (facilitering), en dat er geen oneigenlijke financiële prikkels meespelen die hem of haar zouden ontmoedigen de huisartsentaken naar behoren uit te oefenen (juiste incentives).

De volgende maatregelen zouden daarom kunnen helpen ter voorkoming van (onnodige) verwijzingen naar de tweede lijn.

a. Het toepassen van de NHG-standaarden of gelijkwaardige protocollen

Hiervoor (in 6.3.1) is deze maatregel al genoemd bij het doelmatiger voorschrijven van medicijnen. De hier bedoelde richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap kunnen ook een goede dienst bewijzen bij het voorkomen van onnodig dure (specialistische zorg).

Voorbeelden van deze richtlijnen (verkort opgenomen):

- enkeldistorsie: als er geen verdenking is op een fractuur, dan hoeft er geen verwijzing plaats te vinden naar een (orthopedisch) chirurg (de verdenking op een fractuur is met de elektronische vragenlijst vastgesteld); een verwijzing naar een fysiotherapeut wordt niet aanbevolen
- lage rugpijn: bij acute klachten, korter dan 6 weken, wordt aanbevolen om niet te verwijzen naar een fysiotherapeut
- lumbosacraal syndroom: verwijzing naar een neuroloog is doorgaans niet nodig
- otitis media met effusie bij kinderen: verwijzing naar een KNO-arts wordt doorgaans niet noodzakelijk geacht

Ook hiervoor geldt dat opnemings in een zorgcontact met de huisarts van de verplichting om de richtlijnen te volgen is aan te bevelen. Bijscholing van met name veel basisartsen zal noodzakelijk zijn: er wordt een groter beroep op de huisarts gedaan om de juiste diagnose te stellen en de klacht zelfstandig af te doen – 'echte' huisartsenkennis en -vaardigheden zijn op dat moment immers nodig.

Het spreekt voor zich dat zorgverzekeraars aan de hand van (te verbeteren) spiegelinformatie na moeten kunnen gaan of huisartsen zich aan de richtlijnen houden, en niet te makkelijk verwijzen.

b. Het maken van duidelijke afspraken over de minimale prestaties in de huisartsenpraktijk en betere honorering daarvan

Huisartsen behoren in staat te zijn om kleine en/of bijzondere verrichtingen, kleine chirurgische ingrepen en bepaalde onderzoeken zelf in de praktijk te doen en hiervoor niet te verwijzen naar de specialist, bijv. de chirurg.

Daartoe zouden deze taken expliciet opgenomen dienen te worden als taak in de zorgcontracten en er op toegezien moeten worden door de zorgverzekeraar dat deze ook in de eerste lijn verricht worden. Deze onderzoekstaken zouden opgenomen dienen te worden als taak in de zorgcontracten en er op toegezien moeten worden door de zorgverzekeraar dat deze daadwerkelijk bij de huisarts plaatsvinden.

Dat zou gepaard moeten gaan met een verhoging van de vergoeding voor deze verrichtingen en kleine onderzoeken, daar waar nodig.

c. *Het minder vrijblijvend gebruik van spiegelinformatie; uitwisseling daarvan; het toepassen van positieve en negatieve incentives*

Voor de gewenste toepassing van spiegelinformatie geldt dezelfde argumentatie als eerder al is genoemd t.a.v. voorschrijfgedrag (zie 6.3.1, onder d).

Momenteel heeft alleen SVB spiegelinformatie over verwijsgedrag van specialisten en paramedici (vanaf 2005), BZV is daarmee begonnen in 2007.

Op dit moment wordt alleen het aantal malen gemeten dat een huisarts verwijst. Zeker zo belangrijk voor de analyse ervan is voor welke aandoeningen/klachten verwezen wordt. Pas dan kan goed bekeken worden of de huisartsen niet te makkelijk hebben verwezen, en de klacht zelf hadden kunnen behandelen.

In paragraaf 6.2.2 zagen we al dat op Curaçao de huisartsen makkelijk verwijzen. Via de spiegelinformatie kan de zorgverzekeraar op het ondoelmatig deel ervan sturen, door huisartsen daarop aan te spreken en – net als bij het voorschrijfgedrag - daar sancties op toe te passen. Voor wat betreft de toepassing van zowel negatieve als positieve sancties zij verwezen naar paragraaf 6.3.1, onder d.

Ook hier geldt weer dat uitwisseling van de spiegelinformatie essentieel is om een totaalbeeld van het verwijsgedrag te krijgen, zeker van degenen die verbonden zijn aan zowel SVB als BZV.

Best practice: beloning Zorgverzekeraars Nederland aan beroepsgroep voor prestaties van de leden

In 2006 sloot Zorgverzekeraars Nederland een overeenkomst met de beroepsgroep van verloskundigen, de KNOV. Daarin legde de beroepsvereniging zich vast op een bepaald kwaliteitsprogramma. Door zich te conformeren aan bepaalde werkzaamheden kreeg de KNOV een bedrag van € 1 miljoen per jaar. Concreet gingen de afspraken bv. over:

- minder verwijzingen van zwangeren naar de tweedelijnszorg
- terugdringen van het aantal keizersneden in de tweede lijn, door kinderen in stuitligging thuis uitwendig te draaien

Vervolgens verbrak de beroepsgroep van gynaecologen, de NVOG, de samenwerking met de KNOV. De NVOG vond nl. dat deze overeenkomst een wig drijft tussen de twee, met elkaar samenwerkende beroepsgroepen. De NVOG ging vervolgens publiekelijk de discussie hierover aan.

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg levert deze overeenkomst echter geen gevaar op voor de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland. De Raad betreurt echter wel de openlijk gevoerde competentiestrijd, die niet bevorderlijk is voor het vertrouwen van de bevolking in de verloskundige zorg (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2007, pp.30 en 61).

6.3.3 Minder verwijzen naar laboratoria c.a.

Allereerst is het wenselijk dat patiënten niet voor elke onduidelijke klacht verwezen worden naar laboratoria.

Het gebruik van protocollen is ook hier relevant (vergelijk met wat hierover gezegd is in paragraaf 6.3.1, onder a). Voorbeelden van richtlijnen van het NHG (verkort opgenomen):

- lage rugpijn: voor het diagnosticeren van de aandoening is het niet noodzakelijk om een röntgenfoto te laten maken
- enkeldistorsie: als er geen verdenking is op een fractuur dan hoeft er ook geen röntgenfoto aangevraagd te worden; om de verdenking op fractuur uit te sluiten en om de aanvraag voor een röntgenfoto vast te leggen zijn extra elektronische vragen gesteld

Vanuit de CHV werd aangedrongen op het maken van richtlijnen over wat wel en wat niet mag. Als voorbeeld werd genoemd het elk jaar bloed laten prikken wat sommige patiënten willen ('just in case'), maar waar vaak geen reden voor is. Voor bepaalde testen (bijv. mammografie, paptest en prostaatsceening) zou een regelmatige check wel zinvol zijn.

Huisartsen dienen zelf meer tijd uit te trekken voor een grondige diagnose, en pas als zij zelf niet tot nader onderzoek in staat zijn door te verwijzen. Vergelijkbaar met hetgeen al vermeld staat in paragraaf 6.3.2, onder b, behoren huisartsen behoren in staat te zijn om bepaalde onderzoeken zelf in de praktijk te doen en hiervoor niet te verwijzen. De honorering hiervoor moet dan wel passend zijn.

Verder zouden de bij de verwijzing gebruikte formulieren moeten voorkomen dat er onnodig veel onderzoeken plaats vinden. Elke gevraagde test of foto zou goed beargumenteerd moeten worden, hetgeen nu niet nodig is. Ook zouden de onderzoeken meer specifiek moeten zijn, dus geen 'schot hagel' om zogenaamd 'niks uit te

sluiten’.

Om de doelmatigheid van het onderzoeksverwijsgedrag te stimuleren zijn, net als bij het voorschrijfgedrag en de verwijzing naar de tweede lijn, ook hier spiegelinformatie en een incentivebeleid nodig. Voor wat betreft de toepassing van zowel negatieve als positieve sancties zij verwezen naar paragraaf 6.3.1, onder d.

6.3.4 Zorg voor voldoende bekwame, daartoe opgeleide huisartsen

Het is al enkele malen eerder genoemd. Er zijn grote zorgen over de bekwaamheid van de gemiddelde huisarts op Curaçao. Slechts ongeveer 10% van de op Curaçao werkzame huisartsen hebben een afgeronde huisartsopleiding genoten. De anderen hebben een basisopleiding gehad. Vaak in een land (zuid- of midden-Amerika) waar lagere standaarden gelden t.a.v. doelmatigheid in de zorg. Deze basisartsen worden niet of onvoldoende in staat geacht de poortwachterfunctie naar behoren uit te oefenen (ofschoon jarenlange ervaring dat enigszins kan compenseren). Veel stakeholders (waaronder de CHV) en onderzoekers hebben aangedrongen op het (voortaan) slechts toelaten van volledig opgeleide huisartsen.³⁸ Dat is terecht. Maar de praktijk is anders. Zo heeft SVB vorig jaar huisartsen met een basisopleiding toegelaten, en dat terwijl het eiland al een overschot aan huisartsen heeft.

Onvoldoende goed opgeleide huisartsen voelen zich waarschijnlijk onzekerder dan zij die zich bekwaam en voldoende geëquipeerd voor hun vak voelen. Dergelijke artsen willen maximale zekerheid genereren. Vanwege deze behoefte aan zekerheid wordt er snel overgegaan tot het voorschrijven van medicijnen (of verwezen naar een specialist). Een persoonlijkheidskenmerk van de huisarts kan dus mede als verklaring dienen voor ondoelmatig gedrag. Zie: DGV, 2004, p. 18.

Het invoeren van geprotocolleerde (evidence-based) zorg is van groot belang, mede om te voorkomen dat een huisarts vanwege problemen met de diagnosestelling en met het bepalen van de daarop volgende behandeling, de patiënt te makkelijk doorstuurt naar de tweede lijn. Een dergelijke protocollering is wellicht een brug te ver voor de basisartsen.

Het is van groot belang dat de huisartsen nascholing ontvangen, juist ook over geprotocolleerde zorg, die naast een kwaliteitsaspect, mede kostenbeheersing tot resultaat heeft. Inmiddels is tussen CHV en SVB een nascholingsconvenant gesloten. Een dergelijk convenant staat ook voor de BZV-artsen op de rol. Kern van het SVB-convenant is dat de huisartsen m.i.v. 2005 10 verplichte geaccrediteerde nascholingsuren volgen, 20 in 2006, 30 in 2007 en vanaf 2008 40 uren. SVB draagt voor eenderde bij aan de kosten voor accreditatie en registratie. Het concept-convenant van BZV en CHV volgt dit stramien.

Deze nascholing zou door onafhankelijke instanties gegeven moeten worden; inhoudelijke bemoeienis vanuit de farmaceutische industrie zou uitgesloten moeten zijn (zie ook: DGV, 2004, p. 23).

6.3.5 Zorg voor adequate facilitering van de huisartsenpraktijk

Het is zinvol om huisartsen te ondersteunen bij het verbeteren (en doelmatiger maken) van hun praktijk. Dat kan bijv. door het ontlasten van de huisarts door het inzetten van ‘praktijkondersteuners’. Deze nemen een deel van de zorg voor m.n. chronisch zieken over, bijv. het doen van voetenonderzoek, oogonderzoek, bloedonderzoek en het schoonmaken van wonden. Een praktijkondersteuner heeft geen medicatiebevoegdheid. Het zijn HBO-verpleegkundigen.

Er kunnen ook ‘nurse practitioners’ worden ingeschakeld, die bepaalde patiënten vrij zelfstandig kunnen afhandelen, bijv. bij urineweginfecties, dermatologische klachten en bepaalde problemen met het bewegingsapparaat. In Nederland krijgen zij in 2007 ook een beperkte medicatiebevoegdheid. Dit betreft ervaren verpleegkundigen, HBO-plus).

In Nederland wordt aan deze vormen van ondersteuning door taakdelegatie en taakherschikking financieel bijgedragen door de zorgverzekeraars. Dat kan door een (al dan niet tijdelijke) financiële bijdrage en/of het ‘gewoon’ vergoeden van zorgtaken die door een ondersteuner zijn verricht.

Door het op deze wijze ontlasten van huisartsen, hebben zij meer tijd om aan de moeilijkere gevallen te wijden, waardoor voorkomen wordt dat door hen behandelbare patiënten toch bij de specialist terecht komen.

³⁸ Zie onder meer: W.H. de Jonge, De toekomst van de huisarts op Curaçao, in: CHV, 2006, pp. 12-13; zie eerder al: CUAV (2001), p.4; Post (2002), p. 6

Best practice: verdubbeling huisartsenpraktijk in Rotterdam leidt niet tot overbelaste artsen

De huisartsenpraktijk Mozaïek heeft in drie jaar tijd bijna een verdubbeling van het aantal patiënten gekend. Het aantal huisartsen is desondanks gelijk gebleven. Dat is gelukt door praktijkondersteuners en praktijkassistenten dienst te nemen. De huisartsen kunnen zich daardoor richten op het werk dat zij alleen kunnen, en het andere werk aan de assistenten overlaten. Daardoor hebben de artsen voldoende tijd voor hun werk, en is de groei van de praktijk opgevangen.

Thans kan een patiënt eens per half jaar een overstap maken naar een andere huisartsenpraktijk. Het zou echter niet verkeerd zijn als deze overstap minder gemakkelijk wordt gemaakt (moet natuurlijk wel kunnen, bijv. als er een vertrouwensbreuk is tussen patiënt en arts, maar niet vanwege de achtergrond dat de huisarts “zo weinig doet”). Op deze wijze zouden huisartsen ook minder gevoelig hoeven te worden voor het dreigement een andere arts te zoeken. Dit ondersteunt de huisarts die consistent wil blijven in doelmatig gedrag.

6.3.6 Wijzig de regels voor arbeidsongeschiktheid

Ofschoon de huisartsen daar niet debet aan zijn, werkt het huidige systeem van ziektemelding bij arbeidsongeschiktheid (bij werkenden die verzekerd zijn bij SVB) onnodige medische kosten in de hand, zoals we zagen in paragraaf 6.2.5.

Vandaar dat het beter is om de verplichte controle bij de huisarts achterwege te laten. Soms kan een zieke door middel van zelfmedicatie (of door uitzieken) beter worden – een verplichte gang naar de huisarts belast deze dan alleen maar. Het is doelmatiger dat vanuit SVB (steekproefsgewijs) controle wordt uitgeoefend op ziek gemelde personen (zoals in Nederland door de bedrijfsgeneeskundige dienst gebeurt).

De drie ‘verplichte’ ziektedagen kunnen waarschijnlijk ook beter afgeschaft worden. Dat voorkomt dat kort verzuim (van een of twee dagen) onnodig verlengd wordt tot drie dagen.

Vanuit SVB worden al stappen in deze richting gezet, althans wat betreft het afschaffen van de huisartsencontrole op de eerste dag.³⁹

6.3.7 Ga verspillen en oneigenlijk gebruik van zorg tegen

Teneinde tegen te gaan dat patiënten teveel medicijnen voorgeschreven krijgen door hun vervanger, zouden hier strikte afspraken over gemaakt dienen te worden. Bijv. door slechts voor één of twee dagen voor te schrijven of door deze medicijnen voor eigen rekening te laten nemen.

Huisartsen moeten hun patiënten beter informeren over het belang van het afmaken van een kuur. Door therapietrouw kan ook verspilling van medicijnen worden voorkomen.

Huisartsen zouden terughoudender kunnen omgaan met de hoeveelheid medicatie die zij voorschrijven, en voor hoe lang wordt voorgeschreven. Een dergelijke prescriptieregeling (bindende instructies voor de geneeskundige) is ook een mogelijkheid die de Inspectie (Fontilus en Vos, 2002, p.3). Dit in aanvulling op de regels van BZV en SVB inzake het op recept voorschrijven van genees-, verband- en hulpmiddelen.

Het ondoelmatig omgaan met herhaalreceptuur kan tegengegaan worden door protocollen t.a.v. in ieder geval de meest voorkomende gevallen. Hierin zouden o.a. richtlijnen over therapieduur in moeten worden opgenomen. In navolging van Nederland kan herhaalreceptuur via een FTO-traject aangepakt worden.⁴⁰

Een sluitende registratie van patiënten door de zorgverzekeraars is noodzakelijk om misbruik te voorkomen.

6.4 Waardeer de poortwachterfunctie adequaat

In het huidige systeem worden de huisartsen merendeels bekostigd via een abonnementensysteem (met een afwijkend abonnementstarief voor SVB en BZV- patiënten).⁴¹

³⁹ Zie: A.M. van Vught, Afschaffen huisartsencontrole 1^o dag?, in: CHV, 2006, pp. 16-17.

⁴⁰ Zie de website www.medicijngebruik.nl, thema herhaalreceptuur.

⁴¹ Binnen dit abonnementensysteem krijgen de huisartsen een vergoeding voor elke ingeschreven patiënt. Dit systeem geldt voor alle SVB-patiënten en voor de PP-, GTZ- en FZOG-patiënten van BZV. Voor de Land- en Eilanddienaren van BZV en particuliere patiënten worden de huisartsen per consult of verrichting betaald.

Aan het slot van paragraaf 6.1 zagen we dat de huisartsen een zeer groot deel van de kosten genereren, alleen al zo'n 46 miljoen aan voorgeschreven medicijnen. Daar komen de kosten van verwijzingen naar laboratoria nog bij evenals de kosten van doorverwijzen naar specialisten en paramedici.

Er is nog veel mis met de poortwachterfunctie van de huisarts op Curaçao. Maar als het lukt om door middel van de eerder genoemde aanbevelingen deze functie tot wasdom te laten komen, is dat niet alleen goed voor de zorg voor patiënten, maar ook in financiële zin.

Daarom mag het reduceren van de door huisartsen gegenereerde kosten best wat beter beloond worden dan nu het geval is. Eerder zagen we al voorbeelden van de tekortschietende vergoeding voor kleine en chirurgische verrichtingen. Hetgeen leidt tot hogere kosten in de tweede lijn.

Overigens moet ook in ogenschouw worden genomen dat in technologisch opzicht de kloof tussen de huisarts en de specialist steeds wijder is geworden. Voor een versterking van de eerste lijn is daarom niet alleen voldoende capaciteit en een adequate honorering van belang, maar ook het hebben van goede apparatuur, zodat de mogelijkheden van de huisarts op het gebied van diagnose en behandeling toenemen (zie in deze zin: Admiraal e.a., 1993, p. 206)

Daarom sluit scenario 3 uit het Hoofdrapport, waarbij de vergoeding voor de huisarts een mix is van een abonnementensysteem (met een verfijning voor het hebben van hoge risicogroepen in de dokterspraktijk) en incentives voor doelmatig gedrag en voor bepaalde verrichtingen, praktijkondersteuning en modernisering & innovatie goed aan op de hier geconstateerde wens om de poortwachterfunctie te versterken. Dit hybride systeem belooft de huisarts die echt werk maakt van de poortwachterfunctie het best. En dat mag best wat kosten!

Extra middelen voor de versterking van de positie van de huisarts levert nl. in de rest van de zorgketen veel meer geld op. Vandaar dat investeren in de poortwachterfunctie de beste aanpak is voor het reduceren van de kosten voor volksgezondheid op Curaçao.

Overigens moet wel voorkomen worden dat 'normale' werkzaamheden van de huisarts, zoals het geven van consulten, al dan niet per telefoon, aangemoedigd worden door het honoreringssysteem. Indien daarvoor in de toekomst een vergoeding wordt gegeven, zal dat mogelijk (onnodige) werkzaamheden in de huisartsenpraktijk teweeg brengen die geen bijdrage leveren aan de gezondheidszorg. In die zin zijn er de nodige kanttekeningen te zetten bij het eventueel op termijn vergoeden van 'normale' werkzaamheden bovenop het abonnementshonorarium. In Nederland heeft dat in 2006 en 2007 tot fors hoger claims vanuit de huisartsen gezorgd, die – vanwege het ingestelde plafond – echter nog niet tot grote kostenoverschrijdingen heeft geleid.

Aanbevelingen:

- *Teneinde het ondoelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, het verwijzen naar de tweede lijn en het onnodig verwijzen naar onderzoekslaboratoria door huisartsen te beteugelen:*
 - *worden voortaan de NHG-standaarden of gelijkwaardige protocollen gehanteerd, die vastgelegd zijn in zorgcontracten en waarbij de zorgverzekeraar toeziet op naleving daarvan;*
 - *wordt het (on)doelmatig gedrag van huisartsen beter gemonitord via spiegelinformatie (dus ook voor verwijzingen naar laboratoria) die, vergeleken met nu, verrijkt wordt, onderling uitgewisseld en gezamenlijk geanalyseerd wordt door de zorgverzekeraars;*
 - *worden incentives ingevoerd die voldoende sterk zijn om doelmatig, rationeel gedrag van huisartsen te belonen en ondoelmatig gedrag financieel te straffen (of zelfs tot uitsluiting kunnen leiden);*
 - *worden er in de toekomst (als er dan weer plaats is) alleen nog maar artsen met een afgeronde huisartsenopleiding toegelaten;*
 - *wordt de nascholing verplicht voor alle huisartsen; en waarbij nadruk komt te liggen op het omgaan met de behandelingsprotocollen (en zonder inmenging*

- *vanuit de farmaceutische industrie);*
- *wordt het door de zorgverzekeraars (mede) financieel mogelijk gemaakt om huisartsentaken te laten overnemen door 'praktijkondersteuners' en 'nurse practitioners';*
- *wordt het voor de patiënt minder makkelijk gemaakt om zonder goede reden naar een andere huisarts over te stappen.*
- *Ter ondersteuning van doelmatige voorschrijfgedrag van huisartsen wordt verder:*
 - *een stimulans gegeven zodat huisartsen voortaan allemaal gebruik gaan maken van een elektronisch voorschrijfsysteem;*
 - *het Farmaco-Therapeutisch Overleg tussen huisartsen, een of meer apothekers en specialisten geïntroduceerd, en met financiële ondersteuning van de zorgverzekeraars, en waarbij de FTO-groepen meetbare resultaatsverplichtingen aangaan met de zorgverzekeraar;*
 - *de afspraak gemaakt dat individuele huisartsen geen artsenbezoekers meer ontvangen.*
- *Ter ondersteuning van doelmatige verwijzing naar specialisten door huisartsen worden verder:*
 - *expliciete afspraken gemaakt door de zorgverzekeraars met de huisartsen over minimale prestaties (in de zin van kleine en/of bijzondere verrichtingen en kleine chirurgische ingrepen);*
 - *deze verrichtingen gekoppeld aan hogere vergoedingen, daar waar nodig.*
- *Ter ondersteuning van doelmatig verwijsgedrag van huisartsen i.v.m. onderzoeken worden verder:*
 - *richtlijnen opgesteld die duidelijkheid verschaffen over wat wel en wat niet onderzocht kan worden op kosten van de zorgverzekeraar, zoals bijv. over welke (routine-)onderzoeken niet vergoed worden;*
 - *betere (want expliciet te motiveren en meer specifieke) laboratoriumformulieren gehanteerd.*
- *Ter ontlasting van de huisarts wordt de verplichte controle op de eerste arbeidsongeschiktheidsdag opgeheven en wordt nagegaan of ook de drie niet vergoede ziektedagen kunnen worden afgeschaft.*
- *Teneinde verspilling van medicijnen en misbruik van zorg te voorkomen:*
 - *worden er betere afspraken gemaakt over geneesmiddelenverstrekking via de vervanger;*
 - *wordt er beter informatie gegeven inzake therapietrouw;*
 - *wordt er d.m.v. een prescriptieregeling terughoudender omgegaan met de hoeveelheid van medicijnen die per keer wordt voorgeschreven en d.m.v. protocollen en FTO-aanpak terughoudender met herhaalreceptuur;*
 - *gaan de zorgverzekeraars hun patiëntenregistratie sluitend maken.*
- *Het is wenselijk huisartsen beter te belonen indien zij te maken hebben met hoge risicogroepen en voor activiteiten die de poortwachterfunctie ondersteunen.*

7. Geneesmiddelen

7.1 Problematiek van de hoge kosten van geneesmiddelen

In totaal beslaan de kosten voor geneesmiddelen in Curaçao ongeveer 29,7% van de volksgezondheidskosten (op basis van de BZV- en SVB-cijfers; nog met uitzondering van door het ziekenhuis verstrekte medicijnen) – zie paragraaf 3.3. van het Hoofdrapport.⁴² Hier liggen dus erg grote kansen voor kostenreductie!

Er zijn twee redenen voor de hoge medicijnenkosten:

- het grote gebruik van medicijnen
- de kosten van de medicijnen, van productie tot aflevering

Op het gebruik van medicijnen gaan we in dit hoofdstuk verder niet in. Dat is al uitvoerig aan de orde gekomen in het vorige hoofdstuk, met name in de paragrafen 6.2.1 (waarom is er zo'n groot gebruik?) en in paragraaf 6.3.1 (wat valt er aan te doen?). Deze paragrafen richten zich vooral op de vrager (de patiënt) en op de voorschrijver (de huisarts). De specialist als voorschrijver komt in het volgende hoofdstuk nog aan de orde. Zowel de vrager als de voorschrijver zijn de belangrijkste oorzaken van de hoge kosten. Of zoals de Inspecteur-generaal voor de Volksgezondheid van de N.A. het karakteriseerde: “de kosten van de gezondheidszorg komen uit de pen van de dokter” (Fontilus en Vos, 2002, p. 2).

In dit hoofdstuk zullen we het vooral hebben over de kostenopbouw en mogelijkheden om de kosten in de keten te beperken, dus over de aanbodkant.

7.2 De kostenopbouw in de Curaçaose geneesmiddelenketen

Over de kostenopbouw van medicijnen is in oktober 2002 door BZV en de dienst DEZ van het EGC een belangwekkende discussienota geschreven: 'Prijs- en inkoop management in de geneesmiddelenkolom'. Op dit rapport is o.a. door de Inspectie voor de Volksgezondheid N.A. gereageerd (Fontilus en Vos, 2002).

Deze discussienota is echter nooit beleid geworden. Het EGC, aan wie deze nota werd aangeboden, heeft indertijd de nota doorgestuurd naar de dienst DEZ om over de invoering te adviseren. Er was toen overigens van verschillende zijden kritiek geuit op de bevindingen en aanbevelingen ervan.

Tot daadwerkelijk advisering aan het EGC over invoering van de maatregelen is het vervolgens nooit meer gekomen – de nota heeft helaas geen vervolg gekregen in concrete acties.....

Aangezien de elementen die genoemd stonden in deze nota niettemin nog steeds relevant zijn, wordt in deze paragraaf het hoofdstramien van deze nota gevolgd.

In grote lijnen is de keten van als volgt:

Fabrikant → Importeur → Botica → Consument/patiënt
(exporthandel) (groothandel) (detailhandel)

In de huidige situatie is de importeur veelal de enige leverancier van een bepaald merkgeneesmiddel (specialité): de importeur is verplicht om bij de fabrikant in te kopen, omdat wettelijk een originele fabrieksfactuur vereist is. Daardoor is parallelimport bijna niet mogelijk, zoals dat wel het geval is in Europa (al zorgen fabrikanten er wereldwijd voor dat dit beperkt blijft).

Door de monopoliepositie kan de fabrikant duur afzetten bij de importeur, die vervolgens weer duur levert aan de botica, omdat die ook geen keuzevrijheid bij de inkoop heeft. Vanuit de Inspectie voor de Volksgezondheid wordt e.e.a. genuanceerd: de fabrikant is in staat duur af te zetten omdat hij levert aan een land waar nauwelijks sprake is van een regulering van de geneesmiddelenmarkt (Fontilus en Vos, 2002, p.7).

Door de Prijzenwet gelden er op Curaçao maximale marges. Die zijn voor de importeur 37% over zijn totale kostprijs (van verpakte geneesmiddelen)⁴³, terwijl die voor de botica maximaal 50% is.⁴⁴ In de praktijk

⁴² Tegenover een aandeel van 15% in Nederland (zie Hoofdrapport, paragraaf 3.4)

⁴³ De Inspectie voor de Volksgezondheid N.A wijst er op dat die 37% een resultante is van een akkoord tussen de groothandelaren en het EGC (Fontilus en Vos, 2002, p.2). Dit akkoord is neergelegd in een brief van het EGC aan de vereniging Importeurs Pharnaceutische Preparaten (VIPP), d.d. 24 dec. 1991.

⁴⁴ Voor levering aan SVB- en BZV-PP-patienten ligt die marge overigens lager: 30 tot 40%.

(onderzoek uit 2001) blijken de importeurs en botica's marges van gemiddeld 34%, resp. 39% te hanteren.⁴⁵

Uitgaande van het totaal aan kosten voor medicijnen op Curaçao, is de allocatie van die kosten volgens het rapport van BZV/DEZ als volgt:

- fabrikanten/exporteurs: 45%
- marge botica's: 26%
- marge importeur: 17%
- omzetbelasting: 8%
- invoerrechten: 3%
- overig: 2%

We zien dus dat bovenop de winst die de fabrikant op het product maakt (percentage onbekend) een groot deel van de afzetprijs (circa 43%) louter bestaat uit kosten voor de tussenhandel. Deze winst en deze marges maken dat geneesmiddelen zo duur zijn (ook elders in de wereld, al verschillen de winsten en marges per land).

Reductie van deze kosten zou substantieel bijdragen aan vermindering van de hoge kosten van medicijnen op Curaçao.

7.3 Voorstellen van BZV en DEZ om tot kostenreductie te komen

Uitgaande van de cijfers van enkele jaren geleden (BZV/DEZ, 2002, p.9) worden de volgende percentages van de kosten door de volgende zorginkopers opgebracht:

- BZV: 46%
- SVB: 25%
- overigen: 29%

Met name de twee grote zorgverzekeraars hebben dus het grootste voordeel indien zij tot reductie van de kosten van geneesmiddelen kunnen komen.

In de discussienota van BZV en DEZ werden een drietal soorten voorstellen gedaan om het totaal aan kosten van NAF 76 miljoen (cijfer 2001) te reduceren :

- fiscale voorstellen
- prijsregulerende voorstellen
- marktliberalisatie

De meeste voorstellen kunnen gecombineerd worden; voor enkele is dat zelfs een logische voorwaarde.

7.3.1 Fiscale voorstellen

Het gaat hier allereerst om de vrijstelling van de *invoerrechten* (i.c. 5,5% op verpakte geneesmiddelen), net zoals primaire levensbehoeften, zoals rijst en melk daarvan zijn vrijgesteld.

Door het elimineren van de invoerrechten kost dat niet alleen de overheid inkomsten, maar ook de importeur en de botica, aangezien zij hun winst mede maken over de door de importeur af te dragen invoerheffingen.

En daarnaast wordt vrijstelling van de *omzetbelasting* (OB)(2,5%) bepleit.⁴⁶ Ook hier derft de overheid inkomsten, maar geldt dat ook voor de botica's, vanwege dezelfde reden als bij de invoerrechten.

Gezamenlijk zouden deze maatregelen circa NAF 4 miljoen (afschaffen invoerrechten) en NAF 7,1 miljoen (afschaffen omzetbelasting) opbrengen, die voor NAF 2 miljoen ten koste gaan van de botica's en voor NAF 0.6 miljoen van de importeurs (en NAF 0,2 miljoen van overigen).

Met saldering verlies en winst voor overheid en beide zorgverzekeraars zou door beide maatregelen dus NAF 2,8 miljoen uit de geneesmiddelenketen gehaald kunnen worden (afschaffen van de invoerrechten is van beide het lucratiefst: kostenverlaging van NAF 1,8 miljoen) .

⁴⁵ De winstmarges liggen overigens per medicijnengroep verschillend: voor antibiotica liggen de wettelijk toegestane marges bijv. laag, op 10%, resp. 25%.

⁴⁶ De Inspectie voor de Volksgezondheid N.A. wijst er echter op dat er geen OB verschuldigd is voor receptgeneesmiddelen. Indien die toch in rekening wordt gebracht, dan dient deze niet door de verzekeraars vergoed te worden (Fontilus en Vos, 2002, p.8).

7.3.2 Prijsregulerende voorstellen

De volgende voorstellen werden gedaan:

a. invoering importprijsplafonds, gekoppeld aan het geneesmiddelenvergoedingssysteem

Er is voor de importeur (groothandel) geen enkele prikkel om goedkoop bij de importeur in te kopen. Integendeel, door de winstmargesystematiek stijgt zijn winst als hij duurder importeert, hogere transportkosten heeft en meer binnenlandse kosten.

Veelal treden lokale importeurs op als agenten van fabrikanten, waardoor zij het alleenrecht hebben op de distributie van een medicijn (*productmonopolie*).

Er is in 2002 onderzoek geweest naar een vergelijking van Curaçaose importprijzen met die van Nederlandse groothandels voor hetzelfde medicijnenpakket. Het bleek dat de Curaçaose groothandels voor 10 tot 15% konden besparen op de toenmalige fabrieksprijs.⁴⁷ Waarschijnlijk is dat verschil thans nog hoger geworden, doordat de gemiddelde prijzen van Nederlandse medicijnen vanaf 2002 ruim 12% zijn gedaald (vanaf 1996 bedraagt de daling 34% - zie hierna in paragraaf 7.5.2).

BZV en DEZ pleitten daarom voor een importprijsplafond, vergelijkbaar met de maximumprijzen die in Nederland gelden (op basis van de Wet Geneesmiddelenprijzen, de WGP), waarbij de importprijs tot stand komt op basis van een database met schaduwimportprijzen welke bijv. gebaseerd zijn op de VS en Nederland.⁴⁸ Tot deze maximumimportprijzen zouden de zorgverzekeraars de botica's dan voortaan gaan vergoeden. De botica's zouden dus scherper moeten inkopen, terwijl hen ook de mogelijkheid geboden zou worden om rechtstreeks te importeren, zonder tussenkomst van de lokale importeur (*parallelimport*; zie ook hierna in paragraaf 7.3.3, onder a).

Terecht wijst de Inspectie voor de Volksgezondheid N.A. er op dat het beter is om de berekende maximumimportprijs als wettelijke maximumprijs voor de fabrikant vast te stellen – net als in Nederland – i.p.v. als een maximumvergoeding voor de botica's (een soort geneesmiddelenvergoedingssysteem) (Fontilus en Vos, 2002, p.9). Dat geeft immers de meeste zekerheid. De kosten van de botica's kunnen op hun beurt op een andere wijze beheerst worden (zie hierna onder c).

Daarnaast werd in de BZV/DEZ-nota voorgesteld om het *geneesmiddelenvergoedingssysteem* (GVS) in te voeren, waarbij het generiek voorschrijven wordt gestimuleerd door uit te gaan van het prijsgemiddelde van een bepaald cluster substitueerbare medicijnen (met daarin de dure *spécialités* en de goedkopere generieke middelen), ook weer in navolging van Nederland. Dit GVS wordt echter niet verder uitgewerkt in het BZV/DEZ-rapport. Wij komen op het GVS terug in paragraaf 7.4.

Gelet op het hiervoor genoemde onderzoek dachten BZV en DEZ dat een besparing van 12,5% op de importprijs mogelijk moest zijn. Samen met de invoering van een GVS werd een besparing op de medicijnenkosten geraamd van NAF 9,5 miljoen, waarvan overigens 0,9 ten nadele van de overheid. Op de kosten van de fabrikant zou NAF 4,2 miljoen bespaard kunnen worden, op die van de importeur NAF 1,6 miljoen en op de botica NAF 2,5 miljoen (overigen: NAF 0,3 miljoen).

b. verlaging van de winstmarge van de importeur

De procentuele opslag voor winstmarge voor de lokale importeurs is maximaal 37% over zijn totale kostprijs, feitelijk is die 34% (cijfer van 2001). Dit is 2x zo hoog dan het margepercentage voor groothandels in Nederland.

In het BZV/DEZ-rapport werd voorgesteld om de maximaal toelaatbare winstmarge te verlagen van 37% naar 20%, hetgeen nog 2 tot 4 keer zo hoog zou zijn dan dat voor lokale groothandelaren van primaire levensbehoeften. De Inspectie voor de Volksgezondheid N.A. adviseerde overigens om niet lager te gaan dan 25% in 5 jaar tijd (Fontilus en Vos, 2002, p.11; zie ook: Fontilus, 2005, p.8).

Opbrengst van een maximale marge van 20% in termen van verlaging van medicijnenkosten zou NAF 8,1

⁴⁷ IMD Consultancy, Schaduwfabricering voor geneesmiddelen (20 maart 2002). Zie ook: BZV/DEZ, 2002, p.15.

⁴⁸ De Nederlandse maximumprijs richt zich op het gemiddelde niveau in België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië. Dit wordt wel het prijsmandjessysteem genoemd. Zie ook paragraaf 7.5.1, onder c.

miljoen bedragen, waarvan 0,7 ten nadele van de overheid.

Op de kosten van de importeur zou NAF 5,3 miljoen bespaard kunnen worden en op de botica NAF 2,1 miljoen.

c. verlaging van de winstmarge van de botica's

De procentuele opslag voor de winstmarge van de botica's is wettelijk vastgesteld op 50% over de verkoopprijs van de lokale importeur, feitelijk is die 39% gemiddeld (cijfer van 2001).

In het BZV/DEZ-rapport werd voorgesteld om die wettelijke marge te verlagen naar 25%. Argumenten daarvoor zijn onder meer:

- de maximale winstmarge van de lokale kleinhandel van overige primaire levensbehoeften lag nog lager, nl op 20%
- in Nederland lag het margepercentage van apothekers op circa 27% van de inkoopprijs. Inmiddels ligt dat overigens fors lager doordat apothekers op de korting die zij bedingen op de inkoopprijs, gemiddeld 16,5% (cijfer 2004) circa 6,8% weer af moeten dragen via de zgn. clawback (zie paragraaf 7.5.1, onder d). Zij houden dus ongeveer 10% van de inkoopprijs over. Dat is voor een gemiddelde apotheek € 54.000. Dat is de feitelijk winst, bovenop een gecalculeerd norminkomen van € 97.695 (vergoed via de receptregelvergoeding). Zie: ConQuaestor en Significant, 2007, a en b.⁴⁹

Een dergelijke maatregel zou NAF 7,4 miljoen opleveren aan kostenverlaging, waarvan 7,1 ten laste van botica's en 0,3 ten laste van de overheid.

De Inspectie voor de Volksgezondheid N.A. vond een dergelijke margekorting veel te ver gaan. De Inspectie waarschuwde tegen de "desastreuze gevolgen" voor verschillende apotheken en de kwaliteit van de zorg en adviseerde deze maatregel niet in te voeren, maar te focussen op andere maatregelen (waaronder het invoeren van een receptregelvergoeding (Fontilus en Vos, 2002, p.11).

d. invoering receptregelvergoeding

Een nominale 'afleververgoeding' (een vergoeding per receptregel) zou volgens BZV/DEZ ter vervanging kunnen dienen van de huidige winstmarge voor de botica.

Er zijn in het verleden al rekenexercities geweest over wat het bedrag per receptregel zou kunnen zijn. Volgens een onderzoek van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) in 2002 zou de receptregelvergoeding, waarmee alle boticakosten geacht worden vergoed te zijn, een bedrag van NAF 10,25 moeten bedragen.

BZV en DEZ stelden in 2002 voor om eerst de overige kostenbeheersingsmaatregelen te nemen en om daarna een herberekening te maken. Zij gingen er van uit dat de receptregelvergoeding dan lager zou uitpakken.

Tot de invoering van de hiervoor genoemde maatregelen is het echter niet gekomen. Vandaar dat BZV ook de receptregelvergoedingsystematiek heeft uitgesteld.

SVB daarentegen heeft per april 2006 wel een receptregelvergoeding ingevoerd, voor een bedrag van NAF 7, en daarmee het systeem van marges op de kostprijs afgeschaft (behalve voor goedkope producten, waarbij de marge lager ligt dan NAF 7). De botica's hebben afwijzend op dit (huns inziens veel te lage) bedrag gereageerd maar dat niet via juridische weg ongedaan kunnen maken. Naar alle waarschijnlijkheid heeft deze maatregel voor een kostenreductie gezorgd (al is niet bekend hoe hoog deze is).

7.3.3 Marktliberalisatie, gekoppeld aan invoering van een importprijsplafond

In het rapport van BZV/DEZ werd de lokale marge (voor zowel de importeur als de botica samen) op 86% berekend (1,34 x 1,39). In Nederland is deze veel lager: 49% (1,17 x 1,27). Er blijft dus te veel 'hangen' in de tussenhandel op Curaçao.

Indien de voorstellen van BZV/DEZ zouden worden opgevolgd (marges naar 20% voor de importeurs en 25% voor de botica's), zou een verlaging van 86% naar 50% het gevolg zijn.

In het BZV/DEZ-rapport wordt een lans gebroken voor het toelaten van meer concurrentie in de keten, zowel binnen een schakel van de keten (dus tussen importeurs onderling en botica's onderling) als tussen schakels van de keten, met name tussen de importeurs en de botica's. De hierna genoemde twee wegen daartoe zijn door BZV en DEZ geopend, maar uiteindelijk niet in een positief advies vervat.

⁴⁹ Zie voor een samenvatting: Pharmaceutisch Weekblad, 29 maart 2007

a. *liberalisatie van de import*

Allereerst het pleidooi om botica's rechtstreeks te laten importeren. Dat gebeurt in Europese landen ook (al dan niet via inkoopcoöperaties) en er zijn ook ziekenhuizen die direct importeren.

Het zou volgens BZV/DEZ dan wenselijk zijn om één import- en distributiemarge vast te stellen, bijvoorbeeld de eerder genoemde 50%.

Een van de redenen waarom *parallelimport* in Curaçao moeilijk is, is dat het blijkbaar vereist is dat de importeur een originele factuur van de fabrikant kan overleggen (ingevolge het landsbesluit Verpakte Geneesmiddelen). Volgens de Inspectie voor de Volksgezondheid N.A. berust deze eis op de garantie m.b.t. de kwaliteit van de geneesmiddelen en de productaansprakelijkheid van de fabriek, bijv. bij fabricagefouten (Fontilus en Vos, 2002, p.7).

Een ander probleem betreft de vraag in hoeverre de eisen die gesteld worden aan geïmporteerde medicijnen niet te streng zijn, mede gelet op het feit dat medicijnen (bijv. uit de Europese markt afkomstig) reeds uitvoerig getest zijn.

Voordat een geneesmiddel op de Curaçaose markt mag verschijnen, wordt het eerst getoetst door de Geneesmiddelenregistratiecommissie (waarin ook de Inspectie zitting heeft). Die toetst op:

- effectiviteit (werkt het?)
- veiligheid (heeft het geen negatieve bijwerkingen?)
- de kwaliteit van het middel (bijv. is het tropenbestendig?).

Volgens de Inspectie kan de procedure om toegelaten worden in 3 maanden worden doorlopen, mits het goed gedocumenteerde geneesmiddelen betreft (bijv. al zijn toegelaten tot de markt in de VS, Europa of Canada).

Volgens andere respondenten is het echter een moeizame zaak om parallelimport voor elkaar te krijgen – wellicht reden voor partijen om er daarom niet snel aan te beginnen.

De Inspectie, die niet staat te trappelen om parallelimport te stimuleren (hooguit als “stok achter de deur te beschouwen”), wijst er op dat vooral de in parallelimport gespecialiseerde kleinere groothandels in de wereld (de zgn. rugzakgroothandels) actief zijn op dit terrein (Fontilus en Vos, 2002, pp. 10 en 12).

b. *liberalisatie van de distributie*

In het BZV/DEZ-rapport werd ook geopperd om importeurs direct te laten leveren aan de patiënt of de mogelijkheid van integratie van de groothandel en de kleinhandel (dezelfde eigenaar). Volgens BZV/DEZ zouden beide varianten niet afwijken van de overige markten voor primaire levensbehoeften (supermarkten, resp. ‘wholesale stores’).

Een liberalisatie van de lokale geneesmiddelenmarkt, onder voorwaarde van een import- en distributiemarge van maximaal 50% kan volgens het rapport van BZV/DEZ leiden tot een aanmerkelijke daling van de kosten van de geneesmiddelenketen, te weten een daling van NAF 14,3 miljoen bij de importeurs en de botica's (en NAF 3,3 miljoen bij de overheid).

Wij merken daarbij op dat dergelijke bedragen voor een belangrijk deel samenvallen met de bedragen die eerder genoemd zijn in paragraaf 7.3.2, onder b en c.

7.3.4 Voorlopige beoordeling van de voorstellen van BZV en DEZ

Op basis van de argumentatie van BZV/DEZ, geconfronteerd met de argumenten van de Inspectie en een inschatting van de consequenties, kunnen we de volgende voorlopige balans opmaken:

- *afschaffen invoerrechten*: goed voorstel, maar kan moeilijk bij de overheid liggen (vanwege de gedeelde inkomsten);
- *afschaffen OB op geneesmiddelen*: minder effectief, aangezien het slechts tot een beperkte kostenbesparing leidt in de keten; bovendien zal het slecht bij de overheid liggen (vanwege de gedeelde inkomsten) (ook BZV/DEZ wijzen dit uiteindelijk af);
- *invoering prijsimportplafonds* (zonder GVS; daarop wordt ingegaan in paragraaf 7.4): goed voorstel, maar dan wel wettelijk vaststellen i.p.v. als vergoedingenlimiet gebruiken; kan op bezwaar van de fabrikanten rekenen, maar dat hoeft geen probleem te zijn;
- *verlaging van de winstmarge van de importeurs naar 20%*: goed voorstel; argumentatie van de Inspectie om hier terughoudend mee te zijn omdat er mogelijk ontslagen in deze branche zouden kunnen vallen miskent de noodzaak van kostenreductie en neigt naar misplaatst protectionisme; het

- voorstel zal leiden tot kritiek door de importeurs, maar dat hoeft geen reden te zijn om het voorstel niet uit te voeren;
- *verlaging van de winstmarge van de botica's naar 25%*: op zich een goed voorstel omdat dan de prikkel weggenomen wordt bij de botica's om duurdere geneesmiddelen te verstrekken, maar moet bezien worden in relatie tot de invoering van een receptregelvergoeding; argumentatie van de Inspectie om dit voorstel niet over te nemen omdat dat desastreuze gevolgen zou hebben voor de botica's miskent de noodzaak van kostenreductie en neigt naar misplaatst protectionisme – enige opschoning in het volstrekt te volle 'veld' van botica's (ruim 30 in getal) zou overigens heilzaam kunnen werken⁵⁰; het argument van de Inspectie dat het slecht is voor de kwaliteit van de zorg overtuigt volstrekt niet; tegenwerking van botica's is te verwachten, maar hier zal tactisch mee omgegaan dienen te worden vanwege overige maatregelen die de medewerking van de botica's vergen;
 - *invoering receptregelvergoeding*: goed voorstel (eventueel gecombineerd met een winstmargeregeling voor de goedkope producten, zoals SVB heeft), dat mogelijk tezamen op kan lopen met de beperking van de winstmarge voor de botica's, mits de invoering ervan maar leidt tot een substantiële kostenbesparing⁵¹;
 - *liberalisatie van de import*: goed voorstel, om enerzijds te gebruiken bij specifieke dure medicijnen die thans te duur worden ingekocht⁵², anderzijds als stok achter de deur voor het geval fabrikanten en importeurs weigerachtig zijn om aan de hiervoor genoemde overheidsmaatregelen mee te werken; met name van importeurs is bezwaar te verwachten, hetgeen verder geen probleem hoeft te zijn voor de realisatie ervan;
 - *liberalisatie van de distributie*: het is onduidelijk in hoeverre de integratie van groothandel en kleinhandel iets oplevert in termen van kostenreductie; derhalve eerst nader onderzoek naar doen.

We komen hierna op deze voorlopige beoordeling terug, nadat we de leerervaringen met dezelfde of vergelijkbare maatregelen in Nederland hebben geanalyseerd (in paragraaf 7.6).

Door de Inspectie voor de Volksgezondheid is berekend wat de financiële gevolgen zijn van de voorstellen van BZV/DEZ. In het BZV/DEZ-rapport zijn de voorstellen immers niet cumulatief doorgerekend. Deze gevolgen zijn zichtbaar gemaakt door de Inspectie voor de Volksgezondheid N.A., in [bijlage 6](#).

We lezen daarin dat de te verwachten kostenreductie van de vier maatregelen (introductie van de prijsplafonds, afschaffing van de invoerrechten en de beperking van de winstmarges voor de importeurs en voor de botica's) tezamen NAf 25,2 miljoen oplevert (75,9 -/- 50,7). Een deel daarvan (NAf 3,8 miljoen) is een inkomstenvermindering voor de overheid (minder OB en invoerrechten).

Per saldo is er dus circa NAf 21,4 miljoen 'publieke winst' te behalen met deze voorstellen, of met het equivalent ervan (kostenreducerende receptregelvergoeding i.p.v. verlaging winstmarge van botica's), uitgaande van de cijfers van 2001. Deze 'publieke winst' is 28% van de kosten van geneesmiddelen.

Door de kostenstijging van medicijnen sinds 2001 kan de potentiële nominale opbrengst inmiddels nog hoger zijn geworden.

⁵⁰ De Inspectie voert vreemd genoeg zelf nog het argument aan dat – “ondanks ernstige waarschuwingen van de kant van de Inspectie geneesmiddelen en de apothekersvereniging” de Dienst DEZ van het EGC in het verleden maar vestigingsvergunningen is blijven afgeven (Fontilus en Vos, 2002, p.6). Als er indertijd teveel botica's bij kwamen dan zou het verminderen van botica's toch geen probleem hoeven te zijn? Vanuit de hoek van apothekers wordt meer heil verwacht van het marktmechanisme dan van regulering van het aantal botica's. Zie: Botica de Savaan e.a., 2006, p. 2. In die zin accepteert men blijkbaar ook de vermindering van botica's die om bedrijfseconomische redenen het hoofd niet boven water kunnen houden en de deuren moeten sluiten.

⁵¹ Dus niet budgetneutraal, zoals voorgesteld wordt in het BZV/DEZ-rapport (p. 23), hoewel dat acceptabel zou zijn voor de botica's. Want dan wordt immers de huidige (te) hoge winstmarge meegenomen in de berekening van de receptregelvergoeding, en is er geen sprake van kostenreductie!

De substantiële kostenbesparing zou in orde van grootte equivalent kunnen zijn aan de kostenbesparing van de verlaging van de winstmarge van de botica's, dus ongeveer NAf 11,4 miljoen (dit cijfer is afgeleid uit de berekening van de Inspectie: zie bijlage 6).

⁵² Bijv. geneesmiddelen tegen kanker die thans via Nederland goedkoper geïmporteerd kunnen worden.

7.4 Overige voorstellen tot kostenreductie: het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS)

In navolging van Nederland besloot de Landsregering, op initiatief van het EGC, in de eerste helft van 2005 om alsnog het GVS in te voeren, nadat dat al eens vruchteloos in de tweede helft van de jaren negentig van de vorige eeuw was geprobeerd.

Kernpunt van het GVS is – volgens de Nota van Toelichting van het in procedure zijnde concept-Landsbesluit vergoeding kosten geneesmiddelen - dat er een maximale vergoeding per groep (cluster) van onderling vervangbare geneesmiddelen wordt vastgesteld.⁵³ Er blijken grote prijsverschillen te bestaan tussen medicijnen binnen dergelijke groepen. Er bestaat dan geen noodzaak om het duurste middel te blijven vergoeden. Vandaar dat er een vergoedingslimiet wordt vastgesteld, waarvan de hoogte net onder de gemiddelde prijs van de desbetreffende groep komt te liggen.

Om manipulatie te voorkomen, zal worden gewerkt met de prijzen van geneesmiddelen, zoals die op 1 mei 2005 golden. Indien twee of meer geneesmiddelen, die na 1 mei 2005 zijn geregistreerd, als onderling vervangbaar worden beschouwd, wordt bij de berekening van de vergoedingslimiet uitgegaan van het geneesmiddel met de laagst bekende prijs. Dit voorkomt dat de prijzen kunstmatig hoger worden.

De zorgverzekeraar zal dan alleen tot de vergoedingslimiet de medicijnen vergoeden – mocht aan de patiënt duurdere geneesmiddelen worden voorgeschreven (al dan niet op eigen verzoek) dan zal de patiënt het meerdere zelf bij moeten passen. Deze bijbetaling doet de patiënt aan de botica aangezien deze slechts vergoed wordt door de zorgverzekeraar (binnen de vergoedingslimiet). Het GVS-systeem gaat ervan uit dat patiënten bijbetaling willen voorkomen, met als gevolg dat er vaker goedkopere middelen worden voorgeschreven dan voorheen. Dit zou een substitutie van spécialités naar generieke middelen stimuleren.

De botica mag uitsluitend de werkelijke kosten in rekening brengen – vandaar dat het GVS wat beter past bij een receptregelsysteem (dat gebaseerd is op een norm voor de daadwerkelijke praktijkkosten van de apotheker) dan bij een winstmargesysteem.

De systematiek van het GVS, zoals hierboven verwoord, is zodanig dat er in beginsel weinig ruimte meer is voor de zorgverzekeraars om lagere prijzen te bedingen. Dat zou de doelmatigheid weer beperken. Vandaar dat het concept-Landsbesluit terecht de zorgverzekeraars ook de mogelijkheid biedt om te bepalen dat rechthebbenden slechts aanspraak kunnen maken op vergoeding van door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen (art. 5). Op deze manier kan de zorgverzekeraar de patiënt ‘binden’ aan een goedkoper middel dat volledig gelijkwaardig is aan het duurdere spécialité of generieke middel.⁵⁴ Dit mag echter niet ten koste gaan van de gezondheid van de patiënt, maar daar zal zelden sprake van zijn. In navolging van Nederland ligt de vergoedingslimiet op het gemiddelde van de prijzen. Er zijn echter ook landen met een GVS waarbij de limiet op een lager bedrag is gelegd.

Ten behoeve van de invoering van het GVS is een werkgroep in het leven geroepen, bestaande uit de beide overheden, de Inspectie voor de Volksgezondheid N.A., de beide grote zorgverzekeraars en de projectleider Kostenbeheersing Geneesmiddelen van het EGC. Deze werkgroep probeert om het GVS op zo kort mogelijke termijn in te voeren, maar de voorbereidingen hebben meer beslag op de tijd gelegd dan men verwacht had. Het concept-Landsbesluit en de contouren van de beheersstructuur zijn klaar, maar belangrijke afstemmingsbeslissingen tussen Land en EGC en een groot aantal implementatiestappen moeten nog genomen worden (zie: Rothweiler, 2007).

De directe besparing die de invoering van het GVS oplevert, is geraamd op 5% tot 10% van de jaarlijkse uitgaven voor medicijnen. Aanvullend geldt dat er door de invoering een directe stop wordt gezet op de min of meer autonome stijging van de uitgaven voor geneesmiddelen. Het totale beheersingseffect bedraagt dus minimaal 10% van de totale uitgaven op jaarbasis, zijnde circa NAF 10 miljoen (zie: GVS, 2006). Het moge duidelijk zijn dat hiermee vooral op de importprijzen van de fabrikanten wordt bespaard.⁵⁵

⁵³ Medicijnen worden als onderling vervangbaar aangemerkt indien zij:

- een gelijksoortige wijze van werking hebben,
- bij een gelijksoortig indicatiegebied kunnen worden toegepast,
- via een gelijke toedieningsweg worden toegediend.

⁵⁴ In Nederland wordt dit het preferentiebeleid genoemd; zie paragraaf 7.5.1, onder g.

⁵⁵ Het te besparen bedrag ligt in de buurt van het door BZV en DEZ geraamde bedrag indien een importplafond wordt ingevoerd (zie paragraaf 7.3.2, onder a).

7.5 Nederlandse ervaringen met kostenbeheersing en –reductie

In Nederlands is flink wat ervaring opgedaan met kostenbeheersing en –reductie in de geneesmiddelenmarkt. De aanvankelijk onstuimige groei van de kosten van medicijnen is gaandeweg ingedamd – hoewel de kosten in absolute zin nog steeds stijgen – waardoor de geneesmiddelenkosten tot de laagste van Europa behoren.

7.5.1 Ingevoerde maatregelen

De volgende maatregelen zijn er sinds eind jaren tachtig van de vorige eeuw genomen (zie daarover ondermeer: SFK, 2006; College voor zorgverzekeringen, 2007, a; Vektis, 2007).

a. *Stimulansregeling (1988 – 2000)*

Om de sterke groei van de kosten te beperken mochten de apothekers een derde deel van het prijsverschil tussen het generieke middel en het duurdere *spécialité* houden. Dit bevorderde generieke substitutie en zorgde aanvankelijk voor grote kostenbesparingen. De verschillen tussen generiek en *spécialité* werden echter geringer. Apothekers gingen vervolgens buiten de officiële inkooprijzen om kortingen bedingen bij fabrikanten van generieke middelen, in ruil voor omzet. Daardoor werden deze fabrikanten gedwongen hun prijzen kunstmatig hoog te houden. Zo werden de kortingen steeds hoger en de stimulans kleiner. Dit leidde tot afschaffing van de regeling.

b. *GVS (1991 - heden)*

Ook het doel van het GVS was om de kosten terug te dringen. De toenmalige ziekenfondsen kregen alleen nog een maximale vergoeding voor geneesmiddelen die onder de vergoedingslimiet vielen (voor de bepaling van deze limiet: zie hiervóór in paragraaf 7.4). De meeste particuliere verzekeraars namen deze limieten over. Zowel vlak na de invoering van het GVS als na de herijking van de vergoedingslimieten in 1999 zijn de geneesmiddelenuitgaven duidelijk gedaald.

Maar het effect doofde telkens na korte tijd al uit. De generieke prijzen werden nl. naar de gemiddelde prijs opgetrokken. Daardoor ontstond er ruimte voor de fabrikanten om met bonussen en kortingen te gaan concurreren, dus kregen de apothekers ook een hogere marge. Terwijl het de bedoeling was dat de patiënt zou kiezen voor het goedkoopste medicijn (omdat anders bijbetaling volgde) is dat effect nooit bereikt, enerzijds doordat de prijzen rond de limiet gingen hangen, anderzijds omdat de patiënt zich (daardoor?) niet interesseerde om de prijs. De slag om het marktaandeel werd dus niet via de patiënt, maar via de apotheker gevoerd die daar veel profijt van had.

De vergoedingslimieten zijn als een maximumprijs en vaak ook als feitelijke inkoopprijs gaan werken (omdat de prijs van de generieke middelen gingen stijgen richting de vergoedingslimiet).. Doordat de apothekers vooral konden verdienen door generieke middelen af te zetten heeft de generieke opmars fors doorgezet.

De Minister van Volksgezondheid heeft vervolgens op allerlei mogelijke manieren de bonussen en kortingen proberen af te romen bij de apothekers (zie hierna onder d en e).

Doordat vergoedingslimieten de afgelopen jaren niet meer zijn bijgesteld, is het effect van GVS al jaren uitgewerkt. De vergoedingslimieten zijn in de meeste gevallen hoger dan de toegestane maximumprijs ingevolge de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP). Alleen door nieuwe vergoedingslimieten vast te stellen en het systeem minder gevoelig te maken voor calculerend gedrag van marktpartijen, zou het GVS weer tot leven kunnen komen (zie hierna in paragraaf 7.5.2, onder a).

c. *Het prijsbeleid ingevolge de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP)(1996 – heden)*

De WGP is per 1996 ingevoerd en bepaalt dat de officiële lijstprijzen van geneesmiddelenleveranciers niet hoger mogen zijn dan de gemiddelde prijs in Nederland omringende landen (België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië). Als gevolg van de invoering van deze wet daalden de prijzen van de receptgeneesmiddelen in 1996 met maar liefst 15%.

Twee maal per jaar stelt de overheid de maximumprijzen bij op basis van actuele gegevens uit de omringende landen. Zo werkt bijv. een vijfjarig convenant uit 2004 van de Britse regering met de farmaceutische industrie (daling van de geneesmiddelenprijzen met 7%) door in Nederland.

Mede vanwege de sterke euro en het prijsbeleid in de andere landen zijn diverse maximumprijzen de afgelopen jaren gedaald (zie: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2006, p. 39).

d. Clawback (1998 – heden)

Als reactie op de hoge kortingen en bonussen aan apothekers (zie hiervóór onder b), stelde Minister Borst een afslag (korting) op de inkoopvergoeding in, de zgn. clawback. Dit betekende dat de zorgverzekeraars een deel minder aan materiaalkosten hoefden te betalen. De clawback had geen betrekking op de praktijkkosten. In eerste instantie bedroeg de clawback 4,77% op alle geneesmiddelen, uitgezonderd de medicijnen die op een nullijst stonden. Vanaf 1999 werd de nullijst ingeruild voor een lager kortingspercentage (3,5% voor alle medicijnen). Vanaf 2000 bedraagt de korting 6,82% van de apothekersinkoopprijs met een maximum van € 6,80 per recept.

Overigens probeerde Minister De Geus om in 2003 een gedifferentieerde – en per saldo hogere – clawback in te voeren, nl. een clawback van 8% op single-source geneesmiddelen (met max. van € 9,-) en van 40% op multi-source middelen (met max. van € 20).⁵⁶ Deze poging strandde bij de rechter die de maatregel nietig verklaarde, omdat te weinig rekening was gehouden met de mogelijke gevolgen voor de individuele apotheker.

e. Inhouding op de receptregelvergoeding (2002 – heden)

Naast de korting op de vergoeding voor de materiaalkosten (de clawback), heeft de overheid ook een deel van de ontvangen kortingen van apothekers afgeroomd door een bevriezing van de receptregelvergoeding vanaf 2002 op € 6,10. Daardoor krijgen de apothekers geen reële vergoeding voor hun apotheekkosten meer (die had anders inmiddels € 8,24 moeten zijn; zie ConQuaestor en Significant, 2007, a). De omvang van deze maatregel voor 2007 wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit ingeschat op € 220 miljoen (Vektis, 2007, p. 19).

f. Diverse convenanten (2004 - heden)

Vanaf 2004 zijn er door betrokken partijen convenanten afgesloten om middels prijsverlagingen kosten te verlagen.

Op initiatief van het Ministerie van VWS hebben begin 2004 de KNMP (farmaciebranche), Zorgverzekeraars Nederland en Bogin (branche van generieke geneesmiddelenindustrie) en het Ministerie een convenant gesloten met als strekking dat de prijzen van generieke receptgeneesmiddelen zouden moeten dalen tot 40% onder het niveau van 1 jan. 2004, hetgeen gebeurde en een besparing opleverde van € 576 miljoen.

In een aanvullend convenant 2005 werd met de nieuwe convenantpartij Nefarma (fabrikanten van specialité-medicijnen) afgesproken dat ook deze fabrikanten via forse prijsverlagingen van de specialités een substantiële bijdrage zouden leveren aan de besparingsdoelstelling van de overheid. En ook voor 2006 en 2007 zijn dergelijke convenanten afgesloten (voor 2007 staat bijna € 1 miljard aan besparingen gepland).

Overigens was ook onderdeel van de ‘deal’ dat gedurende de looptijd van de convenanten geen aanpassing van de vergoedingenlimiet van het GVS zou plaatsvinden.

In paragraaf 4.2.1. zijn deze convenanten al aan de orde geweest.

In totaal hebben de convenanten van 2004 - 2006 al € 2,2 miljard aan besparingen opgeleverd. Hierbij zij aangetekend dat de realisatie van de opbrengstdoelstellingen niet alleen van prijsdalingen maar ook van volumes afhankelijk is. Zo kon de doelstelling voor 2006 worden gehaald zonder dat de fabrikanten hun prijzen hoefden aan te passen (Vektis, 2007, p. 18).

Bij de berekening van de kostenbesparing wordt de werkelijke prijs vergeleken met de WGP-prijs van hetzelfde moment. Voor een groot aantal geneesmiddelen ligt die prijs veel lager dan de prijs uit januari 2004. Ruim de helft van de ‘opbrengst’ van 2007 is daarmee op het conto te schrijven van de verlaging van de WGP-prijs, en zou zonder convenant ook zijn gerealiseerd (Vektis, 2007, p. 19).

g. Preferentiebeleid van zorgverzekeraars (2005 – heden)

Het preferentiebeleid heeft tot doel om te komen tot meer prijsconcurrentie i.p.v. margeconcurrentie die thans bestaat (de inkoopmarge voor de apothekers). Het is per 1 juli 2005 ingevoerd door vijf grote zorgverzekeraars (VGZ, CZ, Menzis, Agis en Univé), later sloten sommige anderen zich daarbij aan.

Het preferentiebeleid houdt in dat zorgverzekeraars bepalen welke producten, per werkzame stof, door de verzekering wordt vergoed. Niet-preferente middelen worden niet vergoed aan de apotheker, tenzij de arts hiervoor een medische reden aangeeft.

Zorgverzekeraars wijzen geneesmiddelen aan (preferent maken) voor elk cluster waarvoor zij een

⁵⁶ Single-source geneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvan alleen spécialités op de markt zijn; multi-source geneesmiddelen hebben minimaal een generiek middel op de markt.

preferentiebeleid willen voeren. Zij kiezen een geneesmiddel met een prijs dat binnen een marge van 5% van de laagste prijs ligt in dat cluster. Gedurende de preferentieperiode (half jaar) mag de prijs van dat middel niet omhoog gaan, anders wordt het niet-preferent.

Tot en met december 2007 wordt er voorlopig alleen preferentiebeleid gevoerd m.b.t. de cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine en de maagzuurremmers omeprazol.

Het effect van het preventiebeleid tot op heden is dat het nog niet heeft geleid tot prijsconcurrentie (er zijn geen prijzen door omlaag gegaan), maar wel tot een kostenbesparing op geneesmiddelen omdat er een forse generieke substitutie heeft plaatsgevonden (de spécialités zijn niet-preferent); zie: Vektis, 2007, p.26. Deze generieke substitutie leverde de deelnemende verzekeringen aanvankelijk enkele miljoenen euro's op jaarbasis op⁵⁷, maar deze besparing is afgenomen omdat onder druk van het WGP de spécialités al tweemaal verlaagd zijn.

7.5.2 Recapitulatie stand van zaken en leerervaringen

Ondanks het feit dat twee van de hiervoor genoemde maatregelen reeds snel hun werking verloren, hebben de genoemde maatregelen in totaal vele miljarden euro's aan kostenbesparing opgeleverd. Alleen al de convenanten van 2004 tot en met 2007 zullen waarschijnlijk zo'n € 3,2 miljard aan opbrengst hebben, al komt een deel van de 'opbrengst' ook voort uit het geneesmiddelenprijsbeleid van de overheid ingevolge de WGP.

Een andere indicatie van het (relatieve) succes van de diverse maatregelen is dat vanaf 1996 de prijzen van receptgeneesmiddelen in Nederland met 34% zijn gedaald (bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen⁵⁸). Belangrijkste veroorzakers daarvan zijn de WGP en de convenanten. Dat niettemin de totale geneesmiddelenkosten stijgen is vooral te wijten aan de volumetoename (meer verstrekte geneesmiddelen) en het op de markt komen van extra dure medicijnen die meer aftrek hebben gekregen.

Een belangrijke bijdrage aan de beperking van de kosten heeft de generieke substitutie geleverd. Op dit moment is 56% van de geneesmiddelen een generiek middel en dat percentage lag tien jaar geleden op de helft ervan.⁵⁹

Per maatregel zijn er leerervaringen te trekken.

a. *Herziening van het GVS*

Het GVS werkt al lang niet meer en moet of herzien of afgeschaft worden.

Begin 2007 heeft het College voor zorgverzekeringen (Cvz) een voorstel tot modernisering van het GVS aan de Minister gestuurd. Kernwijzigingen zijn:

- Het begrip 'onderlinge vervangbaarheid' wordt vervangen door het begrip 'therapeutische gelijkwaardigheid'. Terwijl het huidige GVS voorziet in een clustering van medicijnen op basis van indicatiegebied, toedieningswijze en afwezigheid van verschillen in eigenschappen, zoals leeftijd, stelt het Cvs-plan voor om een indeling in groepen te laten plaatsvinden op therapeutisch niveau, waarbij het werkingsmechanisme geneesmiddelen van elkaar onderscheidt. Daarbij is er een belangrijk nieuw aanvullend criterium bepalend voor de clustering van medicijnen, nl. de aan- of afwezigheid van een overtuigend bewijs voor farmacotherapeutische meerwaarde.⁶⁰ Indien er geen sprake is van een

⁵⁷ In de tweede helft van 2005 was de besparing € 2,1 miljoen en in 2006 € 3 miljoen. Daar staat tegenover dat er extra kosten zijn voor de huisarts (door het omzetten van een patiënt op een ander medicijn), voor de verzekeraars en de apotheker. Zie het Pharmaceutisch Weekblad, 15 februari 2007.

⁵⁸ Zie: Pharmaceutisch Weekblad 1 juni 2007.

⁵⁹ In Nederland is er een gestage opmars van de generieke medicijnen merkbaar. Was dat aandeel in 1995 nog slechts 28%, in 2005 was dat al 50% van alle verstrekkingen, tegenover 35% spécialités, 7% parallelgeïmporteerde medicijnen, 3% verbandmiddelen en 1% eigen bereidingen (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2006, pp. 32-34). Volgens een andere bron is het aandeel in 2006 toegenomen tot 56% (Vektis, 2007, p. 3). Opgemerkt zij dat de cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) en die van Vektis niet helemaal vergelijkbaar zijn. SFK betreft de cijfers van de openbare apotheken (dus niet van de apotheekhoudende huisartsen) en Vektis van de zorgverzekeraars (dus geen cijfers over onverzekerden).

⁶⁰ Er is volgens het Cvs-plan sprake van een dergelijke meerwaarde indien een middel zich onderscheidt op basis van: werkzaamheid, effectiviteit, bijwerkingen, ervaring, toepasbaarheid en gebruikersgemak.

- dergelijke meerwaarde wordt het betreffende middel niet in het GVS opgenomen. Voor middelen die wel worden opgenomen zal de nieuwe clustering tot een andere vergoedingslimiet kunnen leiden.
- Voortaan zou de limiet niet meer bepaald worden door de gemiddelde prijs van de groep, maar door het eerste middel in een therapeutische groep. Dit kan tot forse daling van prijzen (of bijbetalingen door de patiënt) leiden.⁶¹
 - Er vindt een eenmalige korting (afslag) plaats op de vergoedingslimiet bij het verlopen van het octrooi, mits er generieke middelen op de markt komen. Daarbij kan de Minister ook bepalen om voor geneesmiddelen in dezelfde therapeutische klasse en met dezelfde werkbare stof maar met een andere farmaceutische vorm, de vergoedingslimiet aan te passen.
 - De afslag is voor elk geneesmiddel hetzelfde, nl. 40% (in het voorstel van het Cvz).
 - Naast een eenmalige afslag volgt een jaarlijkse herijking van de vergoedingslimiet. Deze herijking is gekoppeld aan een gewogen gemiddelde van de maximumprijzen van de WGP.

Een van de kritiepunten op dit Cvz-plan is dat het nieuwe systeem in sommige gevallen zou kunnen leiden tot bijbetalingen door de patiënten. Dat zal zeker plaatsvinden als er geen ‘vrijloper’ (een middel dat geen bijbetaling vergt) in de therapeutische klasse aanwezig is. Aan de andere kant zouden bijbetalingen een sturende werking kunnen hebben in het voorschrijfgedrag van artsen (en tot kostenbewustzijn bij patiënten).

Het nieuwe GVS zal overigens nauwelijks kunnen bijdragen aan de bonussen en kortingen in de geneesmiddelenmarkt (Vektis, 2007, p.23-24).

Gelet op het feit dat de Minister medio 2007 nog geen besluit heeft genomen over de herziening van het GVS, valt een invoering per 1 januari 2008 al niet meer te verwachten.

b. Het prijsbeleid

Het prijsbeleid ingevolgde de WGP werkt naar behoren. Het heeft tot een forse daling van de medicijnenprijzen geleid en doet dat nog steeds. Het is overigens wel afhankelijk van de prijsontwikkeling in de West-Europese landen, en dat kan ook een keer tegenzitten.

c. Afroming van de kortingen en bonussen van de apothekers of reële receptregelvergoeding?

Des discussie over de kortingen en bonussen is in Nederland medio 2007 weer opgeblaaid n.a.v. het onderzoek van ConQuaestor & Significant (2007, b). Hierin zijn de inkoopvoordelen voor het jaar 2004 becijferd op € 582 miljoen (excl. BTW). Volgens de onderzoekers komt dit overeen met een gemiddelde korting van 16,5%, waarbij aangetekend moet worden dat hiervan de clawback van 6,82% nog afgaat. Feitelijk houden de apothekers dus 10% over op ingekochte medicijnen. Voor een gemiddelde praktijk hield een apotheker daarmee € 213.000 over.

Ze komen echter wel tekort op de vergoeding van de praktijkkosten via de receptregelvergoeding. Volgens een ander onderzoek van ConQuaestor & Significant (2007, a) zijn de gemiddelde praktijkkosten ongeveer € 500.000 (excl. de vergoeding voor de ‘eerste’ apotheker), ofwel € 598.000, incl. de normvergoeding voor de ‘eerste’ apotheker. Daarmee komt een apotheker in dezelfde gemiddelde praktijk € 159.000 tekort aan de receptregelvergoeding, waardoor er nog een inkoopvoordeel resteert van € 54.000 (= 213.000 -/ - 159.000) bovenop het berekende norminkomen van bijna € 98.000).⁶²

De politiek bezint zich momenteel op de vraag of en zo ja hoe dit inkoopvoordeel afgeroomd zou moeten worden, via het afschaffen (verbieden) van de kortingen of bonussen en het tegelijkertijd ophogen van de receptregelvergoeding, of door aanpassingen binnen het huidige apothekerskostenregime.

d. De convenanten

De convenanten hebben ontegenzeggelijk grote besparingen opgeleverd, die de kostenstijging van de geneesmiddelenmarkt hebben ingetoomd. Ze moeten vooral in het licht gezien worden van tegenvallende

⁶¹ Dat zou bijvoorbeeld betekenen dat ‘me-too’ geneesmiddelen, die doorgaans veel duurder zijn dan het ‘eerste’ middel in de therapeutische groep voortaan niet hoger vergoed gaan worden dan dat eerste middel. Bijv. ‘me-too’ middelen als Rosuvastine (merknaam Crestor) of atorvastatine (merknaam Lipitor), die veel duurder zijn dan ‘simvastatine’ (merknaam: Zocor), zouden n.a.v. het Cvs-voorstel of fors in prijs moeten zakken of niet meer volledig vergoed worden door de zorgverzekeraar. Aangezien het hier om ‘blockbusters’ gaat (grote omzet, hoge prijs) zou dat een enorme kostenbesparing met zich brengen.

⁶² Zie Pharmaceutisch Weekblad, 29 maart 2007.

kostenbesparing van andere maatregelen, zoals het GVS.

Het is de vraag of er nog vergelijkbare convenanten met de fabrikanten zullen komen, indien een gemoderniseerd GVS (per 2009?) wordt ingevoerd. De convenanten tonen echter wel aan dat, indien bepaalde maatregelen onvoldoende effect sorteren, de overheid via dergelijke convenanten een forse besparing kan halen. Vooral de medewerking van de fabrikanten van generieke middelen (in het eerste convenant) was belangrijk. Dit heeft voor een flinke generieke substitutie gezorgd (die uiteraard ook voordelig was voor deze fabrikanten).

e. Het preferentiebeleid

Het preferentiebeleid moet vooral gezien worden als aanvullend op de bestaande maatregelen. Het heeft een bescheiden opbrengst gehad, mede omdat het nog niet door alle zorgverzekeraars en slechts op drie middelen is toegepast. Het doel van prijsconcurrentie is echter niet gerealiseerd. Dat effect is wellicht beter te bereiken indien een beperkt aantal middelen met de laagste prijs binnen een cluster preferent worden (zie voor dit pleidooi: Vektis, 2007, p.26). Het verdient in ieder geval aanbeveling om het aantal clusters uit te breiden waarbij preferentie wordt toegepast. Dat zal meer opbrengst kunnen genereren.

Zeker als aanvulling op een eventueel gemoderniseerd GVS zou zo'n instrument de zorgverzekeraars een goede dienst kunnen bewijzen.

7.5.3 Enkele scenario's voor een kostenbeheersend geneesmiddelenstelsel

In Nederland zal men de komende periode de kostenbeheersingsinstrumenten moeten gaan herijken, omdat de kortings- en bonussen van apothekers op de tocht staan, het GVS gemoderniseerd moet worden (of ten grave gedragen) en het convenant met de fabrikanten over 2006/2007 aan het eind van het jaar afloopt.

Op basis van de leerervaringen, zoals geschetst in de vorige paragraaf, zijn er enkele realistische scenario's te ontwikkelen.

Item van de scenario's 1.a en 1.b: Modernisering van het GVS of niet?

Scenario 1.a: Modernisering GVS

Met een gemoderniseerd GVS wordt een beheersingsinstrument geïntroduceerd dat vrij precies aangeeft wat de gevolgen voor alle partijen zijn. Dat is een eminent voordeel. Het leidt niet tot verrassingen, en hoeft niet elk jaar opnieuw uitonderhandeld te worden, zoals bij een convenant. Het anticipeert ook op nieuwe ontwikkelingen, zoals het telkens maar in de markt brengen van 'me-too' geneesmiddelen.

Mogelijke problemen zijn: de juridische hardheid van het nieuwe systeem (enkele reacties uit het veld hebben dit punt ook genoemd) en de vergrote kans op bijbetalingen door de patiënten (met kans op weerstand vanuit de samenleving). Dit laatste punt is wellicht op te lossen door te zorgen dat er in ieder geval een 'vrijloper' in elk cluster voorkomt. Maar meer principieel van aard zou ook staande gehouden kunnen worden dat bijbetalingen juist goed voor het systeem zijn vanuit kostenbeheersingspunt. Bijbetalingen leiden tot alerter voorschrijfgedrag van artsen (niet te snel voor het duurdere medicijn kiezen om de patiënt niet te belasten) en mogelijk tot een kostenbewuster patiënt.⁶³

Scenario 1.b: Afschaffing GVS, sturing via convenanten

In feite lijkt dit scenario het meest op de huidige praktijk. Tot op heden hebben de convenanten goed gewerkt (al komt een groot deel van de 'opbrengst' door de verlaging van de maximum WGP-prijzen). Voordeel is dat een eenmaal afgesloten convenant draagvlak heeft bij de fabrikanten, die tot op heden loyaal hebben meegewerkt.

Maar het blijven convenanten die alleen door de fabrikanten gesloten worden als zij er nog 'goed uit springen'. Daarmee is het een weinig solide instrument, dat niet afgedwongen kan worden (dan heeft men toch een instrument als GVS of een aangescherpt WGP-systeem nodig). Bovendien leidt het niet automatisch tot prijsdalingen, maar kan de besparingsdoelstelling ook gehaald worden door volume groei.

⁶³ Door enkele gezondheidseconomen is de suggestie gedaan om - naar Duits voorbeeld - de eigen betalingen van de patiënt als prikkel in het GVS te versterken door patiënten die medicijnen krijgen die tenminste 30% beneden de vergoedingslimiet liggen vrij te stellen van de vaste eigen bijdrage, die per 2008 wordt ingevoerd, van bijvoorbeeld 5 euro per medicijn. Dit zou de vraag naar dergelijke goedkope geneesmiddelen kunnen versterken, waardoor fabrikanten een prikkel krijgen om prijzen te verlagen. Zie: W. Brouwer, F. Rutten en E. Schut, Dure medicijnen geen schuld van de apothekers, in: NRC Handelsblad, 9 mei 2007. Een dergelijk voorstel is inderdaad het overwegen waard.

Al met al lijkt scenario 1.a het meest solide, en met de grootste kans op kostenbeheersing en –reductie, zij het dat dit pas duidelijk wordt als alle details van het GVS zijn ingevuld. Afhankelijk daarvan kan het aanvullend nog zinvol zijn een convenant of contract op uitvoeringsaspecten te sluiten, indien noodzakelijk en tegelijkertijd acceptabel voor de fabrikanten.⁶⁴

Item van de scenario's 2.a en 2.b: Hoe om te gaan met de apothekersinkoopvoordelen?

Scenario 2.a: Verbieden apothekersinkoopvoordelen

Het verbieden dat apothekers niet gemaakte kosten van medicijnen bij de zorgverzekeraars (of aanvullend bij patiënten) in rekening brengen lijkt het meest simpel. Tegelijkertijd zou dan de receptregelvergoeding verhoogd moeten worden (met ruim 2 euro) ter dekking van de praktijkkosten van de apotheker. Het extra inkoopvoordeel (door ConQuaestor & Significant geraamd op € 54.000 in 2004) kan komen te vervallen.

Aan dit scenario kleven echter twee nadelen. Allereerst is het lang niet uitgesloten dat er – via slimme sluiptwegen – toch weer bonussen en kortingen gegeven worden (zie de ervaringen van de Stimulansregeling). Op de tweede plaats zijn apothekers goede inkopers gebleken die expertise bezitten om marges bij de fabrikanten te benutten. Deze ‘countervailing power’ tegenover de fabrikanten zou wellicht ook door de zorgverzekeraars overgenomen kunnen worden (via het preferentiebeleid), maar dat is nog geen praktijk.

Scenario 2.b: Apothekersinkoopvoordelen grotendeels blijven afkomen via clawback en huidige lage receptregelvergoeding

Dit scenario is een voortzetting van de huidige praktijk, al mag verwacht worden dat - gelet op het onderzoek van ConQuaestor & Significant – de clawback verhoogd zou kunnen worden, teneinde het extra inkoopvoordeel van € 54.000 (cijfer van 2004) ook grotendeels af te romen. Een variant op de (indertijd door de rechter verworpen) maatregel van De Geus zou ontwikkeld kunnen worden, m.n. om een onderscheid te kunnen maken tussen single-source geneesmiddelen en multi-source middelen.

Dit scenario heeft als voordeel dat gebruik wordt gemaakt van de inkoopexpertise van de apothekers, die dan flink moeten onderhandelen met de fabrikanten willen ze de afroming kunnen compenseren. Bovendien zijn de maatregelen relatief makkelijk te continueren door de overheid.

Nadeel vergeleken met 2.a is dat het toelaten van extra inkoopvoordeel voor de samenleving niet helemaal transparant is, terwijl de burgers – via de premies – de kosten van medicijnen wel moeten betalen.

Ondanks dat laatste argument lijkt scenario 2.b toch het meest voor de hand te liggen. Zolang de overheid redelijk inzicht heeft in de inkoopvoordelen (door daar frequent onderzoek naar te laten doen) kan afroming een adequaat middel blijven, terwijl optimaal wordt geprofiteerd van de inkoopexpertise van de apotheker. Opgemerkt zij dat er in Nederland inmiddels ook gedacht wordt over een geheel nieuw tariefsysteem voor apothekers. In dat systeem is er differentiatie tussen de soorten diensten van de apotheker en wordt het tarief vastgesteld na onderhandeling tussen de zorgverzekeraars en de apothekers. Er is dan sprake van vrije tarieven. Deze nieuwe ontwikkeling is nog geen praktijk en is daarom niet verder bij de voorstellen betrokken. Zie bijlage 7.

Elk van de scenario's van 1 is combineerbaar met elk van de scenario's van 2, zodat er 4 ‘volledige’ scenario's zijn. De combinatie van scenario's 1.a en 2.b is het meest kansrijk om de kosten in Nederland te beheersen.

In alle gekozen scenario's blijft overigens het prijsbeleid via de WGP bestaan, al zal de werking ervan bij scenario 1.a (indien er relatief lage vergoedingslimieten worden vastgesteld) het geringst blijven. Voor de jaarlijkse herziening is de WGP echter nodig.

Ook het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars kan bij elk van de scenario's toegepast blijven, zij het dat dit

⁶⁴ Een voorbeeld daarvan treffen we aan in het Cvz-rapport. Als alternatief van het uitsluiten van een hogere vergoeding van een medicijn dat alleen voor een deelgroep van patiënten een therapeutische meerwaarde heeft, terwijl een hogere vergoeding voor deze deelgroep wel voor de hand zou liggen, maar tot veel administratieve rompslomp zou leiden, geeft het Cvz als oplossing om een volumecontract af te sluiten tussen overheid en fabrikant van dat geneesmiddel. Zie College voor zorgverzekeringen, 2007 a, p. 41.

waarschijnlijk ook de minste ‘opbrengst’ heeft bij scenario 1.a indien er relatief lage vergoedingslimieten worden vastgesteld. Het preferentiebeleid kan zich bij scenario 2.a beter ontwikkelen dan bij scenario 2.b, al moet men zich afvragen of zorgverzekeraars (op dit moment) betere onderhandelaars zijn dan apothekers.

Conclusies:

In de Nederlandse situatie zou kostenbeheersing en –reductie het best gestalte kunnen krijgen door een combinatie van:

- *modernisering van het GVS via de weg die het Cvz recent heeft geschetst, zij het dat in nog te nemen deelbesluiten kostenbeheersingmotieven dominant moeten zijn en enkele aanpassingen overwogen dienen te worden (bijv. verdisconteren van een ‘vrijloper’);*
- *de afroaming van inkoopvoordelen van apothekers via de clawback (die hoger kan worden) gecombineerd met een lage receptregelvergoeding (zoals thans);*
- *continuering van het prijsbeleid ingevolge de Wet geneesmiddelenprijzen;*
- *het uitbreiden van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (op meer clusters van toepassing verklaren).*

7.6 Maatregelen om de kosten te beheersen en te reduceren op Curaçao

We zullen in deze paragraaf bezien welke maatregelen het best genomen kunnen worden, gelet op de eerdere advisering hieromtrent (de paragrafen 7.3 en 7.4) en de Nederlandse leerervaringen. De reeds afgewezen voorstellen in paragraaf 7.3.4 zullen niet herhaald worden.

a. Afschaffing invoerrechten

Dit is een goed voorstel, indien er op enigerwijze sprake zal blijven van een margesysteem (marge voor de distributeurs en/of botica’s), aangezien de hogere kosten (door de invoerrechten) dan doorwerken in deze marges.

De opbrengst ervan, in termen van kostenverlaging, is ongewis (hangt af van de hoogte van de toe te laten marges – zie hierna, onder d en f).

b. Invoering prijsimportplafonds

Het stellen van maxima aan de geïmporteerde geneesmiddelen is een goede zaak. Een dergelijke maximering zou via een prijsbeleid, zoals de Nederlandse WGP (met een mandjessysteem, waarbij prijsontwikkelingen (lees: -dalingen) elders doorwerken in de Curaçaose maximumprijzen. Het valt aan te bevelen om niet alleen (of wellicht: helemaal niet) landen uit de regio als referentielanden te nemen (die hebben over het algemeen nog geen kostenbeheersingstraditie), maar landen waar er al langere tijd overheidsinterventie in de geneesmiddelenmarkt bestaat (zoals Europese landen). Bovendien kan een Curaçaose WGP als sluitstuk van een GVS fungeren (in het kader van bijv. jaarlijkse vergoedingslimietherijkingen).

c. Invoering GVS

De invoering van een GVS zonder voldoende krachtige kostenbeheersing zal, gezien de Nederlandse ervaringen, weinig kunnen betekenen. De Curaçaose variant is al wel robuuster dan het vigerende Nederlandse GVS. Toch is het wijs om de huidige verbeteringsvoorstellen die gedaan zijn door het Nederlandse College voor zorgverzekeringen (zie paragraaf 7.5.2, onder a) te betrekken bij het thans voorliggende Curaçaose GVS-plan. Zeker als men in Curaçao qua sturingssystematiek en data nauw aan wil sluiten bij de Nederlandse expertise, is zo’n koppeling aan te bevelen (al is het nog niet zeker dat het Cvs-plan wordt overgenomen door de Nederlandse regering). Het verdient ook aanbeveling om grotere kostenprijkkels voor de patiënt (dan thans in Nederland) in te bouwen via de eigen bijdrage bij dure medicijnen.

Afhankelijk van de gestelde maxima en GVS-vergoedingslimieten, zouden maatregelen b en c samen grofweg een besparing van tussen 10 en 15 miljoen NAF moeten kunnen opleveren (vooral ten nadele van de fabrikanten en in mindere mate van de importeurs), terwijl daarmee ook toekomstige prijsverhogingen worden ingeperkt.

d. Verlaging van de winstmarge van de importeurs

Verlaging van de winstmarge naar 20% of zelfs minder is heel acceptabel vanuit een oogpunt van kostenbeheersing en redelijkheid. Tot nu toe hebben de importeurs al erg lang van de voor hen voordelige situatie (amper inmenging van de overheid in de markt) kunnen profiteren. Op basis van een financieel goed onderbouwde marktanalyse kan de overheid zich juridisch sterk maken om nu fors in te grijpen. Dat zal ongetwijfeld nadelige effecten hebben voor de groothandel, maar anders is er geen realistische besparing te bereiken.

Een opbrengt van een dergelijke maatregel hangt af van de kostenbesparing die maatregelen a t/m c al hebben opgeleverd (prijsverlagingen werken allemaal door in de marge voor de groothandel), maar zou toch zo'n 4 à 5 miljoen NAF kunnen opleveren.

e. Vergroten mogelijkheden parallelimport

De overheid en zorgverzekeraars doen er goed aan om zich te bezinnen op wegen om buiten de lokale importeurs om medicijnen te importeren, bijv. via een inkooporganisatie die gerund wordt door de zorgverzekeraars en SEHOS gezamenlijk (eventueel samen met enkele botica's).

Met een dergelijke mogelijkheid tot parallelimport hebben deze partijen ijzers in het vuur die nodig kunnen zijn indien de fabrikanten en importeurs de kostenbeheersingsmaatregelen willen blokkeren (bijv. via een tijdelijke importboycot).

f. Verlaging marges voor de botica's in relatie tot invoering receptregelvergoeding

Er zijn grofweg drie manieren om het huidige prijsopdrijvend distributiesysteem te beteugelen:

- f.1 via een forse verlaging van de marges (bijv. naar 25%, zoals voorgesteld in het BZV/DEZ-rapport of zelfs lager: 20%);
- f.2 via de invoering van de receptregelvergoeding (zoals SVB al gedaan heeft), maar dan met een norminkomencomponent voor de eerste apotheker en met afroaming van de huidige (hoge) winstmarges (deze gaan dan naar 0); in dat geval mogen er geen inkoopvoordelen tussen importeur en botica (meer) bestaan;
- f.3 een variant op f.2, maar waarbij botica's de mogelijkheid krijgen inkoopvoordelen (kortingen en bonussen) te bedingen, die echter tegelijkertijd leiden tot een lagere receptregelvergoeding al dan niet gecombineerd met een clawback, zoals in Nederland.

Gelet op het feit dat variant f.3 gebruik maakt van de inkoopexpertise van botica's en deze paart aan een maximale afroaming van de (onnodige) marges van de botica's, geniet deze variant een lichte voorkeur. Maar dan is het wel belangrijk dat er meer transparantie komt in de kostenopbouw en winsten van de botica's, in relatie tot de te genereren inkoopvoordelen.⁶⁵

Op den duur is wellicht een tariefsysteem voor botica's mogelijk, dat gebaseerd is op onderhandelingen met de zorgverzekeraars; het lijkt beter om de Nederlandse ontwikkelingen hieromtrent af te wachten (zie [bijlage 7](#))

De opbrengst van een van deze maatregelen hangt af van de kostenbesparing die eerder genoemde maatregelen al hebben opgeleverd (prijsverlagingen of lagere marges elders werken door in de marge voor de botica's). Een substantiële kostenbesparing zou in orde van grootte equivalent kunnen zijn aan de kostenbesparing van de verlaging van de winstmarge van de botica's, zoals berekend op basis van de BZV/DEZ-voorstellen door de Inspectie, nl. zo'n 11 à 12 NAF miljoen (dit cijfer is afgeleid uit de berekening van de Inspectie: zie [bijlage 6](#)).

g. Het zelf exploiteren van botica's door de zorgverzekeraars

Het is interessant voor de beide grote zorgverzekeraars om tezamen (en wellicht ook met de particuliere verzekeraars) de distributie van medicijnen te verzorgen. Gelet op het feit dat veruit de meeste inwoners van Curaçao relatief dicht bij elkaar wonen, is het makkelijk om een distributienetwerk, bijv. via drie verspreid liggende botica's (in de drie bario), op te zetten. BZV en SVB zouden daarvoor of enkele bestaande botica's kunnen opkopen of nieuwe botica's kunnen starten, onder leiding van een eigen apotheker. Het zelf exploiteren van botica's is vooral interessant als de bestaande botica's de nieuwe kostenbeheersinginstrumenten niet loyaal

⁶⁵ Deze variant lijkt het meest op het Nederlandse scenario 2.b (zie paragraaf 7.5.3).

Public Consultancy

willen uitvoeren (stok achter de deur). Daarnaast is het functioneel om zelf de duurdere medicijnen in te voeren (via parallelimport – zie maatregel e) en om deze te distribueren (en de verkoopmarge in eigen hand te houden). Ook kunnen de zorgverzekeraars via de eigen botica's een goed beeld te krijgen van prijs- en marktontwikkelingen, hetgeen de sturingskracht bevordert.

In Nederland komt het runnen van eigen botica's voor, zij het beperkt binnen een regionaal dichtbevolkt gebied.

Best practice: Zorgverzekeraar DSW exploiteert vier apotheken

Een viertal apotheken in de regio Schiedam/Delft wordt gerund binnen de rechtspersoon van de zorgverzekeraar DSW. In totaal heeft deze verzekeraar ongeveer 450.000 verzekerden, maar uiteraard kunnen ook ander patiënten in deze apotheken terecht. Door andere apotheken in deze regio zijn pogingen gedaan deze praktijk van het leveren van farmaceutische zorg door een zorgverzekeraar te verbieden, maar dat is niet gelukt. Het College van toezicht op de zorgverzekeringen achtte deze praktijk in 2005 toelaatbaar. Toen is ook de exploitatie beoordeeld, en het bleek dat er sprake was van winstgevende ondernemingen.

Overigens heeft DSW ook (financiële) belangen in tien andere apotheken.

h. Invoering preferentiebeleid door de gezamenlijke zorgverzekeraars

Aanvullend op het GVS kunnen zorgverzekeraars onderling specifieke afspraken maken over de te vergoeden (preferente) medicijnen, die binnen een cluster het laagste zijn. Of over het maken van aanvullende afspraken met fabrikanten of importeurs over de prijsstelling. SVB schijnt een dergelijk overleg met importeurs fabrikanten (en soms met de fabrikanten of hun vertegenwoordigers in het Caribische gebied) te hebben. Het aanwijzen van preferente geneesmiddelen zou het best fasegewijs ingevoerd kunnen worden.

i. Toezicht op de marketingactiviteiten van fabrikanten

De invloed van de farmaceutische industrie op het voorschrijven van geneesmiddelen is groot en leidt tot onnodig hoge kosten van medicijnen. Eerder, in paragraaf 6.3.1, onder c, is de introductie van FTO's al genoemd om onder meer de invloed van artsenbezoekers terug te dringen. Ook is een pleidooi gehouden dat artsen individueel helemaal geen artsenbezoekers ontvangen.

Het zou daarnaast geen overbodig luxe zijn wanneer de marketingactiviteiten van fabrikanten gecontroleerd werden door de Inspectie voor de Volksgezondheid.

Aanbevelingen:

Teneinde de kosten van geneesmiddelen te kunnen beheersen en substantieel te reduceren:

- *worden de invoerrechten op medicijnen afgeschaft;*
- *worden er maximumprijzen bij of krachtens wet vastgesteld, vergelijkbaar met de Nederlandse Wet Geneesmiddelenprijzen (met het 'mandjessysteem');*
- *wordt het GVS ingevoerd, zij het dat bezien wordt in hoeverre het Cvz-plan verbeteringen inhoudt voor het thans in procedure zijnde Curaçaose GVS;*
- *wordt de winstmarge voor importeurs drastisch verlaagd naar 20% of minder;*
- *wordt bezien op welke wijze parallelimport gestimuleerd kan worden, al dan niet d.m.v. een inkooporganisatie onder regie van de zorgverzekeraars en SEHOS;*
- *worden de marges van de botica's flink beteugeld met een margeverlaging (tot 20 à 25%) bij voorkeur via invoering van een receptregelvergoeding, in samenhang met een mogelijke clawback op inkoopvoordelen;*
- *wordt onderzocht onder welke condities het zelf exploiteren van botica's door de zorgverzekeraars gezamenlijk realistisch is;*
- *gaan de zorgverzekeraars(gezamenlijk) een preferentiebeleid voeren;*
- *gaat de Inspectie voor de Volksgezondheid toezicht houden op de marketingactiviteiten van fabrikanten.*

8. Tweedelijnszorg: specialisten

8.1 Hoge kosten in de tweede lijn

Alleen al op basis van de cijfers van BZV en SVB wordt er NAf 33 miljoen uitgegeven aan medisch specialisten. Maar er zijn niet alleen kosten die samenhangen met het werk van de specialisten; zij genereren ook voor miljoenen aan kosten voor medicijnen en in de derde lijn (ziekenhuis en klinieken).

Opvallend is dat vanuit de zorgverzekeraars wel initiatief ontplooid wordt om de kosten van huisartsen te beheersen, maar veel minder gekeken wordt naar de kosten van de tweede lijn. Zo wordt er bijv. geen spiegelinformatie bijgehouden van de specialisten en staat het al dan niet doelmatig functioneren van specialisten nauwelijks op hun agenda.

Toch zijn er voldoende redenen en aangrijpingspunten om ook in de tweede lijn kosten te beheersen en te verminderen, dat laatste vooral door reductie van het aantal specialistische handelingen.

Opgemerkt zij dat de specialisten betaald worden voor elk consult, elk onderzoek en elke verrichting. Er bestaat geen enkele (financiële) prikkel om het volume aan medische diensten te beperken tot die welke medisch noodzakelijk zijn.

8.2 De overproducerende specialist

Hoewel er geen uitvoerig onderzoek is gedaan naar de omvang en noodzakelijkheid van de werkzaamheden van de medisch specialisten (de paramedici zijn overigens geen onderwerp van studie in dit onderzoek), zijn er wel voldoende signalen dat er sprake is van een teveel aan verrichte werkzaamheden door deze specialisten.

Indicatie hiervoor is het grote aantal specialisten dat op het eiland werkt. Volgens het rapport Santu Remedi (WeVIG, 2006) waren er in 2005 elf specialismen met een overcapaciteit, waaronder:

- orthopedie: 4,9 f.t.e. teveel
- psychiatrie: 4,1 f.t.e. teveel
- interne geneeskunde: 2,6 f.t.e. teveel
- gynaecologie: 2,5 f.t.e. teveel
- pediatrie: 2,3 f.t.e. teveel

In totaal waren er ruim 25 f.t.e.'s teveel (op een totaal van ruim 100 f.t.e. aan aanwezige specialisten), hetgeen een forse overcapaciteit is voor een doelgroep van primair 130.000 inwoners. Daartegenover stonden slechts een paar specialismen met een (overigens beperkte) ondercapaciteit. In hoofdstuk 10 wordt ingegaan op de noodzakelijkheid en mogelijkheden om deze (over-)capaciteit te beteugelen.

Belangrijke oorzaken voor de overproductie in de tweede lijn (en de daarmee samenhangende hoge kosten aan medische activiteiten) zijn:

1. te veel verwijzingen vanuit de eerste lijn

In paragraaf 6.2.2 is al ingegaan op het feit dat huisartsen veel te makkelijk en te vaak hun patiënten doorsturen voor nader onderzoek of behandeling door de specialist. Het aantal verwijzingen op Curacao ligt vermoedelijk minimaal 3x zo hoog vergeleken met Nederland. Dat is ongelooflijk veel! Voor een belangrijk deel ligt dat aan de tekortschietende expertise van de huisarts, aan het gemak waarmee patiënten worden doorgestuurd (terwijl het zelf doen van nader onderzoek of het verrichte van kleine en chirurgische ingrepen voor de hand had gelegen) – wellicht mede veroorzaakt door de werkdruk- en soms ook de te lage vergoedingen voor kleine verrichtingen.

Bij een forse reductie van het aantal (onterechte) verwijzingen zou een substantiële kostenbesparing behaald kunnen worden. Voor de voorgestelde maatregelen wordt verwezen naar de paragrafen 6.3.2 en 6.3.4.

2. te makkelijke toegang tot de tweede lijn

Bij sommige specialismen is de toegang erg makkelijk, bijvoorbeeld omdat er geen machtiging voor vereist is, nl. de kindergeneeskunde (pediatrie). Ook is de toegang voor de gynaecoloog erg laag; verzoeken van de vrouw om doorverwezen te worden naar de gynaecoloog worden makkelijk gehonoreerd. Dat geldt ook voor tests (zwangerschapstest of bloedsuikertest bij zwangere vrouwen), die vanwege het ontbreken van een vergoeding, al dan niet onder een andere noemer, door de specialist worden gedaan.

Ook het automatisme waarbij patiënten voor het aanmeten van glazen voor een bril terecht komen bij de oogarts

is hier te noemen.

3. het te lang vasthouden van patiënten door specialisten

Diverse respondenten hebben gewezen op het feit dat specialisten hun doorverwezen patiënten ‘vasthouden’, terwijl terugverwijzing naar de eerste lijn (na het onderzoek of de verrichting) voor de hand had gelegen.

Huisartsen zien daardoor hun patiënten niet meer en worden door de specialisten vaak ook niet op de hoogte gehouden. Daardoor ontbreekt het integrale zicht van de eerste lijn op de patiënt.

Het is aannemelijk te veronderstellen dat er teveel consulten, en mogelijk ook therapieën, plaatsvinden indien patiënten op deze wijze worden ‘vastgehouden’ in de tweede lijn.

4. te veel verrichtingen door specialisten

Hoewel er geen empirisch onderzoek is gedaan naar het voorkomen van bepaalde verrichtingen in de tweede lijn, in vergelijking met de indicaties daarvoor en in vergelijking met andere landen, kwamen er diverse signalen van respondenten dat er mogelijk sprake is van teveel verrichtingen.

Zo werden o.a. gewezen op de ‘laagdrempeligheid’ van scopieën, heupprothesen en galblaasoperaties.

Nader onderzoek is gewenst om precies na te gaan welke verrichtingen teveel worden verricht op Curaçao.

Een ander verschijnsel waar op gewezen is, betreft het ‘overschrijden’ van hun vakgebied door specialisten.

Voorbeelden hiervan, die genoemd zijn door een respondent: een chirurg die anti-depressiva voorschrijft en een gynaecoloog die een cholesteroltest aanvraagt of neusdruppels voorschrijft.

5. niet noodzakelijk onderzoek door specialisten

Een verschijnsel waar al eerder op gewezen is (in paragraaf 6.3.3) betreft het – op verzoek van de patiënt – doen van een periodieke ‘check up’. Patiënten vragen soms om zo’n check up en die wordt dan vaak gedaan, zonder dat daar een echte medische reden voor is.

Voorbeelden die genoemd werden als niet altijd noodzakelijke, maar veel toegestane onderzoeken (in de ogen van de huisarts): bloedonderzoek bijv. op suikergehalte (bij de internist), hartonderzoek (bij de cardioloog) en onderzoek van de vrouwelijke genitaliën (bij de gynaecoloog).

Voor een specialist zijn deze check ups financieel interessant (immers declarabel), maar uit kosten oogpunt niet wenselijk. Er ontbreken prikkels en toezicht om deze extra kosten te beheersen.

Conclusie:

- *Er zijn voldoende aanwijzingen dat er op Curaçao veel te veel diensten door specialisten verricht worden, die niet noodzakelijk zijn of niet noodzakelijk door hen verricht hadden hoeven te worden.*

Aanbevelingen:

- *De te makkelijke toegang van de tweede lijn beter structureren door voor elk specialisme een machtiging te laten afgeven door de huisarts (waarbij deze specifiek moet gelden voor een concreet aangewezen diagnose), door de duur van de machtiging te bekorten tot bijv. 3 maanden en door te bezien op welke wijze het automatisme bij bepaalde typen verwijzingen kan worden opgeheven.*
- *Nadere afspraken maken door de zorgverzekeraars met de specialisten over het weer terugverwijzen van patiënten naar de huisarts, op het moment dat het onderzoek of de behandeling waarvoor de machtiging is afgegeven afgerond is.*
- *Nader onderzoek te doen naar relatief veel voorkomende verrichtingen en onderzoeken door de tweede lijn, gericht op de functionaliteit daarvan en de noodzaak deze per se in de tweede lijn te doen.*
- *Richtlijnen opstellen die duidelijkheid verschaffen over wat wel en wat niet onderzocht kan worden door de specialist op kosten van de zorgverzekeraar, zoals bijv. welke (routine-)onderzoeken niet vergoed worden.*

8.3 Ondoelmatige zorg in de tweede lijn

Net als bij de huisartsen het geval is, zou er ook in de tweede lijn aandacht moeten zijn voor ondoelmatig gedrag.

Daarbij valt te denken aan:

- ondoelmatig voorschrijven van medicijnen
- ondoelmatig aanvragen van onderzoeken bij laboratoria

Hierna wordt bezien wat daar aan gedaan kan worden.

8.3.1 Doelmatiger voorschrijven van medicijnen

Er zijn weinig gegevens over het al dan niet doelmatig voorschrijven van medicijnen door specialisten. Wel zien we (in [bijlage 4](#)) dat het aantal verstrekkingen van geneesmiddelen door specialisten de afgelopen twee jaren is verminderd (voor bepaalde groepen patiënten). Vooral het minder verstrekken van medicijnen aan de PP-groep is spectaculair (van 4,1 recept per verzekerde in 2004 naar 3,2 in 2006 – onduidelijk is of deze daling ook te maken heeft met de beperkte toegang voor de PP-patiënten tot de tweede lijn). Gemiddeld daalde het aantal verstrekkingen per verzekerde van 2,8 (2004) naar 2,6 (2006).

Bezien we de bedragen voor geneesmiddelen per verzekerde die gegenereerd worden door de specialisten (excl. verstrekte medicijnen door ziekenhuizen), dan zien we gemiddeld een daling van NAF 143 (2004) naar NAF 124 (2006). Dat laatste bedrag is overigens ongeveer de helft van het bedrag per verzekerde dat de gemiddelde huisarts genereert (zie [bijlage 8](#)).

Vergelijken we echter de kosten per receptregel van de specialisten met de huisartsen, dan zien we dat de geneesmiddelen die door specialisten worden voorgeschreven in 2005 gemiddeld NAF 58 kostten, tegenover NAF 35 bij de huisarts (zie [bijlage 9](#)).

Dit hogere bedrag is natuurlijk voor een groot deel verklaarbaar door de ernst van de ziekte en de daarbij behorende duurdere medicijnen in de tweede lijn.

Gelet op het hoge bedrag aan kosten voor medicijnen die door specialisten worden voorgeschreven (ongeveer eenderde van de totale kosten van de door de botica's geleverde medicijnen, dus excl. de medicijnen die in de ziekenhuizen worden verstrekt) is blijvende aandacht voor doelmatig voorschrijven van medicijnen door specialisten erg belangrijk.

In de Handleidingen voor het op recept voorschrijven van genees- verband- en hulpmiddelen van BZV en SVB zijn daarover voorschriften gegeven.

Opvallend is dat de beide grote zorgverzekeraars geen spiegelinformatie hebben die een indicatie geeft over het (on)doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door specialisten. Dergelijke spiegelinformatie is echter ook hier wenselijk om ondoelmatig gedrag op te sporen, en waar nodig te corrigeren.

Ook specialisten zouden rationeler voor kunnen schrijven door behandelingsprotocollen te hanteren, zoveel mogelijk generieke middelen voor te schrijven en (waar nodig) deel te nemen aan FTO's. In die zin is hetgeen daarover gezegd is voor de huisartsen in hoofdstuk 6 ook van toepassing voor de specialisten.

Afstemming tussen de eerste lijn en de tweede zou plaats kunnen vinden door middel van Farmacotherapeutische transmurale afspraken (FTTA). Belangrijke thema's voor zo'n FTTA zijn (zie ook: DGV, maart 2004, p. 28):

- substitutie van geneesmiddelen (na het omzetten van de medicatie door de tweede lijn in een specialité, mag de eerste lijn de medicatie weer terugzetten op het oorspronkelijke generieke middel)
- verbeteren van de therapietrouw
- richtlijnen t.a.v. het afbouwen van de medicatie

Op deze manier voorkomt transmuraal overleg medicatiebreuken en verspilling van medicijnen.

8.3.2 Doelmatiger aanvragen van onderzoeken bij het laboratorium

Er zijn diverse aanwijzingen, op basis van signalen van respondenten, dat er in de tweede lijn ondoelmatig omgegaan wordt met het aanvragen van onderzoeken in laboratoria.

Ofschoon er in de eerste lijn al foto's zijn gemaakt, worden deze vaak ook weer aangevraagd door de specialist en soms later door een andere specialist nog eens. Het feit dat elke specialist zijn eigen patiëntendossier opbouwt en dit niet verstrekt wordt aan andere artsen is hier mede debet aan.

Er is door een respondent ook op gewezen dat de laboratoria niet aan elkaar gekoppeld zijn, zodat foto's of testuitslagen niet aan elkaar gerelateerd worden.

8.3.3 Naar volledige protocollering van de tweede lijn

Teneinde volgens adequate behandelingsplannen te werken waarin de effectiviteit en kwaliteit van de zorg voorop staan, maar ook de doelmatigheid belangrijk is, is het wenselijk dat alle specialismen volgens algemeen aanvaarde protocollen, die op evidence-based ervaringen gebaseerd zijn, gaan werken.

De huidige situatie op Curaçao is dat de meeste specialismen nog niet protocollair werken, ondanks dat dit al vele jaren gevraagd wordt van de tweede lijn. Sommige vakgroepen werken volgens eigen protocollen, maar er is slechts één maatschap (met 4 internisten) die volledig geprotocolleerd is. In het nabije verleden hebben zowel de directies van het ziekenhuis en de klinieken als de zorgverzekeraars ten onrechte niet ingegrepen teneinde de protocollering tot stand te brengen.

Een dergelijke protocollering zal op afzienbare termijn echter afgedwongen dienen te worden door het ziekenhuis c.q. de klinieken, evenals door de zorgverzekeraars.

Best practice: de overeenkomst tussen het Uitvoeringsorgaan AZV van Aruba en de medisch specialisten

In deze overeenkomst is onder meer het volgende bepaald:

- “De medisch specialist neemt bij het verlenen van de hulp de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde standaard redelijkerwijs aan de medisch specialist gesteld kunnen worden. De algemeen aanvaarde standaard wordt bepaald door de Nederlandse richtlijnen en protocollen” (art. 12., eerste lid).
- “De medisch specialist neemt minimaal vier keer per jaar deel aan het binnen het ziekenhuis functionerende Farmaco Therapeutisch Overleg” en doet hiervan opgave aan het Uitvoeringsorgaan (art. 15);
- De verwijfsbrief van de huisarts heeft een geldigheidsduur van drie maanden, De medisch specialist mag maximaal twee consulten en de noodzakelijk te verrichten diagnostiek in rekening brengen. Indien het medisch noodzakelijk is dat de specialistische hulp langer duurt, dan rapporteert de specialist hierover aan de huisarts. Deze bepaalt of hij een verlenging van de verwijfsbrief geeft (bijlage 3 van de overeenkomst: verwijfsafspraken).

Conclusies:

- *De kosten van door specialisten voorgeschreven medicijnen en aangevraagde onderzoeken zijn erg hoog; niettemin worden er nog weinig instrumenten ingezet om tot doelmatiger gedrag van specialisten te komen.*
- *De tweede lijn is nog amper geprotocolleerd, hetgeen niet in het belang is van een kwalitatief goede zorg, noch van een doelmatig verleende zorg.*

Aanbevelingen:

- *Ter ondersteuning van doelmatig voorschrijfgedrag en onderzoeksverwijfsgedrag van specialisten:*
 - *wordt het (on)doelmatig gedrag van specialisten voortaan gemonitord via spiegelinformatie, die door de zorgverzekeraars (gezamenlijk) wordt geanalyseerd;*
 - *worden incentives ingevoerd die voldoende sterk zijn om doelmatig, rationeel gedrag van specialisten te belonen en ondoelmatig gedrag te straffen;*
 - *nemen zij deel aan FTO's;*

- *worden er Farmacotherapeutische transmurale afspraken gemaakt, o.a. over substitutie van geneesmiddelen, verbetering van de therapietrouw en richtlijnen t.a.v. afbouw van medicatie.*
- *Op korte termijn gaan de specialisten werken volgens (algemeen aanvaarde) behandelingsprotocollen, die vastgelegd zijn in de zorgcontracten; ziekenhuis/klinieken en zorgverzekeraars zien er – al dan niet met ondersteuning van de Inspectie voor de Volksgezondheid – op toe dat dit adequaat gebeurt.*
- *Er wordt per patiënt een dossier samengesteld waarin alle medische informatie, zowel van huisarts als van specialisten in verzameld wordt, incl. alle onderzoeksuitslagen. Dit dossier (in de toekomst elektronisch) volgt de patiënt per behandelend arts.*

8.4 Naar prestatiegerichte budgettering van specialisten

Het huidige bekostigingssysteem van specialisten neigt tot het uitlokken van onnodige productie door specialisten. Zij worden immers bekostigd voor elk consult, elk onderzoek en elke verrichting. Er gaat geen prikkel van uit om doelmatiger met de capaciteit van specialisten om te gaan. Elke handeling is kassa!

Op twee manieren is het doelmatiger gebruik van de middelen te stimuleren. Allereerst door binnen het huidige vergoedingssysteem, prikkels in te bouwen om zo doelmatig mogelijk (d.w.z. alleen als daar een medische noodzaak voor bestaat) met de beschikbare middelen (waaronder de capaciteit van de tweede lijn) om te gaan. De in de voorgaande paragraaf gegeven aanbevelingen richten zich hierop.

Maar dan zijn er nadere regels en toezicht nodig om de naar meer productie neigende tweede lijn in te tomen. Een echte prikkel tot versoering ontbreekt.

Een andere manier is om de kosten van de tweede lijn te budgetteren, om zodoende de (financiële) prikkel tot overproductie in te dammen. Deze manier is beschreven in het Hoofdrapport als scenario 1: Budgettering specialisten in samenhang met een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (p. 20 e.v.). Dat is een bestendiger weg om structureel de kosten in de tweede lijn te beheersen en (afhankelijk van de te bepalen normvergoeding) te reduceren. Om tot een lager budget te komen, zullen tevoren voldoende maatregelen moeten worden genomen om de productie te beperken. Scenario 1 gaat nl. uit van een lagere benodigde capaciteit dan er nu op Curaçao bestaat. De aanbevelingen uit paragraaf 8.2 en 8.3 zullen daarom hard nodig zijn om tot een lagere productie (en dus benodigde capaciteit) te komen.

8.4.1 Budgettering in samenhang met een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf

Scenario 1 uit het Hoofdrapport kent de volgende uitgangspunten:

- het ziekenhuis krijgt een maximum budget dat via een allocatiemechanisme verdeeld wordt naar maatschappen; uit dit budget wordt de specialist betaald (te bepalen binnen de maatschap);
- de directie van het ziekenhuis maakt kwantitatieve en kwalitatieve prestatieafspraken met deze maatschappen;
- als basis voor het budget dient: een normvergoeding per specialist maal het aantal gewenste (niet: werkelijk aanwezige) specialisten;
- het ziekenhuis maakt afspraken met de maatschappen (specialisten) waarin ruimte is voor incentives voor o.a. doelmatig voorschrijfgedrag van medicijnen, bijdrage in de ontwikkeling van protocollering en 'buitengewone extra productie' (normaliter wordt extra productie niet extra vergoed);
- het ziekenhuis functioneert als een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB), dat vanuit één organisatie de klinische, poliklinische en verpleegkundige zorg levert;
- consequentie van de keuze voor een GMSB is dat alle beschikbare middelen die ondersteunend zijn aan het zorgproces (en die zich thans voor een deel buiten het ziekenhuis in stand alone specialistische praktijken – de ofsinas – bevinden) optimaal gebruikt kunnen worden, hetgeen tot grote efficiencyvoordelen zal leiden.

Een dergelijk budgetteringssysteem zal binnen de Curaçaose context kunnen gaan werken mits consequent aan alle voorwaarden daarvoor wordt voldaan. Het betekent nl. een limitering van het totale budget voor het

honorarium van specialisten en minder budget vanwege de huidige ondoelmatigheden in de middelensfeer. Uiteraard zal dat enkele stakeholders (overproducerende vakgroepen en laboratoria, e.d.) omzet en dus geld gaan kosten (en zullen er minder mensen nodig zijn om de benodigde specialismen te vervullen).

8.4.2 Zorgcontracten met prestatie- en kwaliteitsafspraken

Op dit moment worden er (nagenoeg) nog geen zorgcontracten afgesloten met specialisten die ex ante de prestatie- en kwaliteitsafspraken vastleggen, zodat de specialisten daarop ‘afgerekend’ kunnen worden. Voor de meeste specialisten gelden überhaupt (nog) geen zorgcontracten.

SVB kent alleen budgetovereenkomsten met internisten en kinderartsen, die overigens gebaseerd zijn op de historische productiegegevens. Voor het klinische deel wordt een vaste vergoeding verstrekt, voor het poliklinische deel een tarief voor de verrichtingen (flexibele vergoeding). Indien er meer productie wordt geleverd, wordt dit betrokken bij het komende jaar; indien er minder productie was, dan heeft dat geen consequenties.

Ook BZV kent nog amper (inhoudelijke) zorgcontracten met specialisten. Er is slechts één (tijdelijk) zorgcontract met een uroloog, waarin een lump sum als honorarium is afgesproken en er ex ante een aantal concrete prestaties is afgesproken. Daarnaast bestaan er nog enkele zorgcontracten (o.a. met een psychiater en met een internist) waarin ook een lump sum is afgesproken, maar geen concrete prestaties (in termen van minimaal aantal consulten, verrichtingen, e.d.).

Voor de rest worden er geen zorgcontracten afgesloten door BZV en SVB.

In het beperkt aantal genoemde zorgcontracten zijn alleen algemene bepalingen opgenomen over doelmatigheid (“Hij verleent de hulp op professioneel verantwoorde en doelmatige wijze. Hij laat zich daarbij leiden door een afweging van de kwaliteit en handelt kostenbewust”). Nergens wordt specifiek aangegeven wat onder doelmatigheid wordt verstaan, noch hoe het toezicht daarop geregeld is.

Op dit moment zijn de vigerende afspraken van de zorgverzekeraars met de specialisten dus onder de maat: meestal zijn er geen zorgcontracten (er is dan alleen een Bereidverklaring bij SVB⁶⁶, c.q. een inschrijving in het zorgverlenerbestand van BZV) en indien van toepassing een toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis. Op een enkele uitzondering na zijn er nergens concrete prestatieafspraken gemaakt.

Het is van groot belang dat in de toekomst dus wel zorgcontracten worden afgesloten met specialisten (via het ziekenhuis en de maatschap) waarin zowel concrete prestatieafspraken staan (overigens op basis van lagere aantallen consulten, onderzoeken en verrichtingen dan thans vergoed worden), als kwalitatieve voorschriften en specifieke eisen die aan de doelmatigheid worden gesteld.

8.4.3 De ondoelmatige COMSZ-constructie

Toen aan het begin van de eeuwwisseling een juridische constructie werd gezocht voor een aantal specialisten dat tot die tijd in overheidsdienst was, werd de stichting Centraal Orgaan Medisch Specialistische Zorg (COMSZ) opgericht door BZV, het ziekenhuis (SEHOS) en de Vereniging van Medisch Specialisten van Curaçao (VMSC).

Doel van de stichting is om het honorarium (bekostigd door BZV) van de betreffende specialisten (en hun arts-assistenten) te beheren en te verdelen, zorg te dragen voor adequate informatievoorziening, het evalueren van het honorariumbudget en het waarborgen van de kwaliteit (art. 2 van de statuten).

Met de in dienst zijnde specialisten (en de arts-assistenten) worden zorgcontracten afgesloten, waarin bepaald is dat zij werkzaam zijn voor de PP-doelgroep. Het vaste honorarium dat daar voor is afgesproken is echter op geen enkele wijze gerelateerd aan concrete prestatieafspraken.

In de praktijk doen zich de volgende twee problemen voor. Allereerst is er geen inzicht bij COMSZ, noch bij BZV, of dat de betrokken specialisten wel voldoende doen voor het verstrekte honorarium. De indicatie is echter dat enkele specialisten in het COMSZ aanmerkelijk minder tijd nodig hebben ter behandeling dan andere collega's die dezelfde lump sum ontvangen (zie: BZV, begroting 2006 voor EGC, p. 14 en begroting 2007 voor EGC, p. 16). Het komt er op neer dat sommige specialisten slechts enkele dagdelen voor de PP-groep werken (voor een behoorlijk honorarium) en de rest van de tijd andere doelgroepen bedienen, waarvoor ze per

⁶⁶ Bij SVB bestaat de Bereidverklaring uit de verklaring dat men medewerking verleent aan de uitvoering van de sociale verzekeringen.

Public Consultancy

consult/verrichting nog eens een vergoeding krijgen.

Een tweede probleem is, dat – hoewel er voldoende specialisten in dienst zijn bij COMSZ – er niettemin lange wachttijden voor de PP'ers bestaan, veel langer dan voor andere groepen patiënten (zie GGD e.a., Poko Poko 2004, 2005 en 2006). Uit deze Poko Poko onderzoeken blijkt telkens dat de gemiddelde wachttijd voor PP-kaarthouders bij diverse specialismen veel langer is dan andere (particuliere) patiënten bij dezelfde specialist. Zo zijn in het laatste PokoPoko onderzoek (van december 2006) de volgende wachttijden zijn geconstateerd:

specialisme	gemidd. wachttijd voor PP-patiënten	gemidd. wachttijd voor particuliere pat.
cardiologie	103 dagen	19 dagen
gastro-enterologie	105 dagen	12 dagen
urologie	68 dagen	16 dagen
plast. chirurgie	90 dagen	17 dagen
oogheelkunde	140 dagen	40 dagen
neurologie	113 dagen	77 dagen

In feite betekent dit aanmerkelijke verschil in wachttijden dat er blijkbaar geen gelijke toegankelijkheid is voor de gezondheidszorg. Oftewel discriminatie in de zorg. Bovendien is het erg vreemd aangezien er volgens de capaciteitscijfers voldoende specialisten voor de genoemde vakgebieden zijn. Reden te meer om te veronderstellen dat sommige COMSZ-specialisten zich erg makkelijk afmaken van hun verantwoordelijkheid voor de aan hen toevertrouwde doelgroep, terwijl ze daar behoorlijk voor beloond worden.⁶⁷ Hier is dus sprake van verkwisting van overheidsmiddelen en tegelijkertijd onvoldoende zorg.

Dat wordt nog verergerd doordat BZV vervolgens enkele malen nieuwe zorgcontracten voor bepaalde specialisten heeft afgesloten om de wachttijdenproblematiek voor de PP-kaarthouders te verzachten.⁶⁸ Dat betekent dat extra specialisten worden ingezet, terwijl de in dienst zijnde COMSZ-specialisten voldoende capaciteit zouden moeten hebben om hun werk naar behoren te doen, zonder dat er sprake hoeft te zijn van (te) lange wachtlijsten. Op deze manier wordt de tweede lijn wel erg duur!

Een belangrijke oorzaak van deze problematiek ligt bij COMSZ die deze praktijken al jaren heeft laten voortduren. De beloofde evaluatie van de honorering van de specialisten heeft tot op heden niet plaatsgevonden. Wel heeft COMSZ in 2004 een opdracht verstrekt aan ISOG om de vergoedingsstructuur binnen COMSZ per vakgebied en per specialist te evalueren. Eind 2006 bleek echter dat de COMSZ-specialisten niet mee wilden werken aan de afronding van dit onderzoek. Na 2 ½ onderzoek is er dus nog steeds niet boven water gekomen waar de verspilling van middelen (en waarschijnlijk misbruik van verantwoordelijkheden) precies zit.⁶⁹ Het is opvallend dat het COMSZ-bestuur geen adequate maatregelen genomen heeft om het onderzoek af te (laten) ronden, noch om op ander wijze de overheidsmiddelen beter in te zetten.

Door de GGD is echter wel een (redelijk betrouwbare) schatting gemaakt hoeveel uren specialistische zorg voor de PP-kaarthouders nodig zou zijn. Deze is opgenomen in [bijlage 10](#). De berekening is – op ons verzoek – afgeleid van de berekeningen van Poko Poko III (GGD e.a., december 2006) laat zien dat de onderscheiden specialismen, per specialist, een (zeer) verschillend aantal benodigde uren zorg per week vereisen. En daarmee ook dat het wenselijk is om de vergoeding die COMSZ geeft voortaan in overeenstemming te brengen met de werklast van de specialisten.

⁶⁷ Zo heeft de GGD van het EGC berekend dat de 2 specialisten (in een bepaald vakgebied) 2 dagdelen per week aan hun patiënten besteden terwijl dat eigenlijk 6 dagdelen had moeten zijn. Het honorarium dat voor deze 2 dagdelen per specialist wordt uitgekeerd door COMSZ zou omgerekend ongeveer NAF 0,5 miljoen op full time basis zijn. Voorwaar een vorstelijke honorering! Zie brief GGD aan de Gedeputeerde voor Volksgezondheid d.d. 20 december 2006, inzake een open sollicitatie naar een functie binnen dit specialisme.

⁶⁸ Zie brief van BZV d.d. 2 februari 2007 aan de Gedeputeerde van Volksgezondheid inzake informatie wachttijden PP-zorg. Bij 4 specialismen (cardiologie, pulmonologie, urologie en oogheelkunde) waren nieuwe specialisten aangetrokken, ondanks de in Poko Poko (2005 en 2006) en Santu Remedi (2006) berekende overcapaciteit voor deze specialismen.

⁶⁹ Een verzoek aan het bestuur van COMSZ, via de bestuurder namens BZV, de heer Monk, om inzage te krijgen in de concept-rapportage van ISOG werd door de heer Monk op 29 januari 2007 geweigerd.

We constateren dat COMSZ in de afgelopen jaren er niet in is geslaagd om tot een redelijke beloningsstructuur te komen, en de situatie dat sommige specialisten fors overbetaald worden voor hun werkzaamheden heeft laten voortduren.

Hier wreekt zich de bestuursstructuur van COMSZ: het is een tripartite constructie waarbij de belanghebbende specialisten een vertegenwoordiging hebben in het bestuur (via de VMSC). Bovendien kan de VMSC elk onwelgevallig bestuursbesluit frustreren, aangezien in de statuten bepaald is dat besluiten unaniem (met algemene stemmen) genomen moeten worden (art. 5, zesde lid).

Wij trekken de volgende conclusies:

De COMSZ-constructie is helemaal niet zinvol, zelfs contraproductief, voornamelijk omdat in de stichting 3 partijen verenigd zijn die allemaal een andere verantwoordelijkheid dragen:

- BZV is verantwoordelijk voor de inkoop van zorg; deze verantwoordelijkheid kan BZV niet delen met SEHOS (is verantwoordelijk om specialisten tot het ziekenhuis toe te laten en toe te zien op kwaliteit van de zorg) noch met de VMSC (die de specialisten als zorgaanbieders vertegenwoordigt).
- In de huidige situatie kunnen de specialisten elk onwelgevallig besluit frustreren (vanwege de unanimitieit in de stemmingen), dus bijv. ook het besluit om scherper met de specialisten te onderhandelen, het COMSZ-onderzoek te voltooien, etc. M.a.w. de eis van unanimitieit werkt dus verlamdend (waar dynamiek vereist is) en pervers (waar het doelmatig omgaan met overheidsmiddelen de norm had moeten zijn)
- Vanwege de deelname van de VMSC aan COMSZ onderhandelen specialisten eigenlijk met zichzelf.

In die zin liet ook de GGD zich in februari 2007 richting de Gedeputeerde van Volksgezondheid uit.⁷⁰

COMSZ had nooit opgericht moeten worden, en nu deze stichting zijn statutaire verplichtingen niet nakomt zou deze zou gauw mogelijk moeten verdwijnen. Vooruitlopend op invoering van scenario 1 zou BZV zijn verantwoordelijkheid moeten nemen door orde op zaken te stellen. Dat betekent o.a. heroverweging van de honoraria in relatie tot de geleverde prestaties door de specialisten.

8.5 Medische uitzendingen

BZV is belast met de afhandeling van de interinsulaire en buitenlandse medische uitzendingen voor de meeste verzekerden op Curaçao (in ieder geval ook voor SVB-verzekerden).

Er is sprake van een buitenlandse medische uitzending indien een patiënt een levenbedreigende ernstige aandoening heeft die niet op Curaçao behandeld kan worden. In dat geval betaalt BZV alle kosten van de overtocht en de medische behandeling en geeft een tegemoetkoming voor de kosten van daggeld, transport en verblijf, ook van een begeleider van de patiënt (indien begeleiding op medische indicatie nodig is). BZV verreken de kosten met SVB als het een SVB-patiënt betreft.

De kosten van de medische uitzendingen zijn erg hoog.⁷¹ Zo waren de totale kosten in 2005 NAf 8,9 miljoen (per uitzending : NAf 27.000). Vanwege deze hoge kosten is het beleid vanaf medio 2006 verscherpt:

- minder uitzendingen naar Nederland (kosten in 2005 gemiddeld: NAf 32.000 per uitzending) en meer naar de regio, m.n. Venezuela (NAf 17.000) en Colombia (NAf 13.000).
- scherpere selectie
- bestemmingslijst per vakgroep

Door deze beleidswijziging zijn de gemiddelde kosten per uitzending lager geworden, nl. NAf 23.000. Lag het marktaandeel van uitzendingen naar Nederland in 2005 op 42%, (aantallen uitzendingen) in 2006 is dat gezakt naar 20% (maar het aandeel in de totale kosten is in 2006 54%, doordat de euro nog duurder is geworden: NAf 64.000).

⁷⁰ Brief van de GGD aan de Gedeputeerde voor Volksgezondheid d.d. 12 februari 2007.

⁷¹ De hierna gepresenteerde cijfers zijn afkomstig van een presentatie van BZV over Medische uitzendingen (november 2006). De cijfers over 2006 zijn afkomstig van data t/m oktober 2006, geëxtrapoleerd naar het hele jaar.

Public Consultancy

De totale kosten worden voor 2006 geschat op NAF 8,7 miljoen (iets minder dan in 2005), maar dat hoge bedrag komt ook vanwege de toename in uitzendingen (378, dat is 13% meer dan in 2005, nl. 334). Toch achtte BZV een besparing van 20% op de kosten voor 2005 mogelijk (BZV, begroting 2007 voor het EGC, p. 21). Dan zal er echter een forse volume- of een prijsreductie plaats moeten vinden.

Geconcludeerd kan worden dat het regiobeleid (verschuivingen van Nederland als bestemming naar Venezuela en Colombia) uit financieel oogpunt redelijk succesvol is, maar gelet op de toename aan uitzendingen nog te beperkt is. Wellicht zou het regiobeleid nog sterker kunnen worden, gelet op het feit dat het kostenverschil met Nederland verder is opgelopen en de mortaliteitsfactor (verschil in sterftecijfers) stabiel is gebleven.

Verder zijn mogelijke besparingen:

- specialisten (bijv. uit Nederland) over laten komen naar Curaçao en hier medische voorzieningen uitbreiden, in samenwerking met Aruba en andere (ei)landen (hier pleit SEHOS voor);
- strikter worden in de uitzendingen door meer gebruik te maken van lokale specialisten; zo meldde een respondent dat dikke-darmoperaties, slokdarmoperaties en longoperaties ook op Curaçao zouden kunnen plaatsvinden, terwijl nu voor uitzending gekozen wordt;
- de procedure voor uitzending aanpassen, waardoor lokale specialisten mee kunnen denken over de noodzaak om elders te opereren (er zijn aanwijzingen dat het soms onnodig wordt toegestaan);
- de kosten voor een begeleider beperken of restrictiever omgaan met het toestaan van een begeleider.

Conclusies:

- *Het huidige bekostigingssysteem van specialisten bevat geen prikkel tot doelmatig gebruik van de middelen – integendeel: het werkt (kostbare) overproductie in de hand.*
- *De vigerende afspraken van de zorgverzekeraars met de specialisten zijn onder de maat:*
 - *op een enkele uitzondering na zijn er nergens concrete ex ante prestatieafspraken gemaakt;*
 - *in een beperkt aantal zorgcontracten zijn alleen algemene bepalingen opgenomen over doelmatigheid;*
 - *en er zijn geen concrete afspraken gemaakt over de kwaliteit van de zorg.*
- *Via de COMSZ-constructie wordt ondoelmatig omgegaan met publieke middelen; bepaalde COMSZ-specialisten worden (vermoedelijk) zwaar overbetaald, gelet op de prestaties die ze daarvoor verrichten.*
- *De COMSZ-constructie is onwerkbaar, ondoelmatig en doet geen recht aan de onderscheiden verantwoordelijkheden van de drie partners daarin. BZV heeft – als primair verantwoordelijke binnen COMSZ voor de inzet van publieke middelen – te lang getalmd om orde op zaken te stellen en verzuimd op te treden tegen de gegroeide praktijk.*
- *Medische uitzendingen naar het buitenland zijn erg kostbaar; er is sprake van een toename ervan al dalen de gemiddelde kosten per uitzending licht.*

Aanbevelingen:

- *Invoering van scenario 1 (budgettering in samenhang met een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf) geeft betere waarborgen tot kostenbeheersing dan het vigerende bekostigingssysteem van specialisten en kan op den duur leiden tot aanmerkelijke efficiencyverbetering m.b.t. de beschikbare middelen, die ondersteunend zijn aan het zorgproces.*
- *Zowel in de huidige situatie als t.z.t. als scenario 1 wordt ingevoerd zijn concretere*

zorgcontracten nodig, willen de zorgverzekeraars kunnen sturen op kwaliteit, op omvang van de te leveren prestaties en op doelmatigheid. Deze zorgcontracten zouden op korte termijn ontwikkeld en ingevoerd moeten worden.

- *De COMSZ- constructie zou zo snel mogelijk opgeheven moeten worden; BZV zou vervolgens – voor de time being - als inkoper van de specialistische zorg voor de PP-kaarhouders moeten gaan fungeren, en in de nieuwe zorgcontracten vast moeten leggen dat alleen op basis van te verrichten concrete prestaties een budgetvergoeding wordt gegeven.*
- *T.a.v. medische uitzendingen zou –vanwege kostenmotieven – het regiobeleid versterkt kunnen worden en alternatieven overweging verdienen om het aantal uitzendingen enigszins te beperken; ook zou bespaard kunnen worden op de kosten van begeleiding.*

9. Derdelijnszorg: ziekenhuizen, klinieken

De derdelijnszorg is in het kader van dit deelrapport niet diepgaand onderzocht. Er zijn geen cijfers geanalyseerd, noch werkwijzen op Curaçao.

Toch zijn er door de respondenten en in de literatuur diverse zaken genoemd die tot (verdere) kostenbeheersing en -besparingen kunnen leiden.

9.1 Een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf

Eerder, in paragraaf 8.4.1, is al gewezen op de voordelen van de invoering van een GMSB. In het Hoofdrapport is dit verder uitgewerkt.

Indien de beschikbare middelen van het ziekenhuis (d.w.z. van SEHOS en de klinieken tezamen) beter worden gebruikt (personeel, ruimtes en apparatuur) dan zijn forse besparingen mogelijk. Zo wees een respondent erop dat elke kliniek een MRI heeft, terwijl één MRI voor de totale derde lijn voldoende zou zijn.

9.2 Verbetering van de logistiek

Vanuit de kring van specialisten zijn er klachten te horen over de logistiek binnen SEHOS. Er kan niet doelmatig worden gewerkt als bepaalde apparaten het niet doen, vervanging of reparatie te lang duurt, materialen niet tijdig besteld worden, e.d.

Ook aan de logistiek van de medische informatie schort het e.e.a. Aangezien er vaak geen geïntegreerde patiëntendossiers zijn, worden soms bepaalde handelingen en onderzoeken dubbel gedaan. Eerder, in paragraaf 8.3 wezen we al op het belang van een (lieft elektronisch) patiëntendossier dat de patiënt volgt en niet bij een behandelend arts blijft.

Een belangrijk logistiek probleem betreft de opeenvolging van diverse onderzoeken. Soms zijn die niet goed op elkaar afgestemd, waardoor een patiënt langer dan nodig in het ziekenhuis opgenomen moet blijven.

9.3 Vermindering aantal ligdagen

Het aantal ligdagen in het ziekenhuis kan, blijkens Nederlandse pilots, verder omlaag. Ook volgens respondenten valt daar op Curaçao nog steeds winst te halen.

Op de website www.snellerbeter.nl zijn voorbeelden beschreven van geslaagde projecten waarbij bijv. de ligduur aanmerkelijk is verkort.

Best practice: verkeerde bed problematiek opgelost in het BovenIJ Ziekenhuis

In het Amsterdamse BovenIJ ziekenhuis is er een groot aantal maatregelen genomen, zoals het stroomlijnen van ontslagprocedures op de verpleegafdelingen, het beter inkopen van de thuiszorg (via marktwerking) om patiënten eerder ondersteuning thuis te geven, het samenvoegen van het opnamebureau met het transferbureau en het medisch maatschappelijk werk, onder verantwoordelijkheid van het hoofd zorglogistiek, die structureel overleg heeft met thuiszorg en verpleeghuizen.

Alle factoren zijn in kaart gebracht die de doorstroming in het ziekenhuis kunnen belemmeren. Op basis daarvan zijn een aantal maatregelen genomen.

Als gevolg van al deze maatregelen is de gemiddelde ligduur gedaald van 8,5 naar 5,9 dagen. De klinische productie is met 20% gestegen zonder dat er extra bedden geopend hoefden te worden.

Belangrijk in dit verband is de aanwezigheid van voldoende capaciteit in de thuiszorg en opvanghuizen. Een verschuiving van relatief dure zorg (ligdagen in het ziekenhuis) naar goedkopere zorg (verpleging thuis of in een verpleegtehuis of opvangtehuis) is kostenbesparend.

9.4 Betere planning van zorg

Door een onderscheid te maken tussen zorgtypen die niet goed stuurbaar en planbaar zijn (acute zorg, die snel moet plaatsvinden) enerzijds, en wel planbare zorg (electieve zorg aan bijv. een zere rug of een staaroperatie) en chronische zorg anderzijds, zouden de laatste soorten zorg door betere planning tot efficiencyvoordelen leiden (bv. alle staaroperaties op één dag). Chronische zorg, zoals suikerziekte, zou zelfs zodanig georganiseerd kunnen worden – zo gaf een respondent aan – dat er normaliter geen specialisten meer aan te pas hoeven te komen, hetgeen kostenbesparend zou werken: primair overlaten aan huisartsen (bijv. in een kliniek) met specialisten in de ‘achtervang’.

9.5 Verbetering van de kwaliteit van de zorg

Elk jaar sterven er in Nederland ruim 1.700 patiënten door fouten van artsen en ander medisch personeel. Dat is 4,1% van alle patiënten die in ziekenhuizen overlijden. Ook lopen in Nederland 30.000 patiënten vermijdbare schade in ziekenhuizen op. Ziekenhuizen waren in 2004 samen € 167 miljoen kwijt aan de kosten die deze vermijdbare schade met zich brengt.⁷²

Het vermijden van fouten door het plegen van kwalitatief goede zorg en geprotocolleerde handelingen van de specialisten levert dus geld op. Dat zal ongetwijfeld ook voor Curaçao gelden.

In Nederland zijn ziekenhuizen op allerlei manieren bezig om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. In het kader van het project SnellerBeter worden er op vele ziekenhuizen maatregelen genomen, best practices worden landelijk verspreid en nagevolgd en de kwaliteitswinst wordt periodiek gemeten (zie: NIVEL, 2006). Het gaat dan over uiteenlopende verbeteringen zoals het voorkomen van doorligwonden, het behandelen van darmkanker of het verhelpen van een verzakte bekkenbodem. Uiteraard komen deze kwaliteitstrajecten primair de patiënten ten goede. Maar secundair worden daarmee ook de kosten in het medisch circuit verminderd, omdat minder vervolgcomplicaties optreden, genezing sneller inzet, e.d.

Kennisneming en navolging van deze projecten door ziekenhuis en klinieken op Curaçao is aan te bevelen.

9.6 Monitoring van de prestaties en geleverde kwaliteit in het ziekenhuis

Het meten van prestaties en van toegenomen kwaliteit is erg belangrijk bij de hiervoor genoemde verbetertrajecten.

Er is inmiddels in Nederland een basisset van prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen ontwikkeld (Inspectie voor de Gezondheidszorg e.a., augustus 2006). Zie voor voorbeelden van dergelijke indicatoren: [bijlage 11](#). Op basis van deze indicatoren – die bij alle Nederlandse ziekenhuizen gemeten worden – kan elk ziekenhuis zijn prestaties vergelijken met andere ziekenhuizen, hetgeen informatie oplevert over de kwaliteitswinst die nog te behalen is (zie voor zo'n vergelijking: Inspectie voor de gezondheidszorg, april 2006). Opgemerkt zij dat prestatie-indicatoren zoals hier bedoeld valide en betrouwbaar moeten zijn, d.w.z. meten wat ze beogen te meten, en dat op een consistente en reproduceerbare manier (zie hierover: Gezondheidsraad en Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2006, hoofdstuk 4).

Conclusie:

- *Naast het organiseren van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf zijn er nog vele maatregelen te nemen, die bijdragen aan zowel de kwaliteit van de in het ziekenhuis te leveren zorg, maar ook aan de vermindering van de kosten.*

Aanbevelingen:

- *Het verbeteren van de logistiek binnen het ziekenhuis.*
- *Het nemen van maatregelen zodat de ligduur wordt verminderd.*
- *Bezien of door het specifiekere plannen van te leveren specialistische zorg in ziekenhuizen efficiencyvoordelen behaald kunnen worden.*
- *Het participeren in projecten die de kwaliteit van de ziekenhuiszorg verbeteren, zoals het Nederlandse project SnellerBeter.*
- *Het deelnemen door ziekenhuis en klinieken aan het kwaliteitsmonitoringsysteem voor ziekenhuizen, zoals dat in Nederland is ontwikkeld, zodat de derdelijnszorg op Curaçao zich kan vergelijken met die in Nederland; SEHOS en Inspectie voor de Volksgezondheid zouden hierin het voortouw kunnen nemen.*

⁷² Cijfers zijn uit het artikel "In ziekenhuis 1 op 25 doden door fouten arts", in: NRC Handelsblad, 25 april 2007.

10. Beperking van vraag en aanbod in de zorgsector

10.1 De werking van vraag en aanbod

Op een perfect werkende markt beïnvloeden het volume van de vraag en van het aanbod elkaar. Als er een grotere vraag is naar een bepaald product, stijgt de prijs daarvan, hetgeen producenten aanmoedigt om meer te produceren. Als de vraag vervolgens gelijk blijft en de productie toeneemt, zal de prijs weer dalen. Komt er een vergelijkbaar product, maar goedkoper, dan zal dat het oorspronkelijke product verdringen, totdat dit product beter wordt dan het alternatief of goedkoper.

Maar zo gaat het niet in de gezondheidssector.

Allereerst niet omdat de vraag meestal acuut is (vanwege ziekte en ongemak) zodat er snel een aanbod wordt gewenst – afwachten totdat er een beter aanbod is, kan soms niet.

Bovendien is het moeilijk voor de consument om precies te weten wat-ie nodig heeft. De expertise van de arts is vele malen groter dan die van de patiënt. Deze is afhankelijk van de diagnose van de arts, die weet wat goed voor hem is.

De prijs is geen issue tussen arts en patiënt; de rekening wordt immers collectief voldaan.

Zolang de aanbieders van zorg geen concurrentie met elkaar aangaan (of niet aan mogen gaan) of zolang de patiënt onvoldoende inkoopexpertise heeft, zal het marktmechanisme niet (goed) werken.

Tenslotte is er het verschijnsel van ‘moral hazard’. Dat betekent dat patiënten soms gebruik maken van medische voorzieningen (of duurder dan nodig) omdat de ziektekostenverzekering de kosten toch helemaal of grotendeels vergoedt. Of, in het geval van de PP-kaarhouders op Curaçao, een dienstenpakket wordt aangeboden, waarvan gratis zorg geconsumeerd kan worden. De vraag kan makkelijk toenemen omdat elders de rekening wordt betaald, uit de premiepot of uit het belastinggeld. De koppeling tussen het profijt hebben van een bepaalde dienst en het ‘offer’ dat daarvoor nodig is (nl. de betaling voor de dienst) is er dan niet meer. Normaliter zet het ‘offer’ een rem op de toenemende vraag. In de gezondheidssector betaalt een ander of is er collectief al betaald (via premies), zodat er geen aanvullende betaling nodig is. Dit verschijnsel van ‘moral hazard’ zorgt er dus voor dat er geen prikkel is voor patiënten om zelf, uit kostenoogpunt, keuzes te maken. Maar er zijn natuurlijk wel mogelijkheden om die prikkel weer in te bouwen, bijv. door het vragen van een eigen bijdrage. Dan herstelt zich weer enigszins de afweging van de vraag (bijv. naar een medicijn) en de kosten daarvan. Enigszins, want bij ernstige gezondheidsproblemen is er nauwelijks een keuze, dan is behandeling – hoe duur ook – het enige alternatief.

10.2 Beperking van de vraag

De vraag kan grofweg op twee manieren beperkt worden:

- door voor de diensten een eigen bijdrage te vragen (danwel door een eigen risico in de zorgverzekering), of
- door de aanbieder (i.c. de arts) die de patiënt overtuigt dat voor zijn vraag geen aanbod nodig is.

Van dat laatste is sprake indien de huisarts bijv. geen medicatie verstrekt omdat een bepaald kwaaltje ook zonder geneesmiddel wel over zal gaan. Dan hebben we het over de poortwachterfunctie die uitvoerig in hoofdstuk 6 aan de orde was.

Zoals we zagen in paragraaf 4.2.5 zal een eigen risico in 2008 in Nederland op alle (basis-)verzekeringen van toepassing zijn. In Curaçao geldt deze alleen bij hoger gesalarieerde ambtenaren (BZV) en bij particuliere verzekeringen.

Er kunnen drie motieven zijn voor de toepassing van eigen betalingen in de zorg (‘eigen betaling’ is de verzamelterm voor ‘eigen bijdrage’ en ‘eigen risico’ – zie paragraaf 4.2.5. voor het verschil tussen beiden):

- ze kunnen werken als ‘remgeld’: een doelmatiger gebruik van zorg doordat de verzekerde een betere afweging maakt over het verwachte profijt van de voorziening (verwachte gezondheidsverbetering versus financieel ‘offer’);
- ze zijn een vorm van medefinanciering door de burger, waardoor de (collectieve) lasten van de

Public Consultancy

- voorziening dalen;
- ze zijn een verrekening van elders door de verzekerde bespaarde kosten (bijv. kosten van levensonderhoud bij opname in het ziekenhuis).

Uit experimenten blijkt dat het toepassen van een eigen risico in de verzekeringsvorm tot forse besparingen kan leiden door de lagere zorgconsumptie.

Best practice: het RAND-experiment in de VS

In dit experiment dat acht jaar duurde en betrekking had op 7.700 deelnemers in zes verschillende steden in de VS, kregen de deelnemers verschillende verzekeringspolissen, variërend van geen tot een hoog eigen risico. Resultaat was dat de totale ziektekosten in het geval van een inkomensafhankelijk hoog eigen risico 31% lager waren dan in het geval van een volledige verzekering. Eigen risico voor uitsluitend niet-klinische hulp leidde tot 20% lagere ziektekosten per persoon vergeleken met een volledige verzekeringsdekking. Tevens bleek dat het verminderde gebruik van gezondheidszorg geen significant effect had op de gezondheidstoestand van de deelnemers.⁷³

De onderzoekers stellen dat de gezondheidswinst bij kleine groepen op een kosteneffectieve wijze zou kunnen worden bereikt door gerichte programma's, zoals hoge bloeddrukcontrole en screeningsprogramma's, in plaats van het aanbieden van gratis medische zorg (Van de Ven, 1993, p. 131).

Maar ook de introductie van een eigen bijdrage leidt tot veel minder zorgconsumptie.

Best practice: invoering van eigen bijdragen voor werknemers van de Stanford University (VS)

Vanwege een dreigend financieel tekort besloot deze universiteit om van de werknemers, die tot dan toe volledig verzekerd waren zonder bijbetalingen, voortaan een eigen bijdrage te vragen voor artsconsulten en voor poliklinische verrichtingen (zoals laboratoriumonderzoek en röntgenfoto's).

Resultaat was dat bij een bijbetaling van 25% het aantal artsconsulten daalde met 24% en het aantal poliklinische verrichtingen met 11%. Na invoering van deze procentuele bijbetaling werd de vraag naar medische zorg (en onderzoek) voor onbelangrijke ziekten meer gereduceerd dan voor andere (serieuze) zaken.

Ook na verloop van tijd bleven de resultaten aanhouden (Van de Ven, 1993, p. 134).

Deze en andere gevallen waarbij vormen van eigen betalingen worden ingevoerd, laten steeds dit patroon zien van verminderde vraag naar medische diensten. Men loopt minder makkelijk naar de huisarts of onderzoek dat minder belangrijk wordt gevonden wordt niet gedaan. Over het algemeen leidt dit niet tot meer ziektebeelden, al moet men daar natuurlijk wel op bedacht blijven.

Het is overigens niet de bedoeling dat er door de minder verleende medische zorg er een verergering van de ziekte plaatsvindt, want dat zou contraproductief zijn.

Voor de zorgverzekeringen op Curaçao (incl. de gratis PP-zorg) zou het breder toepassen van een eigen risico en het introduceren van eigen betalingen bij huisartsenconsulten (bijv. rechtstreekse betaling bij de huisartsenpraktijk, met verrekening met het honorarium) en consulten bij specialisten te overwegen zijn.

Voor laag gesalarieerden en PP-kaarthouders zou dan tevens een financiële compensatie plaats kunnen vinden binnen het salaris of onderstanduitkering, waardoor degenen die weinig naar de artsen gaan een voordeel en de frequente artsenbezoekers een financieel nadeel krijgen. Per saldo is er naar verwachting sprake van een (substantiële) kostenbesparing door de volumeafname. Voor chronisch zieken zou een uitzondering gemaakt kunnen worden.

Zeker het vragen van een eigen bijdrage aan patiënten bij verstrekte medicatie zou een prima 'rem' kunnen zijn op de grote geneesmiddelenconsumptie op Curaçao. Ook hier is mondiaal al de nodige ervaring mee: bijbetalen voor medicijnen leidt tot daling van medicijngebruik.

Best practice: de medicijnenknaak in Nederland

In 1983 werd in de ziekenfondsverzekering een eigen bijdrage ingevoerd van f 2,50 per recept, met een maximum

⁷³ Bij groepen met een lage sociaal-economische status (SES) en tevens met een slechte gezondheid bij aanvang van het experiment bleek gedurende het experiment de prevalentie van ernstige symptomen echter groter voor degenen met eigen betalingen dan voor degenen zonder eigen betalingen. Bij groepen met een hogere SES bleek dit verschil niet op te treden.

Public Consultancy

van f 125 per jaar. In het eerste jaar dat deze ‘medicijnenknaak’ gold, daalde het gemiddeld aantal recepten per verzekerde met 20% en nam de hoeveelheid per voorschrift toe met 12%. Het volume-effect was dus 8%. Het voorschrijfgedrag van huisartsen bleek dus gevoelig voor eigen betalingen, al dan niet op verzoek van de patiënt (Van de Ven, 1993, p. 136). Overigens werd na korte tijd de medicijnenknaak al weer ingetrokken, o.a. vanwege administratieve redenen.

Er zijn wel enkele criteria die belangrijk zijn bij het beslissen of een eigen bijdrage wordt ingevoerd (zie: Van de Ven, 1993, p. 140). Te denken valt aan:

- er mag geen drempel worden opgeworpen voor de eerstelijnszorg
- de patiënt moet een reële keuze hebben
- de eigen betaling moet technisch makkelijk uitvoerbaar zijn
- er mag geen sprake zijn van hoge administratieve kosten

Door respondenten werd verschillend gereageerd op de optie van eigen betalingen. Sommige medici waren tegen (vooral de angst voor een drempel, soms vanwege de administratieve rompslomp die men verwachtte), anderen voor (vanwege de rem op het onnodige beroep op de zorg). Vanuit de kant van de patiëntenverenigingen was er geen principieel bezwaar tegen eigen betalingen, mits de armere groepen en chronisch zieken en invaliden maar ontzien of gecompenseerd worden.

Medewerkers van de zorgverzekeraars hadden enige scepsis vanwege de verwachting dat de politiek moeite zou hebben met eigen betalingen, omdat dit een onpopulair thema is. Toch acht bijv. BZV een eigen bijdrage een waardevol instrument tot volumebeheersing, mits in geringe mate toegepast en rekening houdend met draagkracht.

Zoals eerder is aangegeven kan rekening gehouden worden met de bedenking dat geringe draagkracht tot verkeerde vraaguitval zou leiden. Niet door de eigen bijdrage laag te houden – zoals BZV suggereert – maar door compensatie te geven in loon of onderstanduitkering. De eigen bijdrage zelf moet wel wat voorstellen wil deze enig effect hebben (bijv. 20% tot 30% bijbetaling).

Conclusie:

- *Uit praktijkervaring elders blijkt dat het invoeren van vormen van eigen betalingen tot substantiële vermindering van de vraag naar medische zorg leidt, en als gevolg ook tot een forse kostenbesparing.*

Aanbeveling:

- *Voor diverse vormen van medische zorg (zeker bij geneesmiddelen, maar ook bij huisartsenconsult, hulpmiddelen, poliklinische zorg en ziekenhuisopnamen) zouden zonder veel risico voor de volksgezondheid eigen betalingen geïntroduceerd kunnen worden, mits aan enkele voorwaarden wordt voldaan (die o.a. te maken hebben met het voorkomen van een financiële drempel en met de praktische uitvoering ervan, o.a. inning van de bijdrage).*

10.3 Beperking van het aanbod

Een beperking van het aanbod heeft te maken met twee, heel verschillende aspecten. Enerzijds gaat het over een beperking van de zorganspraken door de patiënt geen vergoeding meer te geven voor een bepaalde medische handeling, genees- of hulpmiddel (m.a.w. deze zorg gaat uit het verzekeringspakket).

Anderzijds gaat het over het beperken van de capaciteit van de zorgverleners, omdat overcapaciteit leidt tot meer medische verrichtingen dan strikt nodig is (om alle aanbieders aan een redelijk inkomen te laten komen, moeten er meer diensten worden geleverd).

10.3.1 Beperking van zorgaanspraken (pakketvermindering)

Op dit vlak zijn de afgelopen jaren al enkele vorderingen gemaakt op Curaçao. Met het introduceren van de negatieve lijst zijn er diverse medicijnen uit het verzekeringspakket gegaan. Toch blijft het de vraag of er nog steeds niet teveel medicijnen, verband- en hulpmiddelen vergoed worden. Een groot aantal van hen zijn zonder recept van de arts verkrijgbaar, zoals paracetamol, neussprays, betadine, verbandmiddelen, hoestdrank. Dat zijn over het algemeen geen dure middelen, maar ze veroorzaken wel makkelijk een gang naar de huisarts teneinde deze middelen gratis op recept te krijgen. Dus afgezien van de kosten leiden ze ook tot extra, en veelal onnodige druk op de huisartsenpraktijk.

Door de Inspectie voor de Volksgezondheid N.A. wordt dit standpunt onderschreven. Volgens de Inspectie is de negatieve lijst te beperkt en deze vindt dat alle OTC-geneesmiddelen (die zonder recept verkrijgbaar zijn) buiten het verzekerde pakket moeten vallen (Fontilus en Vos, 2002, p.2).

Een beperking van zorgaanspraken, door het verwijderen van verstrekkingen uit het verzekeringspakket, is alleen verantwoord indien:

- de risico's voor de gezondheid beperkt zijn (lage ziekte- of invaliditeitslast)
- de verstrekking makkelijk uit de eigen portemonnee kan worden betaald
- er geen substitutie naar een duurder middel plaatsvindt
- de externe effecten beperkt blijven (bijv. geen epidemie veroorzaken of geen forse toename van tienerzwangerschappen door schrappen van de anticonceptiepil)

Bijna alle OTC-geneesmiddelen (incl. verbandmiddelen) voldoen wel aan deze criteria. Huisartsen zetten overigens een vraagteken bij het schrappen van een middel als paracetamol, omdat er anders grote kans is dat het duurdere medicijn ibuprofen wordt voorgeschreven als pijnstiller.

Ook is het belangrijk dat periodiek wordt nagegaan of dat de genees- en hulpmiddelen nog wel passend zijn in het pakket. Het College voor zorgverzekeringen (Cvz), dat hierover de Nederlandse minister voor Volksgezondheid adviseert, hanteert daarbij vier principes:

- noodzakelijkheid
- effectiviteit
- kosteneffectiviteit
- uitvoerbaarheid.

Periodiek gaat het Cvz na of de huidige verstrekkingen nog wel aan deze criteria voldoen en of er ook geen middelen zijn die daarom juist toegelaten moeten worden. In paragraaf 4.2.3 werd hier al op gewezen. De overheid en zorgverzekeraars zouden de (zeer uitvoerig gedocumenteerde) analyses van het Cvz ter harte kunnen nemen, en die betrekken bij discussies over de omvang van het verzekeringspakket.

Best practices: één voorbeeld uit het pakketadvies van het Cvs

In laatste pakketadvies (maart 2007) heeft het Cvs het advies uitgebracht om benzodiazepinen te schrappen vanwege onvoldoende aangetoonde effectiviteit (zie: College voor zorgverzekeringen, 2007 b, p. 25 en bijlage bij dit pakketadvies, pp. 91-105). Dit betreft een medicatie bij slaap- en angststoornissen en is in Nederland een van de meest voorgeschreven middelen, terwijl de nationale en internationale richtlijnen alleen kortdurend gebruik aanbevelen. Bij inadequaat voorschrijven leidt het tot medicijnverslaving. Daarom en vanwege de hoge kosten van het medicijn adviseerde het Cvz om vergoeding nog maar in bepaalde gevallen toe te laten. De Minister nam dit advies over waardoor het kortdurend gebruik voortaan voor eigen rekening komt.

Net als bij het thema eigen betalingen kan financiële compensatie geboden worden indien het schrappen van middelen uit het verzekeringspakket tot een forse financiële aderlating leidt bij arme of chronisch zieke patiënten.

Tot pakketvermindering hoort ook het maximeren van het aantal behandelingen door paramedici. Een beperking van het aantal zittingen bij de fysiotherapeut, de diëtist en de psycholoog is er de afgelopen jaren al gekomen. Mogelijkerwijs zou deze beperking verder gelimiteerd kunnen worden, tenzij een verergering van de kwaal tot hogere medische kosten zou leiden. Bij een groter aantal behandelingen zou een hoge eigen bijdrage

kunnen gelden.

Ook zou een limitering van consulten bij de psychiater overwogen kunnen worden. Het aantal behandelingen door psychiaters is relatief hoog,

10.3.2 Beperking van de medische overcapaciteit

Er zijn diverse malen berekeningen gemaakt over het aantal benodigde (para)medische beroepsbeoefenaren. De laatste dateert van 2005 (in de update van het rapport Sanctu Remedi (WeWIG, 2006).

In paragraaf 8.2 zagen we al dat er elf specialismen een (soms vrij forse) overcapaciteit kennen in vergelijking met de berekende noodzakelijke capaciteit. Daarnaast zijn er veel te veel huisartsen (ongeveer eenderde deel is er teveel; dit betreft 37 huisartsen) en een kwart teveel tandartsen. Binnen het segment paramedici valt op dat tweederde deel van het aantal fysiotherapeuten aan overcapaciteit bestaat (90 aanwezig, ruim 27 nodig).⁷⁴

Een dergelijke overcapaciteit in de medische sector zorgt voor een hogere medische kosten dan strikt nodig is. Immers, er zijn dan meerdere beroepsbeoefenaren die de kost willen verdienen met een relatief beperkt aantal patiënten. De enige manier om dat te doen is het verlenen van meer zorg dan normaliter had gehoeven. We zagen dat al bij de bespreking van de overproductie van medisch specialisten (paragraaf 8.2), en dat geldt ook voor de paramedici.

Bij huisartsen is er geen kostenverhoging vanwege het (te) grote aantal huisartsen aangezien de meesten hun beloning krijgen via het abonnementensysteem van BZV en SVB, maar daar uit het kostenaspect zich in de jarenlange strijd van de huisartsen om het abonnementstarief verhoogd te krijgen. Bij een lager aanbod van huisartsen zou deze beroepsgroep een adequate vergoeding kunnen hebben (per huisarts gemiddeld hoger dan nu het geval is).

Op zich hoeft de overcapaciteit aan botica's geen consequenties te hebben voor de gezondheidskosten, aangezien botica's geen zorg veroorzaken, maar op bestelling leveren. De verwachting is dat – als de maatregelen uit paragraaf 7.6 ingevoerd worden, waardoor de omzet en de marges voor botica's fors onder druk komen te staan – diverse botica's financieel in problemen zullen raken, hetgeen een normale reactie is na de hausse aan botica's van de laatste jaren. De marktwerking zal vervolgens vanzelf leiden tot een geringer aantal botica's.

Normaal gesproken zou bij overcapaciteit de prijs van het product gaan dalen, maar omdat er geen echt marktmechanisme aanwezig is in de gezondheidssector (met name de specialistische zorg, zie paragraaf 10.1), en omdat er de prijzen vast liggen, leidt overcapaciteit niet tot lagere prijzen van de medische handelingen maar tot volumeverhoging bij gelijkblijvende prijzen, dus per saldo tot kostenverhoging. Dit verschijnsel wordt algemeen onderkend.⁷⁵

De beste manier om tot kostenbeheersing te komen is dus om de capaciteit van de medici (en paramedici) te beperken.

Dat is op Curaçao in het verleden ook één maal gedaan, nl. via de Moratoriumwet (1997). Het is onduidelijk, maar zeker onbegrijpelijk dat het limiteren van het aantal medici in sectoren waar overcapaciteit is (bijna overal) niet is voortgezet.

Begin van deze eeuw is vervolgens de Landverordening Beperking vestiging beroepsbeoefenaren door de N.A. vastgesteld. In deze Landsverordening is een algemeen verbod van vestiging van beroepsbeoefenaren⁷⁶ in de gezondheidszorg neergelegd, waarbij de Minister ontheffing kan verlenen. In de Memorie van Toelichting wordt gesteld dat er voor de komende twee jaar het uitgangspunt geldt dat er een absolute stop moet komen op de instroom van beroepsbeoefenaren, dus ook geen ontheffing wordt toegestaan. Gelet op de noodzaak om een beheersing van de kosten in de gezondheidszorg tot stand te brengen wordt een dergelijke maatregel – terecht –

⁷⁴ Het kan zijn dat de overcapaciteit iets geringer is als sommigen part time werken.

⁷⁵ Zie o.a. de Memorie van Toelichting bij de Landsverordening Beperking medische beroepsbeoefenaren: "...uit onderzoek is gebleken dat uitbreiding van het aantal geneeskundigen op zich zelf een toename van het aantal medische verrichtingen met zich meebrengt (p.1), en de Eilandelijke Raad voor de Volksgezondheid: "...een ijzeren wet in de zorg: meer aanbod leidt tot meer consumptie en daarmee kosten. Een overaanbod zoals wij dat kennen leidt ongetwijfeld tot meer medische handelingen dan noodzakelijk (en daarmee meer kosten en iatrogene schade)", 2006, p. 2.

⁷⁶ Onder beroepsbeoefenaren worden verstaan: geneeskundigen, tandheeskundigen, apothekers, apothekersassistenten, vroedvrouwen en fysiotherapeuten.

onvermijdelijk gezien.

Aangezien voor de inwerkingtreding van deze Landsverordening een daartoe strekkend besluit van het Bestuurscollege van het EGC nodig is, en dit besluit tot op heden niet is genomen, is het vestigingsbeleid nog steeds niet in werking getreden op Curaçao. Het is onbegrijpelijk dat het EGC dit nog steeds niet heeft gedaan! Ook de Eilandelijke Raad voor de Volksgezondheid heeft aangedrongen op de invoering van een vestigingsbeleid (2006). De in het rapport Santu Remedi vastgelegde aantallen medische beroepsbeoefenaren zouden volgens de Raad als uitgangspunt genomen dienen te worden, met de noodzaak in sommige gevallen wegingsfactoren te introduceren.

Hoewel het beperken van het aantal medici primair een land- en eilandverantwoordelijkheid is, hebben ook de zorgverzekeraars de mogelijkheid om op eigen titel een restrictief toelatingsbeleid te voeren. Daar wordt echter onvoldoende werk van gemaakt.

Volgens BZV kan een op Curaçao gevestigde medicus echter niet geweigerd worden. Als iemand vanwege het departement van Volksgezondheid en het EGC een unicode gekregen heeft (en dus toestemming heeft zich te vestigen en een werkvergunning heeft), dan kan BZV – zo vindt BZV – zo iemand niet weigeren. Bovendien wijst BZV op Publicatieblad 165, waarin de vrije artskeuze van land- en eilanddienaren geregeld is. Voor PP- en GTZ-doelgroep geeft BZV echter wel aan het aantal artsen te kunnen beperken.

Tegen deze redenering valt het volgende in te brengen:

- los van de primaire toetsing door het departement van Volksgezondheid (die vooral op formele vestigingseisen en medische aspecten let), kan een verzekeraar op gronden van doelmatigheid (bijv. als er al overcapaciteit is) weigeren een gevestigde medicus in te schrijven. Dat is de eigen bevoegdheid van een zorgverzekeraar. Feitelijk hanteert BZV (in een andere procedure) ook andere gronden om iemand niet tot het zorgverlenerbestand toe te laten. Zo zouden de artsen die per 1 december 2006 niet hadden gereageerd op de herregistratieprocedure afgevoerd worden van het zorgverlenerbestand. Blijkbaar heeft een arts dan toch geen automatische toegang tot dit BZV-bestand;
- dat land- en eilanddienaren het recht op vrije artskeuze hebben, betekent nog niet dat deze artsen ingeschreven hoeven te worden in het BZV-bestand. Zolang de declaraties van de betreffende ambtenaren maar vergoed worden is er niets aan de hand. Overigens is het de vraag of een dergelijke vrije artskeuze nog wel past binnen een modern (kostenbeheersend) zorgstelsel;
- zelfs daar waar BZV tot limitering van het aantal artsen (i.c. specialisten) bevoegd is, doet zij dat niet, getuige het feit dat er afgelopen jaar een aantal extra specialisten zijn gecontracteerd voor de PP-zorg (zie paragraaf 8.4.3, m.n. de daar genoemde brief van BZV d.d. 2 februari 2007).

BZV zegt in 2005 en 2006 acht specialisten te hebben toegelaten, deels als vervanging, deels als uitbreiding. Het aantal toegelaten huisartsen was er één in 2005 en zes in 2006.

SVB hanteert wel een beperking van het aantal artsen, maar doet dat niet consequent. Het beleid (vanaf juni 2003) is dat er geen nieuwe huisartsen worden ingeschreven, maar in 2005 werden er toch vijf nieuwe artsen toegelaten; het betref allemaal 'landskinderen' waarvoor SVB een uitzondering maakt. In datzelfde jaar werden er 4 psychiaters toegelaten.

Tegen dit beleid van SVB pleit het volgende:

- SVB stelt dat ze voor de bepaling van het noodzakelijk aantal huisartsen kijkt naar het aantal SVB-verzekerden; een beperking tot het SVB-contingent i.p.v. te relateren aan het SVB- en BZV-contingent tezamen leidt echter tot een teveel aan geraamde huisartsen;
- het is discriminatoir en in ieder geval ook ondoelmatig om uitzonderingen te maken voor landskinderen (nog afgezien van het feit dat daarbij ook niet gelet wordt op het hebben van een adequate huisartsenopleiding).

Gelet op de noodzaak om een beperkend toelatingsbeleid te voeren, zien we dat BZV en SVB geen of een te beperkt gebruik maken van de mogelijkheden die deze zorgverzekeraars hebben om de instroom van medici te beperken.

10.4 Marktwerking een optie?

Eerder zagen we al dat er geen sprake is van een ‘echte’ marktwerking in de gezondheidssector (paragraaf 10.1). Ook de Eilandelijke Raad voor de Volksgezondheid onderschrijft dat er “absoluut geen sprake is van een (goed werkend) marktmechanisme” (2006, p.2).

Aangezien de markt niet (echt) werkt, zijn er andere methoden nodig om de kosten niet onnodig op te laten lopen. Vandaar dat er eerder in dit hoofdstuk zowel vraag- als aanbodbeperkende maatregelen worden voorgesteld om de kosten te beheersen en waar mogelijk te reduceren.

Maar is marktwerking dan helemaal geen optie?

Niet altijd is sturing via vraag- of aanbodregulering nodig. Zo zal na het invoeren van kostenreducerende maatregelen de marktwerking vanzelf wel leiden tot een geringer aantal botica's (zie paragraaf 10.3.2). Het pleidooi van botica-eigenaren om in plaats van een vestigingsbeleid voor apothekers te voeren de markt zijn werk te laten doen (botica de Savaan e.a., 2006), kan dan ook onderschreven worden.

Marktwerking tussen specialisten of tussen ziekenhuizen op Curaçao lijkt een heilloze weg. In tegenstelling tot Nederland, waar wel enige concurrentie aan het ontstaan is via de systematiek van de zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), die in 2005 werd ingevoerd. Maar afgezien van het feit dat slechts 10% van de verrichtingen in het ziekenhuis onder een DBC valt (dit percentage zal overigens wel hoger worden), zijn er nog vele problemen aan verbonden. Het systeem is nog te gecompliceerd en het ‘fit’ nog niet met de bekostiging van het ziekenhuis via een budget dat van andere parameters afhankelijk is. Maar bovenal: in Nederland is met zijn groot aantal ziekenhuizen (en commerciële klinieken) in principe marktwerking mogelijk. Dat is voor Curaçao, gelet op de schaal, praktisch onmogelijk. Daar is de GMSB-ontwikkeling (dat een integratie inhoudt van SEHOS en de klinieken) relevanter.

Maar er is wel een mogelijkheid voor marktwerking bij de ambulancediensten van CEMS. Het zgn. ‘besteld vervoer’ voor ritten tussen ziekenhuis en thuis is buiten proporties hoog te noemen (NAf 458 per rit). Het EGC past elk jaar al vele tonnen bij, bovenop de getarifeerde tarieven per spoedrit en bestelde rit. Het introduceren van concurrentie voor de spoedritten lijkt niet goed mogelijk, maar voor bestelde ritten wel. In het verleden voerde het Blauwe kruis bestelritten uit voor de FZOG-patiënten (en thans voor sportwedstrijden). En er zijn nog meer vervoersorganisaties die wellicht veel goedkoper zouden kunnen offeren voor het besteld vervoer van CEMS. BZV noemt het collectieve vervoer door de wijkverpleging en de Nierstichting (begroting 2007 voor het EGC, p. 29). Het zou derhalve wijs zijn om dergelijke marktwerking voor patiëntenvervoer te introduceren. Dat zou flink wat kosten kunnen besparen.

Conclusies:

- *Er is geen medische noodzaak om de middelen die zonder doktersrecept verkrijgbaar zijn te blijven vergoeden (uitzonderingen daargelaten).*
- *Het Nederlandse College voor zorgverzekeringen heeft veel expertise bij het toetsen van genees- en hulpmiddelen op bijv. noodzakelijkheid effectiviteit en kosteneffectiviteit.*
- *Er is bij veel medische beroepsbeoefenaren sprake van een overcapaciteit op Curaçao, hetgeen leidt tot hoge kosten van volksgezondheid.*
- *Het invoeren van een restrictief vestigingsbeleid voor beroepsbeoefenaren is een belangrijk middel om overcapaciteit van medici (en paramedici) te reduceren.*
- *Er is nog geen vestigingsbeleid van overheidswege omdat het EGC de betreffende Landsverordening nog niet heeft ingevoerd.*
- *Er wordt door BZV geen en door SVB een beperkt toelatingsbeleid voor medici gevoerd; in beide gevallen maken de zorgverzekeraars geen optimaal gebruik van de aan hen toekomende discretionaire bevoegdheden.*
- *Marktwerking is normaliter geen oplossing voor de kostenproblematiek in de gezondheidszorg op Curaçao (uitzonderingen daargelaten).*

Aanbevelingen:

- *Het is zinvol om periodiek het verzekeringspakket tegen het licht te houden.*
- *Er zijn voldoende redenen om de meeste genees- verband- en hulpmiddelen die zonder doktersrecept verkrijgbaar zijn, uit het verzekeringspakket te schrappen.*
- *Bij het bepalen van het toelaten van middelen tot of schrappen uit het verzekeringspakket is het raadzaam om de expertise van het Cvz te gebruiken.*
- *Het verder beperken van het te vergoeden aantal zittingen bij de fysiotherapeut, de diëtist en de psycholoog is te overwegen; bij een groter aantal behandelingen zou een hoge eigen bijdrage kunnen gelden. Ook is het beperken van de vergoeding voor een maximaal aantal consulten bij de psychiater te overwegen.*
- *Het EGC moet zo spoedig overgaan tot inwerkingtreding van de Landverordening Beperking vestiging beroepsbeoefenaren.*
- *Parallel daaraan moeten BZV en SVB gezamenlijk een toelatingsbeleid voeren dat gericht is op het terugbrengen van de overcapaciteit aan medische beroepsbeoefenaren, en daarbij geen onderscheid maken naar afkomst van de medici, maar naar de bekwaamheid.*
- *Bij het patiëntenvervoer (bestelde ritten) zou marktwerking geïntroduceerd kunnen worden teneinde de (te) hoge prijs van CEMS te drukken.*

11. Effectieve en doelmatige inkoop van zorg

11.1 De spilfunctie van de zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel

In het Hoofdrapport wordt als belangrijk uitgangspunt geformuleerd dat de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor het sturen op het budget (paragraaf 4.1, punt 4 van het Hoofdrapport). Maar ook op de daarbij behorende prestaties, het doelmatig omgaan met resources, het voorkomen van verkwisting en het meten van de (on)doelmatigheid. De zorgverzekeraars hebben immers, meer dan de andere actoren, zicht op de kostenontwikkeling, en zij hebben een directe relatie met de zorgaanbieders.

Ook in Nederland is bepaald dat de inkoop van zorg en de verantwoordelijkheid dat dat zo doelmatig mogelijk gebeurt bij de zorgverzekeraars is neergelegd. Die verantwoordelijkheid is na de stelselwijziging van 2006 alleen maar sterker geworden.

We zien dan dat de Nederlandse zorgverzekeraars deze nieuwe verantwoordelijkheid goed oppakken. Door bijv. betere zorgcontracten af te sluiten met zorgaanbieders, door incentives te geven voor doelmatig gedrag, door meer aan preventie te doen en door een preferentiebeleid te voeren t.a.v. medicijnen. In eerdere hoofdstukken zijn deze voorbeelden al aan de orde geweest. Het beleid van de zorgverzekeraars wordt ondersteund door een goede informatievoorziening, waarbij kennisinstituten een grote rol spelen.

Het is belangrijk dat de beide grote zorgverzekeraars op Curacao ook een dergelijke ontwikkeling mee gaan maken. Niet in een concurrerende positie, zoals dat in Nederland het geval is, maar door gezamenlijk op te trekken.

11.2 De huidige zorginkoop door BZV en SVB nader beoordeeld

Op sommige punten is de zorginkoop de afgelopen jaren verbeterd:

- er zijn handleidingen verschenen over doelmatig (rationeel) voorschrijven van medicijnen, incl. een negatieve lijst;
- SVB heeft de receptregelvergoeding voor botica's ingevoerd;
- er is spiegelinformatie over voorschrijfgedrag en verwijzingsgedrag van huisartsen;
- er zijn afspraken met huisartsen over nascholing gemaakt;
- het verwijzen voor onderzoek naar laboratoria is verbeterd via de nieuwe verwijzingsformulieren;
- bij medische uitzendingen is het regiobeleid versterkt.

Daarbij valt op dat sommige maatregelen veel eerder door SVB zijn ingevoerd en dat BZV meestal wat naijlt (doelmatig voorschrijven, spiegelinformatie, bezuinigingen op kosten medicijnen, nascholing met huisartsen).

Toch schort er nog veel aan de zorginkoop:

- beide zorgverzekeraars trekken meestal gescheiden op en delen nauwelijks informatie;
- er is geen sprake van een vergelijkbare sturing, noch van dezelfde tarieven;
- de gebruikte spiegelinformatie is verre van compleet en er zijn geen gelijke maatstaven tot beoordeling, noch uitwisseling van de analyses door de beide zorgverzekeraars;
- er is geen incentivebeleid t.a.v. (on)doelmatig gedrag van artsen;
- er zijn geen zorgcontracten van SVB met huisartsen en geen kwalitatief goede zorgcontracten van BZV met huisartsen; daardoor liggen er geen afspraken over de taakuitoefening van de huisarts, noch over het doelmatig verstrekken van zorg, het werken volgens protocollen of over kwaliteitseisen;
- er zijn (op één uitzondering na) geen of geen adequate afspraken van BZV, COMSZ en SVB met specialisten (geen ex ante concrete prestaties, geen protocollen verplicht, geen afspraken over doelmatigheid, geen kwaliteitsbewaking);
- de zorgverzekeraars houden te weinig toezicht op de doelmatigheid van de geleverde diensten door specialisten (alleen controle op juiste facturering, geen beoordeling op de doelmatigheid);
- er zijn geen goede richtlijnen gericht op het doelmatig aanvragen van onderzoek door laboratoria;
- de beide zorginkopers gebruiken te weinig instrumenten om (binnen het wettelijk kader) de kosten van geneesmiddelen te beperken;
- BZV heeft verzuimd op te treden tegen de ondoelmatige honorering van COMSZ-specialisten;

Public Consultancy

- de medische uitzendingen naar het buitenland zijn nog veel te kostbaar;
- mogelijkheden om efficiënter met de derdelijnszorg om te gaan zijn nog lang niet uitgeput, de zorgverzekeraars hebben daar geen sturende rol in;
- er zijn geen adequate zorgcontracten met ziekenhuis en klinieken teneinde ex ante de prestaties en de vereiste kwaliteit vast te leggen;
- de monitoring van de prestaties en de kwaliteit van het ziekenhuis en de klinieken is nog geen gemeengoed, waardoor inzicht ontbreekt in verbeteringsmogelijkheden die ook tot kostenbesparing leiden (te regelen via zorgcontracten met ziekenhuis en klinieken);
- SVB en BZV verzuimen om een stringent toelatingsbeleid voor medische beroepsbeoefenaren toe te passen.

Let wel, het gaat bij bovengenoemde tekorten in de zorginkoop niet om gevallen waar land of EGC verzuimd hebben om wettelijke bevoegdheden te geven of om nadere regels te stellen (zoals het uitblijven van een vestigingsbeleid, wettelijke maatregelen om kosten van medicijnen te beperken of het beperken van zorgaanpakken door patiënten).

11.3 Verbeteringsmogelijkheden voor inkoop door zorgverzekeraars

Gelet op het grote aantal tekortkomingen in de zorginkoop en het nog niet voldoende gebruik maken van bevoegdheden die de beide zorgverzekeraars hebben, ligt er nog een scala aan te nemen maatregelen in het verschiet. In de eerdere hoofdstukken zijn deze al aan de orde geweest. We zullen ze daarom niet herhalen.

De verbetermogelijkheden zijn in een paar grote clusters samen te vatten:

a. het maken van zorgcontracten die heel specifiek ingaan op de prestaties, kwaliteit en doelmatig gedrag van de zorgverleners

Goede voorbeelden zijn te vinden in Nederland (in dit onderzoek is gerefereerd aan de overeenkomsten van CZ en VGZ) en Aruba. Het vergt wel het hebben van goed inzicht in wat van de zorgaanbieders verwacht kan worden, zeker ook qua prestaties.

b. het genereren van informatie die inzicht geeft in de kwaliteit, de doelmatigheid en de kosten van de zorg

Dit zullen de zorgverzekeraars niet alleen kunnen. Een belangrijks rol ligt hier ook weggelegd voor de Inspectie voor de Volksgezondheid.

Gebruik kan worden gemaakt van, of men kan eventueel aansluiten bij de expertise van Nederlandse kennisinstituten.

c. het voeren van een zodanig incentivebeleid dat dit het gedrag van de zorgverleners structureel beïnvloedt

Er bestaat schroom bij de zorgverzekeraars om een krachtig incentivebeleid te voeren. SVB geeft bijv. aan dat men “gepaste zuinigheid” moet betrachten, hetgeen in strijd zou zijn met het geven van financiële beloningen. Hiermee miskent SVB de meerwaarde van het geven van incentives. Beide zorgverzekeraars staan ook niet te trappelen om ondoelmatige zorgaanbieders stevig aan te pakken. Dat is de cultuur op dit moment (nog) niet.

Best practice: het Quality and Outcome Framework in het Verenigd Koninkrijk

In het kader van het invoeren van het Quality and Outcome Framework werden in april 2004 nieuwe huisartsencontracten afgesloten. Voor dit contract worden de prestaties van huisartsenpraktijken gemeten met 147 indicatoren uit vier domeinen (klinische patiëntenzorg, praktijkorganisatie, patiëntenervaringen en dienstverlening). De prestatie wordt uitgedrukt in punten. Naarmate de score hoger is, is de financiële beloning ook hoger. Maximaal kan een arts 20% additioneel inkomen verwerven. Het initiatief is met enthousiasme door huisartsen ontvangen.

De scores bleken tamelijk hoog. Het lijkt er op dat er fors is geïnvesteerd in ICT, dat artsen meer aandacht zijn gaan besteden aan complexe medische problemen en dat verpleegkundigen de chronische routinehandelingen uitvoeren. Ook kwamen er meer data beschikbaar. Nadeel was o.a. de toegenomen bureaucratie en een zekere datamanipulatie (zie: Gezondheidsraad en Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2006, p.36).

Uit onderzoek is af te leiden dat hogere beloningen mogelijk effectiever zijn dan lage, maar dat hiermee datamanipulatie in de hand gewerkt kan worden. Ook blijken beloningen effectiever als de reputatie van de

zorgverlener in het geding is. Dit laatste pleit voor openbaarmaking van de prestaties c.q. het ondoelmatig gedrag. Zie: Gezondheidsraad en Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2006, p.35.

d. het gelijk optrekken van de beide zorgverzekeraars, eventueel ook samen met de particuliere verzekeraars
We hebben gezien dat SVB en BZV verschillende sturingsinstrumenten toepassen, en voorzover het instrumentarium wel vergelijkbaar is (bijv. de spiegelinformatie) wisselen ze deze niet uit (en hanteren ze ze verschillend).

In de toekomst zouden de zorgverzekeraars veel inniger samen moeten gaan werken. Eerdere afspraken om dat te doen hebben niet veel succes gehad. Zo voorzag het op 30 maart 2000 gemaakte protocol van afspraken tussen SVB en BZV in o.m. het “gezamenlijk ondernemen van zorginkoop”, het streven naar uniforme tarieven, uniforme verzekeringspakketten en het ‘poolen’ van resources. Van dit alles is niets terecht gekomen.

De uitkomst van een recente poging om nauwer samen te werken is nog ongewis.

Begin 2007 werkten BZV en SVB slechts op een beperkt aantal terreinen samen.

11.4 Naar een integratie van beide zorgverzekeraars

De samenwerking zou op afzienbare termijn het best kunnen leiden tot een (complete) integratie van de beide uitvoeringsorganisaties van SVB en BZV.

Dat hoeft nog niet te betekenen dat de juridische inbedding van beide organisaties hoeft te veranderen (SVB als verzekeraars voor loontrekkenden waarvoor premie wordt afgedragen, en BZV enerzijds als verzekeraar voor ambtenaren waarvoor premie wordt afgedragen en anderzijds als uitvoeringskantoor voor het uit belastinggeld gefinancierde zorgpakket voor on- en minvermogenden en uitvoerder van de ziektekostenanspraken van een fonds). Overigens maakt een dergelijke integratie het veel makkelijker om tot één algemene zorgverzekering (AZV) te komen.

Die integratie heeft een groot aantal voordelen:

- door de schaalvergroting kunnen allerlei diensten (en goederen) goedkoper worden ingekocht;
- door de macht van het getal (80% van de inwoners krijgt dan via de nieuwe organisatie zorg aangeboden) is er veel betere sturing te geven aan een effectieve en doelmatige inkoop van zorg
- de beschikbare informatie kan beter gemacht en verrijkt worden
- er zijn meer mogelijkheden om de zorginkoop kwalitatief te versterken (kwaliteitsslag bij de zorginkopers)
- de integratie van beide uitvoeringorganisatie leidt onherroepelijk tot minder kosten in het administratie en ondersteunende functies, waardoor er zowel mogelijkheden komen tot bezuiniging op het uitvoeringsapparaat als tot het verschuiven van overhead naar uitvoerende zorg.

11.5 Betere aansturing van de overheid van de zorgverzekeraars

SVB valt onder de ministeriële verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Ontwikkeling.

Het houden van toezicht is neergelegd bij een Raad van Toezicht en Advies, bestaande uit vertegenwoordigers van maatschappelijke groeperingen, werknemers- en werkgeverskring.

BZV valt onder de Stichting BZV, waarbij de gedeputeerde voor Volksgezondheid qualitate qua voorzitter is van het stichtingsbestuur en de directeur GGD q.q. vice-voorzitter. De bestuursleden zijn vertegenwoordigers van het land en van de eilanden waar BZV werkzaam voor is.

In de toekomst zal de rol van de N.A. uitgespeeld zijn. Een zekere bestuurlijke integratie van SVB en BZV hoort dan tot de mogelijkheden.

Zeker zo belangrijk is de vraag hoe de beide zorgverzekeraars c.q. de nieuwe geïntegreerde zorgverzekeraar aangestuurd zal worden door de eilandbesturen (met inbreng vanuit maatschappelijke organisaties): weer vanuit een bestuur waarin de eilandbesturen vertegenwoordigd zijn (zoals thans bij BZV) of via een contract met de onderscheiden eilandbesturen.

Er is veel voor te zeggen om de huidige diffuse aansturingsvorm die BZV kent, te vervangen door een waarbij de afzonderlijke eilanden ieder voor zich (of gezamenlijk) een uitvoeringscontract sluiten met BZV c.q. de nieuwe zorgverzekeraar.

Een groot nadeel is nl. bij de huidige BZV-bestuursvorm dat de Gedeputeerde (namens het BC) zowel beleid

moet maken en toezicht moet houden, maar tegelijkertijd rechtstreeks de BZV-directie aanstuurt als stichtingsvoorzitter. Een vergelijkbaar rolconflict bestaat er voor de directeur van de GGD, die het BC en de Gedeputeerde ondersteunt in de beleidsontwikkeling en het toezicht, en tegelijkertijd verantwoordelijk is als bestuurder voor BZV. M.a.w. de Gedeputeerde en de GGD-directeur hebben te maken met conflicterende belangen en verantwoordelijkheden. Dat was reden voor de directeur van de GGD om zijn functie als BZV-bestuurder ter beschikking te stellen.⁷⁷

Onlangs heeft de Algemene Rekenkamer Nederlandse Antillen in andere gevallen van verstengeling van bevoegdheden (de Gedeputeerden als voorzitter q.q. van gesubsidieerde stichtingen) geoordeeld dat de rol van de Gedeputeerden bij de stichtingen geëlimineerd moet worden.⁷⁸

Een betere constructie is daarom dat het EGC (en de andere eilandbesturen) voortaan via een zorgcontract of via een subsidierelatie inhoudelijk en financieel sturing geeft aan de uitvoeringsorganisatie van de (geïntegreerde) zorgverzekeraar. Dan blijven de bestuursverhoudingen zuiver en worden de mogelijkheden tot sturing effectiever en sterker naarmate het zorgcontract of subsidiebeschikking ingaat op de relevante sturingsvraagstukken.

Conclusies:

- *Hoewel er vergeleken met een aantal jaren geleden een verbetering is opgetreden in de zorginkoop door BZV en SVB, schort er nog veel aan.*
- *In de toekomst voldoet de wijze van aansturing zoals nu tussen EGC en BZV bestaat niet meer.*

Aanbevelingen:

- *Verbeteringsmogelijkheden t.a.v. de zorginkoop door BZV en SVB zijn er t.a.v.:*
 - *het maken van zorgcontracten die heel specifiek ingaan op de prestaties, kwaliteit en doelmatig gedrag van de zorgverleners;*
 - *het genereren van informatie die inzicht geeft in de kwaliteit, de doelmatigheid en de kosten van de zorg;*
 - *het voeren van een zodanig incentivebeleid dat dit het gedrag van de zorgverleners structureel beïnvloedt;*
 - *het gelijk optrekken van de beide zorgverzekeraars, eventueel ook samen met de particuliere verzekeraars.*
- *BZV en SVB zouden op afzienbare termijn het best volledig geïntegreerd kunnen worden als uitvoeringsorganisatie.*
- *BZV c.q. de uitvoeringsorganisatie van de (geïntegreerde) zorgverzekeraar zou beter aangestuurd kunnen worden door EGC en andere eilandbesturen via een zorgcontract of subsidierelatie.*

⁷⁷ Brief van de heer Bodok aan het bestuurscollege EGC, d.d. 19 mei 2006.

⁷⁸ ARNA, Rapport bevattende de uitkomsten van het onderzoek naar de subsidieverstrekking door het Eilandgebied Curaçao, d.d. 9 augustus 2007.

12. Samenvattende conclusies en aanbevelingen voor de implementatie

In dit hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen uit de eerdere hoofdstukken niet herhaald. Er wordt alleen ingegaan op de (professionele) ontwikkelingen in de medische sector tegen de achtergrond van het toenemend belang van doelmatig verstrekte zorg.

Daarnaast wordt er stil gestaan bij de mogelijkheden om de aanbevelingen van dit Deelrapport om te zetten in daadwerkelijk te implementeren maatregelen.

12.1 De ontwikkeling van de professionaliteit van de arts en de doelmatigheid van de zorg

In het advies “Professionals in de gezondheidszorg” (2000, pp. 28-32) heeft de Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid en Zorg enkele ontwikkelingen geschetst voor huisartsen en specialisten:

- van deskundige naar deskundige, tevens onderhandelaar;
- van private naar publieke actor;
- van beroepsbeoefenaar naar beroepsbeoefenaar en organisatiegenoot;
- van solist naar teamplayer.

Wij geven in het kort aan wat de Raad hiermee heeft bedoeld en leggen vervolgens een link met de thema's van dit Deelrapport.

a. van deskundige naar deskundige, tevens onderhandelaar

Het kennismonopolie van de arts (zeker van de huisarts) is verdwenen: patiënten worden mondiger en zij hebben ook toegang tot medische kennis (bv. via internet). Als professional moet de arts de in protocollen verankerde kennis vertalen naar de individuele patiënt die ook zijn inbreng heeft.

Relatie met het Deelrapport:

De valkuil is dat de arts de patiënt die zich eisend opstelt ‘tevreden houdt’ door medicijnen voor te schrijven of te verwijzen. Als ‘echte’ onderhandelaar met betere (evidence-based) medische kennis zal de arts zich hiertegen moeten verweren. Als deskundige heeft de arts dus te maken met een mondiger patiënt, die terecht inbreng levert en kritisch is, maar dat mag nooit zover gaan dat de arts als professional zijn eindverantwoordelijkheid voor de therapie feitelijk ‘overlaat’ aan de patiënt die medicatie of een regelmatige check up eist of doorverwijzing naar de specialist, als daar om medische redenen geen noodzaak voor bestaat.

b. van private naar publieke actor

De gezondheidszorg wordt grotendeel betaald uit wettelijk geheven premies (of belastinggeld), en maar in zeer beperkte mate rechtstreeks door de patiënt. Aangezien de volksgezondheidssector vooral uit collectieve middelen wordt betaald, wordt deze sector gezien als een sector met een publieke taak. Dat maakt de artsen steeds meer tot een publieke actor.

Relatie met het Deelrapport:

Artsen zouden, als professional, voortdurend moeten werken aan het ontwikkelen en transparanter maken van de professionele standaarden. Dat gebeurt onder meer in protocollen en standaarden die voor het publiek (en de overheid) beschikbaar zijn. Publieke verantwoording over de geleverde zorg, de kwaliteit ervan en de kosten die ermee samenhangen zijn wezenlijk in een modern zorgsysteem. Het verlenen van zorg is dus niet alleen iets tussen arts en patiënt.

Professionals in de zorg hebben ook een belangrijke rol in het gezondheidsbeleid. Hun praktische kennis uit de zorgpraktijk is belangrijke informatie voor het overheidsbeleid. Maar niet alles wat vakinhoudelijk mogelijk is, komt in aanmerking voor collectieve financiering. Beslissingen daarover vallen in het publieke domein.

c. van beroepsbeoefenaar naar beroepsbeoefenaar en organisatiegenoot

In de besluitvorming over de organisatie van de patiëntenzorg hebben zorginhoudelijke en bedrijfsmatige overwegingen evenwichtig een plaats. De professionele inbreng is in zorgorganisaties gegarandeerd, het management ziet daarop toe. Binnen de organisatorische context waarin professionals werken, schept het management daartoe de voorwaarden.

In (medische) zorgorganisaties zijn voldoende voorwaarden aanwezig om tot adequate samenwerking met andere disciplines mogelijk te maken

Relatie met het Deelrapport:

Organisatorische verbondenheid betekent onder meer dat er zo optimaal mogelijk gebruik wordt gemaakt van de (gezamenlijke) diagnostiserende en therapeutische middelen. En het betekent dat integrale zorg aan de patiënt wordt gegeven, bij voorbijgaan aan de (eigen) deelbelangen.

d. van solist naar teamplayer

Artsen werken als professionals niet alleen samen met collega's van eenzelfde discipline (zoals in een maatschap van specialisten), maar ook met mensen uit andere disciplines. Ze nemen kennis van en houden rekening met ontwikkelingen op aanpalende vakgebieden en andere disciplines.

Relatie met het Deelrapport:

Samenwerking betekent het delen van kennis, in plaats van dat ieder een eigen kennismonopolie opbouwt (met gebruikmaking van deels dezelfde onderzoekstechnieken). Samenwerking betekent ook dat een specialist een huisarts voortdurend op de hoogte houdt hoe het staat met de overgedragen patiënt, en deze niet langer dan nodig in de tweede (of derde) lijn houdt. En de huisarts bij de overdracht terug goed informeert over (en zonodig adviseert bij) de vervolgetherapie.

We zien dus, kort samengevat, dat de medisch professional steeds meer te maken krijgt met andere actoren die invloed hebben op zijn handelen. Vooral professionele standaarden vanuit de eigen beroepsgroep zijn daarbij belangrijk en kaderen het handelen steeds meer in. Daar komt bij dat deze kaders transparanter zijn geworden, zodat het medische handelen in diverse opzichten zichtbaarder wordt, zowel qua effectiviteit als qua doelmatigheid.

Ook organisatorische verbanden en het concept van integrale zorg worden steeds dominanter, hetgeen zou kunnen leiden tot het doelmatiger omgaan door de onderscheiden beroepsbeoefenaren met de door hen te gebruiken middelen.

In een latere studie beschrijft de Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2007, pp. 23-24) de autonomie van de arts in termen van 'vrijheid in gebondenheid'. "De autonomie wil zeggen dat de arts in de spreekkamer vrij en onafhankelijk het medische beleid bepaalt. Dit overigens wel binnen bepaalde regels en afspraken, die voortkomen uit de context waarin zorg wordt verleend. (...) Grenzen worden o.a. gesteld door wetgeving, het toelatingscontract met het ziekenhuis, wetenschappelijke standaarden, evidence based medicine, binnen de beroepsgroep vigerende protocollen en binnen de medische staf gemakte afspraken over bijv. geneesmiddelengebruik..."

Verder stelt de Raad dat aan het totaal van activiteiten in de spreekkamer door het management (van het ziekenhuis) randvoorwaarden en kaders worden gesteld. Hoewel er geen invloed is op het operationele vlak, worden er op het tactische vlak afspraken gemaakt waaraan de arts zich dient te houden.

Vervolgens wordt geconstateerd dat er ook van externe instanties kaders afkomstig zijn die binnen de spreekkamers gelden, zoals van zorgverzekeraars. "Algemeen wordt aangenomen", zo zegt de Raad, "dat de zorgverzekeraars in het stellen van kaders en voorwaarden toenemende invloed zullen krijgen. Deze opinie wordt door onderzoek bevestigd".

Conclusies:

- *De professionele ontwikkeling van de artsen verdraagt zich goed met de toegenomen aandacht voor doelmatigheid in de zorg.*
- *De medicus zal steeds vaker een 'vrijheid in gebondenheid' ervaren, waarbij steeds meer invloeden van anderen het tactisch opereren van de zorgverlener mede zullen bepalen.*

12.2 Aandacht voor een effectieve implementatie

De invoering van de aanbevelingen van dit rapport vergt allereerst een sterke en eenduidige regie van de overheid. Daar heeft het de laatste jaren aan ontbroken (zie paragraaf 4.1). Een overheid die de noodzaak van kostenbeheersing en –reductie onderkent en ziet dat het vijf voor twaalf is, zal niet twijfelen om snel orde op zaken te stellen. Sommige maatregelen liggen al een tijd op invoering te wachten, en het wordt tijd dat dat gebeurt.

Evengoed is het wijs om lessen te trekken uit de blokkades die in het verleden zijn opgeworpen en die invoering van kostenbeheersingmaatregelen hebben gefrustreerd.

Belangrijk is het om te beseffen dat maatregelen die bedoeld zijn om te besparen op de collectieve kosten van de gezondheidszorg ergens flink pijn zullen doen in de portemonnee. Met name zorgaanbieders die thans meer produceren dan goed is en al degenen die profijt trekken uit de geneesmiddelenketen zullen het dan gaan merken. Het zal logisch zijn dat vanuit deze hoek tegenspel te verwachten is.

En het is om dezelfde reden dan ook niet te verwachten dat met alle betrokkenen consensus bereikt zal worden over de invoering van de maatregelen. Indien de overheid het met alle partijen eens wil worden, dan zal het niet lukken, al is zoveel mogelijk draagvlak natuurlijk een pré.

Het is ook wezenlijk dat de overheid, samen met de zorgverzekeraars, tot een samenhangend pakket aan maatregelen komt. Zo heeft het sturen op doelmatig gedrag van de huisarts bijv. weinig zin als niet tevens de patiënt beter geïnformeerd wordt en aangesproken op zijn vraaggedrag. Het maken van betere zorgcontracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zal bijv. gepaard moeten gaan met incentives om de afgesproken prestaties, kwaliteit en doelmatigheid ook daadwerkelijk te realiseren.

En tot slot nog dit. De afgelopen jaren was er geen gebrek aan allerlei plannen, voorgenomen maatregelen en concept-regels. Veel ervan is niet doorgedaan. Overheid en zorgverzekeraars zullen nu moeten laten zien dat het ernst is. En de beroepsbeoefenaren kunnen hierbij een grote rol spelen door over de implementatie tijdig te adviseren. Want het zal alleen kunnen werken als de bedachte plannen voldoende aansluiten bij de zorgpraktijk.

Aanbevelingen:

- *Een sterke en eenduidige regie van de overheid is nodig.*
- *Leer van de lessen uit het verleden toen sommige stakeholders effectief maatregelen konden blokkeren.*
- *Er hoeft niet op alle fronten consensus te komen.*
- *Zorg voor een samenhangend pakket van maatregelen dat gelijktijdig wordt ingevoerd.*
- *Begin snel en laat zien dat het ernst is.*

Bijlage 1

Lijst van geïnterviewde personen

Curacao

Zorgverzekeraars

- dhr. G. Spijker, manager Cure, BZV
- mevr. S. Gerstenbluth, beleidsmedewerkster curatieve zorg, BZV
- mevr. L. Cova, accountmanager, SVB
- mevr. E. Florez, accountmanager, SVB
- mevr. A. van Vught, bedrijfsarts, SVB

Zorgaanbieders

- dhr. D. Pinedo, directeur Sint Elisabeth Hospitaal
- dhr. W. de Jonge, huisarts, voorzitter Curaçaose Huisartsen Vereniging (CHV)
- mevr. I. Braakman, huisarts, lid bestuur CHV
- mevr. M.S. Oosterhof, huisarts
- dhr. N. Ajubi, internist, vice-voorzitter Vereniging Medische Specialisten Curaçao (VMSC)
- mevr. L. Berenos-Riley, KNO-arts, 2^e penningmeester VMSC
- dhr. E.U. Esseboom, longarts, Polikliniek Renata
- dhr. P. Kemp, administrateur Polikliniek Renata
- dhr. B.G. Bolhuis, apotheker Botica Brievengat (vml. voorzitter apothekersvereniging)

Overheid /E.G.C.

- dhr. S. Bodok, directeur GGD
- mevr. M.L.G. Schroen, hoofd Beleid, GGD
- mevr. E. Louisa, hoofd zorginkoop (wnd.), GGD
- dhr. H. Victoria, hoofd Financiën, GGD
- dhr. S.R. Theodora, hoofd afd. Prijzen Calculatie, Dienst Economische Zaken

Overheid / N.A.

- dhr. P.H.M. Fontilus, Inspecteur-Generaal voor de Volksgezondheid

Belangenorganisaties

- dhr. A. Curiel, voorzitter Fedemakro (overkoepelend orgaan van patiëntenverenigingen)
- dhr. E. Eisdien, penningmeester Fedemakro, tevens lid Raad voor de Volksgezondheid
- mevr. M. Coromoto, voorzitter Curaçaose Bond van werknemers in Verplegende en verzorgende instellingen (CBV)
- dhr. F. Pinedo, bestuurslid CBV
- mevr. M. Forbuis, bestuurslid CBV

Nederland

Zorgverzekeraars

- dhr. R. van Oosterhout, zorginkoper farmacie CZ-OZ
- mevr. A. Bonte, eerste inkoper huisartsenzorg CZ-OZ
- mevr. J. Batenburg, coördinator huisartsenzorg VGZ-IZA-Trias
- dhr. J. Broeren, coördinator farmacie VGZ-IZA-Trias
- dhr. G. Vos, coördinator ziekenhuiszorg, VGZ-IZA-Trias
- dhr. C.A.C.M. Oomen, directeur DSW

Zorgaanbieder

- dhr. A van der Heyden, directeur BovenIJ ziekenhuis (vml. adviseur Zorg, Deloitte)

Bijlage 2

Geraadpleegde documenten en literatuur

Curacao

Boas, G.M., Projectplan (en werkplan) Budgettering Zorgaanbieders (15 mei 2001)

Boas, G.M., Beslisdocument voor Raad van Ministers en Bestuurscolleges inzake Voorlopig Eindrapport Quick Scan Kosten gezondheidszorg (18 febr. 2003)

Boas, G.M., Rapport FOG Nederlandse Antillen 2002 – 2003 (definitief concept) (27 juni 2006)

Botica de Savaan en 10 andere botica's, Reactie op voorstellen m.b.t. een vestigingsbeleid (advies aan de Raad voor de Volksgezondheid) (24 juli 2006)

BZV, Brief aan BC EGC inzake Uitwerking afstoting Curatieve zorg (29 febr. 2000)

BZV/ DEZ, Discussienota Prijs- en inkoopmanagement in de geneesmiddelenkolom (okt. 2002)

BZV, Begroting 2006 voor Eilandgebied Curaçao (aug. 2005)

BZV, Beleidsplan 2006- 2010 (sept. 2005)

BZV, Handleiding voor het op recept voorschrijven van genees-,verband- en hulpmiddelen aan BZV-deelnemers op Curaçao (april 2006)

BZV, Begroting 2007 voor Eilandgebied Curaçao (sept.. 2006)

BZV, Medische uitzendingen; kwaliteit en prijs (presentatie) (nov. 2006)

BZV, brief aan Gedeputeerde Volksgezondheid EGC inzake vacature specialist (1 dec. 2006)

BZV, brief aan Gedeputeerde Volksgezondheid EGC inzake wachttijden PP-zorg (2 febr. 2007)

BZV, Model-zorgcontract Zorgverzekeraar BZV – huisarts

CHV, Quo Vadis 1981 – 2006 (voordrachten en artikelen uitgesproken en geschreven t.g.v. 5^e lustrum CHV) (16 juni 2006)

Commissie Uitwerking Afsprakenkader Volksgezondheid (CUAV), Advies inzake reductie en beheersing kosten gezondheidszorg op korte termijn (2001)

COMSZ, Zorgcontract Centraal Orgaan Medisch Specialistische Zorg - specialist

Curacao / De Nederlandse Antillen (i.s.m. de VMSC en de CHV), De gedragsregels van Artsen (nov. 1997)

Eilandelijke Raad voor de Volksgezondheid, Advies over het rapport "Santu Remedi" (18 aug. 2006)

Fontilus, P.H.M. en G.J. Vos, Notitie n.a.v. de Discussienota BZV/DEZ, Prijs- en inkoopmanagement in de geneesmiddelenkolom (30 okt. 2002)

Fontilus, P.H.M., Nu moet het, nu kan het!; kostenbeheersing in de geneesmiddelenvoorziening op de Nederlandse Antillen (lezing voor NASKHO Post Graduate Course) (6 maart 2005)

Public Consultancy

GGD e.a., Wachten op specialistische zorg op Curaçao: betekent PP: ‘Poko Poko’? (december 2004)

GGD e.a., Wachten op specialistische zorg op Curaçao: betekent PP: ‘Poko Poko’? 2 (december 2005)

GGD e.a., Wachten op specialistische zorg op Curaçao: betekent PP: ‘Poko Poko’? 3 (december 2006)

GGD, Memo aan Bestuurscollege EGC inzake sollicitatie oogarts (20 dec. 2006)

GVS, projectorganisatie -, Beheersstructuur GVS-organisatie (16 juni 2006)

Minister van Volksgezondheid en de Minister van Arbeid en Sociale Zaken N.A., Memorandum inzake Bezuinigingen in de gezondheidszorg (6 juni 2001)

Post, D., Pijnlijke keuzen bij schaarse middelen (advies aan CUAU) (febr. 2002)

Price Waterhouse Cooper (K. van der Zon), Kuido pa Kuido; voorstel tot het binnen een jaar omzetten van de huidige onbeheersbare structuur in een basisgezondheidssysteem (dec. 2000); in opdracht van Gedeputeerde Volksgezondheid EGC.

Public Consultancy (G.W.M. van Vugt), Rapportage over de quick scan (nul-meting) inzake de sturingsrelatie Eilandbestuur Curaçao – (gesubsidieerde) stichtingen (28 febr. 2006)

Public Consultancy (G.W.M. van Vugt), “De Doorstart”; notitie Nieuwe subsidiebeleid voor het Eilandgebied Curaçao (3 maart 2006)

Rothweiler, F., Project “Invoering GVS”, stand van zaken 31 december 2006 (jan. 2007)

SEHOS, Verslag Maatschappelijke discussie nieuw algemeen hoofd ziekenhuis (24 juli 2006)

SVB, Jaarverslag 2005

SVB, Spiegelinformatie voorgeschreven recepten huisartsen, 2004 en 2005

SVB, Spiegelinformatie verwijzingen huisartsen naar specialisten en paramedici, 2005

SVB, Spiegelinformatie apotheekkosten voorgeschreven recepten specialisten, 2004 en 2005

SVB, Zorgnota ZIT jaar 2006

SVB, Voorschrift geneesmiddelen (1 oktober 2006)

WeVIG (Werkgroep ontwikkeling Vestigings- en Investeringsbeleid voor het Eilandgebied Curaçao t.b.v. de Gezondheidssector), Santu Remedi (nov. 2003)

WeVIG (Werkgroep ontwikkeling Vestigings- en Investeringsbeleid voor het Eilandgebied Curaçao t.b.v. de Gezondheidssector), Santu Remedi - update (mei 2006)

Nederland

Admiraal, P.H., J.G. Veenhuizen en J.P. Heesters, Aanbod van gezondheidszorg, in: R.M. Lapré en F.F.H. Rutten (red.), *Economie van de gezondheidszorg* (1993), pp. 177 - 233

College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), Prestaties en maximumtarieven voor huisartsenhulp m.i.v. 1 januari 2006 (brief d.d. 22 dec. 2005)

College voor zorgverzekeringen, Voorstel modernisering GVS (2 febr. 2007,a)

College voor zorgverzekeringen, Pakketadvies 2007 (27 maart 2007,b)

ConQuaestor (H.H. Huizendveld) en Significant, Praktijkkosten van apotheekhoudenden (16 maart 2007, a)

ConQuaestor (H.H. Huizendveld) en Significant, Inkoopvoordelen van apotheekhoudenden (16 maart 2007, b)

CZ, Zorgovereenkomst huisartsen, deel II (Algemeen deel), deel III (verloskundige hulp) en bijlage bij deel I (Tarieven 2006)

CZ, Module “optimaal geneesmiddelengebruik” (2006)

CZ, Rapportage kwaliteit (mei 2006)

DGV (Ned. Instituut voor verantwoord medicijngebruik), Regionale variaties in geneesmiddelengebruik nader bekeken; een stap naar transparantie (maart 2004)

DGV (Ned. Instituut voor verantwoord medicijngebruik), Verspilling van geneesmiddelen: de stand van zaken in 2004 (januari 2006)

DGV (Ned. Instituut voor verantwoord medicijngebruik), Benchmark Voorschrijven 2006 (november 2006)

Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (Centrum voor ethiek en gezondheid), Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren (2006)

Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), Het resultaat telt 2004 (april 2006)

Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Orde van Medische Specialisten (OMS), Prestatie-indicatoren ziekenhuizen; Basisset 2006 (augustus 2006)

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Ministerie van VWS, en Zorgverzekeraars Nederland, Akkoord voor een Beleidsagenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007 (11 okt. 2005)

Nederlandse Zorgautoriteit, De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt (juni 2006)

NIVEL (J.C.C. Braspenning e.a.), Kwaliteit huisartsenzorg belicht (2004, a)

NIVEL (M. Cardol e.a.), Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? (2004, b)

NIVEL (C. Wagner e.a.), De goede dingen doen; resultaten en verspreiding van grootschalig ingezette verbeteracties (2006)

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Professionals in de gezondheidszorg (2000)

Public Consultancy

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Exploderende zorguitgaven (maart 2003)

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Vertrouwen in de arts (2007)

Schoot, J. van der, Heelmeesters en boekhouders; over besturing en doelmatigheid in de gezondheidszorg (2005)

Stichting Farmaceutische Kengetallen, Data en feiten 2005 (juli 2005)

Stichting Farmaceutische Kengetallen, Data en feiten 2006 (juli 2006)

Ven, W.P.M.M. van de, De rol van ziektekostenverzekering, in: R.M. Lapré en F.F.H. Rutten (red.), Economie van de gezondheidszorg (1993), pp. 121 – 176

Vektis (W.I.J. de Boer en A. de Boo), Geneesmiddelen: wie wordt er beter van? Zorgthermometer, zomer 2007 (juli 2007)

VGZ, Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige Zorg 2006, deel II (Algemene bepalingen) en deel III (Specifieke bepalingen)

VGZ, Visie/beleid versterking geïntegreerde eerste lijn VIT (sept. 2006)

Aruba

Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekostenverzekering Aruba, Powerpoint presentatie Medische Afdeling (maart 2006)

Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekostenverzekering Aruba, Verslag over 2005 (algemeen verslag) (26 juni 2006)

Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekostenverzekering Aruba, Verslag over 2005 (verslag inzake financieel beheer en rechtmatigheid van de zorgdeclaratie) (29 juni 2006)

Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekostenverzekering Aruba, Overeenkomst medisch specialist en het uitvoeringsorgaan AZV, 2005 -2007, deel II

Geraadpleegde websites

www.ctg.nl (College Tarieven Gezondheidszorg)

www.cvz.nl (College voor zorgverzekeringen)

www.gipdatabank.nl (themasite over medicijnen en hulpmiddelen van het College voor zorgverzekeringen)

www.huisartsvandaag.nl (medische portal)

www.igz.nl (Inspectie voor de gezondheidszorg)

www.kiesbeter.nl (programma KiesBeter: consumenteninformatie en benchmarks over de zorg)

www.lhv.nl (Landelijke Huisartsen Vereniging)

www.medicijngebruik.nl (DGV, het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik)

www.nza.nl (Nederlandse Zorgautoriteit)

www.rvz.nl (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg)

www.sfk.nl (Stichting Farmaceutische Kengetallen)

www.snellerbeter.nl (programma SnellerBeter: prestatie-indicatoren in de zorg en voorbeeldprojecten)

www.vektis.nl (centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars)

www.zn.nl (Zorgverzekeraars Nederland)

www.zorgvisie.nl (Zorg Visie, magazine voor beleid en management voor de gezondheidszorg)

www.ziekenhuizen transparant.nl (kwaliteitscriteria ziekenhuiszorg)

Bijlage 3**Tabel Gemiddelde zorgkosten per verzekerde BZV en SVB**

Verzekeraar		2003	2004	2005	Vershil 2003 -2005
BZV/PP	Aantal verzekerden	32.569	33.893	33.872	
	Zorgkosten (x 1.000)	110.607	122.946	127.707	
	Kosten/verzekerde	3.396	3.627	3.770	+ 11,0 %
BZV/Eil.dienaren	Aantal verzekerden	9.644	9.360	9.457	
	Zorgkosten (x 1.000)	15.347	16.750	17.689	
	Kosten/verzekerde	1.588	1.790	1.870	+ 17,8 %
BZV/GTZ	Aantal verzekerden	n.v.t.	n.v.t. ⁷⁹	1.900	
	Zorgkosten (x 1.000)			11.612	
	Kosten/verzekerde			6.111	
BZV/PP+EIL.+GTZ	Aantal verzekerden			45.229	
	Zorgkosten (x 1.000)			157.008	
	Kosten/verzekerde			3.471	
SVB	Aantal verzekerden ⁸⁰	71.594	67.839	64.848	
	Zorgkosten (x 1.000)	82.628	87.714	88.075	
	Kosten/verzekerde	1.154	1.293	1.358	+ 17,7%
BZV en SVB	Aantal verzekerden			110.077	
	Zorgkosten (x 1.000)			245.083	
	Kosten/verzekerde			2.226	

Bronnen:

- BZV, Begroting 2006 voor Eilandgebied Curaçao (t.b.v. rekeningcijfers 2003)
- BZV, Begroting 2007 voor Eilandgebied Curaçao (t.b.v. rekeningcijfers 2004 en 2005)
- SVB, Jaarverslag 2005

⁷⁹ Per 1 juli 2004 zijn de min- en onvermogens die verzekerd waren bij de AKM (ex-Shell ziekenfonds) ondergebracht bij de Stichting Garantie Toegankelijkheid Zorg (SGTZ); per 1 juli 2005 zijn de gepensioneerden die verzekerd waren bij DCA toetreden. Daarom heeft een vergelijking met 2004 en 2005 geen zin.

⁸⁰ Deze kosten en aantallen verzekerden zijn berekend door van alle kosten c.q. aantal verzekerden van de SVB-verzekerden 68,76% te nemen voor de kosten van c.q. aantal Curaçaose verzekerden; dit percentage is afgeleid van de verhouding Curaçaose verzekerden versus overige SVB-ziektekostenverzekerden (bovenwindse eilanden en Bonaire), cijfers ultimo 2006, als uitgangspunt te nemen. Volgens SVB is dit de meest betrouwbare kostenverdeling, nu SVB geen aparte cijfers voor de onderscheiden eilanden kan leveren. Het aantal Curaçaose deelnemers is dus 68,76 van de genoemde cijfers per jaar voor alle SVB-verzekerden: 104.122 (2003), 98.839 (2004) en 94.310 (2005)

Bijlage 4**Tabel Vergelijkend medicijnvoorschrijfgedrag huisartsen en specialisten**

Verzekeraar	Jaar	Aantal verze-kerden a	Aantal verstrekk. huisarts b	Verstrekk h.a. per verzek. c (=b/a)	Aantal verstrekk. specialist d	Verstrekk spec. per verzek. e (=d/a)	Totale verstrekk. per verzek. (c+e)
SVB	2004	67.839	652.890	9,6	146.210	2,2	11,8
	2005	64.848	525.466	8,1	150.610	2,3	10,4
	2006	65.161	536.110	8,2	153.864	2,4	10,6
<i>Mutatie 2004-06</i>				<i>- 1,4</i>		<i>+ 0,2</i>	<i>- 1,2</i>
BZV/PP	2004	33.893	666.823	19,7	140.391	4,1	23,8
	2005	33.872	737.929	21,8	113.718	3,4	25,2
	2006	33.880	683.321	20,2	109.496	3,2	23,4
<i>Mutatie 2004-06</i>				<i>+ 0,5</i>		<i>- 0,9</i>	<i>- 0,4</i>
BZV/EIL.	2004	9.360	76.913	8,2	23.596	2,5	10,7
	2005	9.457	70.599	7,5	21.407	2,3	9,8
	2006	9.446	61.070	6,5	19.520	2,1	8,6
<i>Mutatie 2004-06</i>				<i>-1,7</i>		<i>- 0,4</i>	<i>-2,1</i>
BZV/PP+EIL.	2004	43.253	743.736	17,2	163.987	3,8	20,9
	2005	43.329	808.528	18,7	135.125	3,1	21,8
	2006	43.326	744.391	17,2	129.016	3,0	20,2
<i>Mutatie 2004-06</i>				<i>+ 0,1</i>		<i>- 0,8</i>	<i>-0,7</i>
BZV + SVB	2004	111.092	1.396.626	12,5	310.197	2,8	15,3
	2005	108.177	1.333.994	12,3	285.735	2,6	14,9
	2006	108.484	1.280.501	11,8	282.880	2,6	14,4
<i>Mutatie 2004-06</i>				<i>- 0,7</i>		<i>- 0,2</i>	<i>- 0,9</i>

Bron:

SVB: aantallen verstrekkingen en bedragen zijn afgeleid uit de Spiegelinformatie voor huisartsen en specialisten over de jaren 2004 en 2005. Voor 2006 betreft het geaggregeerde cijfers.

De bedragen over 2006 zijn een schatting, afgeleid van geaggregeerde cijfers kosten botica's (huisartsen en specialisten) over jan t/m nov. 2006 (aantal receptregels: 632.476). Deze cijfers zijn geëxtrapoleerd naar heel 2006 (receptregels: 689.974); hierbij is de verhouding huisartsen : specialisten geschat op basis van de verhouding in 2005 voor verstrekkingen: 77,7 % - 22,3%.

BZV: aantallen verstrekkingen en bedragen zijn afgeleid uit geaggregeerde cijfers over de jaren 2004 – 2006.

De aantallen zijn v.w.b de PP-populatie zijn voor 2004 – 2006 verhoogd met resp. 10,8%, 19% en 12,7%, overeenkomend met overige boticakosten die niet goed toebedeeld konden worden naar huisartsen en specialisten.

T.a.v. de groep Eilanddienaren zou een dergelijk verhoging (alleen voor 2005 en 2006) ook mogelijk zijn geweest, maar is achterwege gebleven vanwege het moeilijk te bepalen percentage; overigens zou dat percentage wel lager zijn geweest dan bij PP. De cijfers voor 2005 en 2006 zijn dus voor de groep Eilanddienaren wat geflatteerd.

Bijlage 5

Voorbeeld van een Nijmeegs Formularium

ICPC A78 Indicatie Erythema migrans (Lyme Borreliose)

- 1 1e keuze: DOXYCYCLINE
- 2 Bij tetracycline overgevoeligheid: AMOXICILLINE
- 3 Bij penicilline overgevoeligheid: CLARITROMYCINE
- 4 Bij penicilline overgevoeligheid en zwangerschap: ERYTROMYCINE
- 5 Bij uitbreiding buiten de huid, gedurende 3-4 weken: DOXY, AMOXI, MACROL

Toelichting 2004:

De dosis amoxicilline voor volwassenen is verhoogd naar 4 maal daags 500 mg gedurende 14 dagen.

De dosis amoxicilline voor kinderen < 10 jaar is verhoogd naar 40-50 mg/kg/dag in 4 doses gedurende 14 dagen.

Comform de NHG-Standaard.

Clarithromycine: toegevoegd is de éénmaal daagse dosering Klacid SR 1000 mg (geen 500 mg zoals in boekje vermeld; (zie ook errata pagina 9)

Kinderdosering moet zijn: 15 mg/kg/dag in 2 doses met een maximum van 500 mg per dag.

Bijlage 6**Tabel Financiële gevolgen van de voorgestelde maatregelen in het BZV/DEZ-rapport inzake de geneesmiddelenkolom**

De onderstaande maatregelen zijn die welke uiteindelijk door BZV/DEZ in het rapport van 2002 worden aanbevolen.

Component	opslag %	Basis	opslag nieuw	Nieuw	Vershil	verschil%
1a) exportprijs		33.9		33.9	0.0	
<i>prij plafond</i>			-12.5 %	-4.2	-4.2	
1b) transport- en verzekering	2.5	0.8	2.5 %	0.7	-0.1	
1c) invoerrechten	5.0	1.9	0.0 %	0.0	-1.9	
2a) inkoopprijs importeur *)		36.6		30.4	-6.2	
2b) binnenlandse kosten	1.0	0.4	1.0 %	0.3	-0.1	
2c) winstmarge importeur	34.4	12.7	20.0 %	6.1	-6.5	-52%
2d) omzetbelasting	5.0	2.5	5.0 %	1.8	-0.7	
3a) verkoopprijs importeur **)		52.2		38.6	-13.6	
3b) winstmarge botica	38.5	20.1	25.0 %	9.7	-11.4	
3c) omzetbelasting	5.0	3.6	5.0 %	2.4	-1.2	-51,75%
verkoopprijs botica ***)		75.9		50.7	-25.2	
*): $[33.9 - (33.9 \times 12,5\%)] + [33.9 - (33.9 \times 12,5\%)] \times 2,5\% + [[33.9 - (33.9 \times 12,5\%)] \times 2,5\%] \times 5\%$ **): $[30.4 + (30.4 \times 1\%)] + [30.4 + (30.4 \times 1\%)] \times 20\% + [[30.4 + (30.4 \times 1\%)] \times 20\%] \times 5\%$ ***): $[38.6 + (38.6 \times 25\%)] + [38.6 + (38.6 \times 25\%)] \times 5\%$						

Bron: Fontilus en Vos, 2002, p.14

Bijlage 7

Naar een nieuw tariefsysteem voor apothekers in Nederland

De nieuwe tariefsystematiek gaat uit van prestatiebekostiging en het kunnen dekken van de praktijkkosten van apotheehoudenden en dient ter vervanging van de huidige systematiek met een receptregelvergoeding voor openbare apotheken.

Het nieuwe tariefsysteem beoogt de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg- en dienstverlening en de onderhandelingen tussen apotheehoudenden en ziektekostenverzekeraars te bevorderen en aan te jagen door het hanteren van 'prikkels'. Tevens dient het systeem flexibel te zijn waardoor beter kan worden ingespeeld op de wensen en behoeften van apotheehoudenden en ziektekostenverzekeraars (patiënten) met betrekking tot zorgvernieuwing en differentiatie en de bekostiging daarvan. In het kort gaat de nieuwe tariefsystematiek uit van een onderscheid tussen reguliere farmaceutische zorg met basisverrichtingen en een aantal te onderscheiden specifieke verrichtingen zoals de magistrale (eigen) bereidingen en de ANZ-uitgifte (avond-, nacht- en zondaguitgifte). Voor de basisverrichtingen gelden maximumtarieven. Naast deze basisverrichtingen staan afzonderlijk te contracteren prestaties, zoals projecten op het gebied van farmaceutische patiëntenzorg, farmaceutische consulten en een vergoeding (prikkel) voor het doelmatig inkopen en afleveren van geneesmiddelen.

Voor die afzonderlijk te contracteren prestaties mogen pas rechtsgeldig tarieven in rekening worden gebracht als apotheehoudenden en ziektekostenverzekeraars expliciete afspraken hebben gemaakt over de te leveren prestaties, de beloning daarvan en de toetsing van de resultaten en deze in een schriftelijke overeenkomst hebben vastgelegd. Er zal hier sprake zijn van 'vrije tarieven' die partijen met elkaar uitonderhandelen. Een vrij tarief hoeft niet door de Nederlandse Zorgautoriteit te worden vastgesteld. De minister houdt er rekening mee dat op dit punt voor het jaar 2008 nog sprake zal zijn van een overgangsregime. Voorts wordt het mogelijk dat apotheehoudenden en verzekeraars afwijkende afspraken maken over de bekostiging van de reguliere farmaceutische zorgprestaties (zoals bijvoorbeeld een all-in tarief per patiënt). Apotheehoudenden en ziektekostenverzekeraars dienen hiervoor, evenals bij de afzonderlijk te contracteren prestaties, expliciete afspraken te maken over de te leveren prestaties, de beloning daarvan en de toetsing van de resultaten. Onder die voorwaarden zal hier ook sprake kunnen zijn van vrije tarieven die partijen met elkaar uitonderhandelen. Met een dergelijke flexibele tariefstructuur komt er ruimte voor het belonen van zorgvernieuwing, verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening en worden onderhandelingen tussen apotheehoudenden en ziektekostenverzekeraars hierover bevorderd.

(bron: Nieuwsbrief Geneesmiddelenbeleid in de praktijk, 13 juli 2007, op website www.medicijngebruik.nl)

Bijlage 8**Tabel Vergelijkende kosten medicijnen, voorgeschreven door huisartsen en specialisten (via botica's); bedragen per verzekerde**

Verzeke- raar	Jaar	Aantal verzekerden a	Bedrag medic. huisartsen NAf MIO b	Bedrag medic. huisartsen per verzek. c (=b/a)	Bedrag medic. specialisten NAf MIO d	Bedrag medic. specialisten per verzek. e (= d/a)
SVB	2004	67.839	16,7	NAf 246	6,8	NAf 100
	2005	64.848	14,0	NAf 216	7,3	NAf 113
	2006	65.161	13,9	NAf 214	7,3	NAf 112
BZV/PP	2004	33.893	26,6	NAf 785	8,5	NAf 251
	2005	33.872	30,3	NAf 896	7,1	NAf 209
	2006	33.880	28,3	NAf 835	7,2	NAf 212
BZV/EIL.	2004	9.360	2,7	NAf 287	1,3	NAf 143
	2005	9.457	2,5	NAf 265	1,3	NAf 132
	2006	9.446	2,3	NAf 241	1,2	NAf 124

Bronnen:

SVB:

- Spiegelinformatie huisartsen SVB (over de jaren 2004 en 2005)
- Geaggregeerde cijfers kosten botica's (huisartsen en specialisten) over jan t/m nov. 2006 (NAf 19,5 miljoen); cijfers zijn geëxtrapoleerd naar heel 2006 (NAf 21.248.401); hierbij is de verhouding huisartsen : specialisten geschat op basis van de verhouding in 2005, nl. 65,6% - 34,4%.
- aantal verzekerden is afkomstig van Jaarverslag SVB over 2005 (voor aantal Curaçaose verzekerde is 68,76% genomen van het totaal aantal SVB-verzekerden over 2004 en 2005 (zie noot 2 in hoofdstuk 3); cijfer 2006 was actueel cijfer voor Curaçao ultimo 2006.

BZV:

- geaggregeerde cijfers voor medicijnenkosten huisartsen voor PP-populatie en Eilanddienaren (EIL.).
- aantal verzekerden (PP en Eilanddienaren)) in 2004 en 2005 is afkomstig van Begroting 2006 voor Eilandgebied Curaçao (rekeningcijfers), voor 2006 geschat

Bijlage 9**Tabel Vergelijkende kosten medicijnen, voorgeschreven door huisartsen en specialisten (via botica's); bedragen per verstrekking (receptregel)**

Verzeke- raar	Jaar	Aantal verstreck. huisartsen a	Bedrag verstreck. huisartsen NAf MIO b	Bedrag per verstreck. huisartsen c (=b/a)	Aantal verstreck. specialisten d	Bedrag verstreck. specialisten NAf MIO e	Bedrag per verstreck. specialisten f (=d/e)
SVB	2005	525.466	14,0	NAf 27	150.610	7,3	NAf 48
BZV/PP	2005	737.929	30,3	NAf 41	113.718	7,1	NAf 62
BZV/EIL.	2005	70.599	2,5	NAf 35	21.407	1,3	NAf 58

*Bronnen:**SVB:*

- *Spiegelinformatie huisartsen SVB (over 2005)*

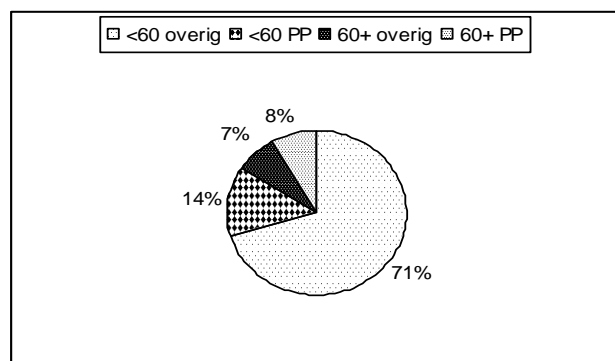
BZV:

- *geaggregeerde cijfers 2005 voor medicijnenkosten en aantal verstrekkingen huisartsen en specialisten voor PP-populatie en Eilanddienaren (EIL.), verhoogd met 19%, vanwege niet toebedeelde kosten botica's naar huisartsen en specialisten*
- *aantal verzekerden (PP en Eilanddienaren) in 2005 is afkomstig van Begroting 2006 voor Eilandgebied Curaçao (rekeningcijfers)*

Bijlage 10**Schatting tijdsinvestering specialisten t.b.v. PP-populatie**

Dit betreft een schatting door GGD, op basis van de normen uit het rapport Sanctu Remedi en het aantal per december 2006 aanwezige specialisten op Curaçao.⁸¹ De onderstaande tekst is van de hand van mevr. N. van Wijk.

De zorgpopulatie van de Curaçaose specialisten omvat Curaçao en Bonaire, de bevolkingsomvang van beide eilanden samen is te zien in de onderstaande figuur, uitgesplitst naar leeftijd en verzekeringswijze. Van de 60+ populatie heeft ruim de helft een PP-kaart.



Figuur : Bevolking van Curaçao en Bonaire in 2005, naar leeftijd en verzekeringswijze (Bron: CBS NA, BZV)

21 procent van de totale bevolking heeft een PP-kaart (op Curaçao zijn in 2005 33.000 PP-kaarthouders). In de onderstaande tabel is in de eerste twee kolommen te zien hoeveel van het aantal FTE's volgens de Santu Remedi norm voor PP-kaarthouders ingezet zouden moeten worden, rekening houdend met de grotere proportie ouderen binnen de PP-populatie. Ouderen hebben een hogere zorgconsumptie dan jongeren. Voor kaakchirurgie en psychiatrie ontbreken de gegevens om het wenselijke aantal FTE ten behoeve van de PP-populatie te kunnen schatten.

	Advies # FTE		Specialisten aanwezig		uren p/w nodig per COMSZ/PP spec	
	Totaal	T.b.v. PP	Totaal	COMSZ/PP	Minimaal	Ivm tekort /overschot
Interne+GE	10.5	4.8	12	8	24	28
Cardiologie	4.4	2.2	5	3	29	33
Longgnsk	3.0	1.0	3	1	42	42
Chirurgie	7.1	3.2	9	5	25	32
Orthopedie	4.1	1.7	8	4	17	33
Urologie	2.0	1.0	3	2	20	30
Pl. Chirurgie	2.1	0.5	2	1	22	21
Neurochirurgie	2.1	0.9	1	1	36	17

⁸¹ Feitelijk betreft deze bijlage een bewerking van bijlage 2 van het rapport Wachten op specialistische zorg op Curaçao: betekent PP 'Poko Poko'? III (GGD, Bodok e.a., december 2006). In dat rapport is uitgegaan van een BZV-bestand met 15.000 PP-kaarthouders. In de registraties van BZV zijn nl. alleen de PP-kaarthouders opgenomen die hun geldige PP-kaart daadwerkelijk zijn komen afhalen. We gaan er van uit dat er veel meer personen zijn die recht hebben op een PP-kaart, gelet op het aantal PP-verzekerden dat BZV noemt (ruim 33.000). In deze aangepaste calculatie van mevr. Van Wijk (GGD) is daarom uitgegaan van 18.000 extra PP-kaarthouders dan zij in de in BZV bestanden aantrof eind 2006.

Public Consultancy

	Advies # FTE		Specialisten aanwezig		uren p/w nodig per COMSZ/PP spec	
	Totaal	T.b.v. PP	Totaal	COMSZ/PP	Minimaal	Ivm tekort /overschot
Gynaecologie	7.5	1.9	10	6	12	17
Pediatrie	6.7	1.1	9	4	11	15
Oogheelkunde	7.0	3.1	9	5	25	32
KNO-heelk.	3.1	1.1	5	4	11	19
Dermatologie	2.0	0.8	3	2	15	22
Neurologie	4.0	2.0	2	2	40	19

Tabel : Geadviseerd zorgaanbod voor de Curaçaose (PP-)populatie

Met behulp van het in het middelste gedeelte van de tabel weergegeven huidige zorgaanbod, is voor het rechterdeel van de tabel berekend hoeveel uren per week iedere COMSZ specialist zou moeten inzetten ten behoeve van de PP-populatie. Hierbij is uitgegaan van twee scenario's: onder 'minimaal' staat hoeveel uren werk per COMSZ specialist verzet moeten worden om gezamenlijk tot het geadviseerd aantal FTE's t.b.v. PP te komen.

Er zijn twee specialismen waarbij op dit moment sprake is van een tekort in het zorgaanbod; neurologie en neurochirurgie (respectievelijk 2 en 1 FTE te weinig). In de tabel is daardoor het berekende minimale aanbod voor PP-zorg zo hoog (40 en 36 uur per week) dat er onvoldoende tijd zou overblijven voor de rest van de populatie.

Bij sommige andere specialismen is er juist sprake van een overschot; bijvoorbeeld bij orthopedie. Daar geldt dat de COMSZ specialisten met elk 17 uur per week het wenselijke aantal FTE's zouden bereiken, maar omdat de vier orthopeden die niet bij de COMSZ zijn aangesloten de rest van de populatie kunnen verzorgen, zouden de COMSZ orthopeden tot 33 uur per week kunnen gebruiken voor de PP-populatie. Het overschot wordt dan eerlijk verdeeld over de hele bevolking.

In de tabel wordt er in de kolom 'i.v.m. tekort/overschot' vanuit gegaan dat het huidige zorgaanbod evenredig verdeeld wordt tussen PP-kaarthouders en de rest: als er een overschot is moeten de PP-kaarthouders daarvan meeprofiteren, als er een tekort is wordt er voor de PP-kaarthouders ook een beperkter advies aantal FTE's berekend dan wenselijk zou zijn volgens de Santu Remedi norm.

In de onderstaande figuur is grafisch weergegeven hoeveel uren de COMSZ specialisten zouden moeten besteden aan de PP-populatie. De ondergrens is berekend aan de hand van het advies aantal PP-FTE's volgens de Santu Remedi norm, of, in geval van een tekort in het zorgaanbod, bij een eerlijke verdeling van de beschikbare zorg. Voor de bovengrens wordt uitgegaan van een eerlijke verdeling van een overschot in het zorgaanbod, indien aanwezig.

Bijlage 11

Indicatoren voor kwaliteit van de (ziekenhuis-)zorg

Indicator doorligwonden

X

Hoe lager het aantal patiënten met **doorligwonden**, hoe beter de kwaliteit van de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis. Deze indicator is vooral interessant voor patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis. Er zijn manieren om doorligwonden te voorkomen. Bijvoorbeeld door het gebruik van speciale matrassen en het omdraaien van patiënten.

Ook de alertheid van verpleegkundigen en de tijd die er voor de patiënt is speelt een belangrijke rol. Deze indicator zegt daarom ook iets over de verpleegkundige zorg in het algemeen. Bijvoorbeeld over hoe lang het duurt voordat er 's nachts iemand bij de patiënt is als die op het belletje drukt. Of hoe lang het duurt voordat het beddengoed wordt verschoond.

Doorligwonden komen vaker voor bij patiënten die erg ziek zijn en veel stil liggen. Een hoger aantal patiënten met doorligwonden in een ziekenhuis kan dus ook komen doordat de patiënten in dat ziekenhuis zieker zijn dan in andere ziekenhuizen

Indicator heropname bij hartfalen (%)

X

Deze indicator zegt iets over hoe goed patiënten met chronische (zware) hartklachten worden begeleid en behandeld.

Over het algemeen geldt dat een lager aantal heropnames een beter georganiseerde zorg rond **hartfalen** betekent. Er is een richtlijn opgesteld voor de behandeling van patiënten met hartfalen. De richtlijn is niet alleen voor de zorg in het ziekenhuis van toepassing, maar ook voor de zorg door de huisarts. Als deze richtlijn wordt nageleefd, is het aantal patiënten dat opnieuw moet worden opgenomen in het ziekenhuis kleiner. Ook zal het aantal ziekenhuisopnames voor hartfalen kleiner zijn als de zorg op de polikliniek goed geregeld is. Dan zal opname vaak niet eens nodig zijn.

Het komt voor dat een klein aantal patiënten meerdere malen opnieuw moeten worden opgenomen voor hartfalen. Deze kleine groep patiënten kan voor een vertekend beeld zorgen doordat het aantal heropnames door deze patiënten veel hoger wordt.

Indicator complicatieregistratie (%)

X

Hoe hoger het percentage, hoe meer specialisten een complicatieregistratie hebben. Dit zegt iets over het beleid van de specialisten in het ziekenhuis. En de bereidheid om van eigen fouten iets te leren om zo de kwaliteit van de zorg te verbeteren

Indicator veilig medicijngebruik

X

Hoe hoger het percentage, hoe meer afdelingen in het ziekenhuis toegang hebben tot informatie over welke medicijnen u gebruikt. Dan is de kans, dat er iets mis gaat bij uw medicijngebruik, kleiner.

Om fouten te voorkomen is het belangrijk dat er informatie beschikbaar is over de medicijnen die een patiënt gebruikt. Als u verschillende poliklinieken bezoekt is het van belang dat de ene arts (bijvoorbeeld de cardioloog) weet welke medicijnen de andere arts (bijvoorbeeld de internist) heeft voorgeschreven.

Als deze informatie niet beschikbaar is, kan het zijn dat de arts medicijnen voorschrijft die niet samen met andere medicijnen kunnen worden gebruikt.

Bron: Kiesbeter.nl