

DE ZORG IN DUITSLAND BEU

Nederland moet leren van fouten van buurland

Marktwerking in de zorg heeft in Duitsland geleid tot een slechtere kwaliteit en hogere kosten. Om niet in dezelfde val te trappen, moeten toezicht- en adviesorganen in Nederland erop toezien dat de zorg het leidende principe blijft.

MICHAEL KLEMT-KROPP

In 2002 vond ik het na twaalf jaar werken in de Duitse gezondheidszorg mooi geweest. Ik had genoeg van de hiërarchie, genoeg van de scheiding tussen ambulante en klinische zorg. En ik had genoeg van de marktwerking in de zorg.

Vrijgevestigde artsen zijn in Duitsland altijd vrije ondernemers geweest. De afgelopen decennia hebben zij dankzij de marktwerking het zorgaanbod continu kunnen verhogen. Meer ingrepen en meer diagnostiek leidden tot hogere inkomsten. Geld was het leidende principe. In de jaren negentig rezen private hartkatheterisatielaboratoria als paddenstoelen uit de grond met als gevolg dat patiënten bijna sneller een hartkatheterisatie konden krijgen dan een fietsergometrie.

Natuurlijk vindt de patiënt dat prima. Er bestaan nauwelijks wachttijden en hij krijgt altijd het gevoel dat alles wat goed voor hem is, ook wordt gedaan, ook al is het niet altijd echt noodzake-

lijk. Wel heeft dit geleid tot hoge kosten: in Duitsland wordt 10,6 procent van het bruto binnenlands product (bbp) besteed aan de gezondheidszorg. Alleen Zwitserland en de VS, waar de zorg grotendeels wordt overgelaten aan de vrije markt, geven met respectievelijk 10,7 en 14,8 procent van het bbp nog meer uit aan gezondheidszorg.

GEEN TOPKWALITEIT

Wat betreft zorgconsumptie per inwoner hoort Duitsland bij de top van de wereld. Dit heeft niet geleid tot topkwaliteit. In vergelijking met zes andere Europese landen met dezelfde sociaal-economische status is de mortaliteit voor bijvoorbeeld darmkanker in Duitsland het hoogst. Voor diabetes mellitus of voor cerebrovasculaire aandoeningen scoort het land het op één na hoogst.

Overall pikken privéklinieken de krenten uit de pap. Uiteraard wordt daar uitstekende zorg verleend, vaak in een mooie ambiance. Maar zij verlenen vooral winstgevende zorg. De oude, zieke patiënt met een hoog risicoprofiel komt nog steeds terecht in het streekziekenhuis. Daar lossen ze buiten kantooruren overigens ook de complicaties op uit de privékliniek en daar brengen ze ook al die onduidelijke bevindingen van de duizenden private praktijken nader in kaart. Dat verhoogt de kosten van het streekziekenhuis. En dat heeft al minder mogelijkheden om het verlies te compenseren, omdat de winstgevende activiteiten in privéklinieken worden gedaan. Macro-economisch leidt dat tot hogere kosten. Marktwerking maakt de zorg duurder.

Zorgverzekeraars en de Duitse overheid trappen met de introductie van budgettering nu flink op de rem. Productie boven een bepaald maximum wordt niet meer vergoed. Menig praktijk gaat daarom aan het eind van een kwartaal (eenmaal per kwartaal wordt gefactureerd) tijdelijk dicht. Veel praktijken wer-

ken zelfs met software die bijhoudt wat dit kwartaal nog mag worden gedeclareerd. Ziekenfondspatiënten die diagnostiek en therapie nodig hebben, maar waarvoor het budget al is overschreden, moeten wachten tot het volgende kwartaal.

Daarnaast storten praktijken zich op de nog niet gebudgetteerde particulier verzekerde klant of proberen ze de patiënt over te halen IGEL (*individuelle Gesundheitsleistungen*) aan te vragen. Vaak is dat zorg van twijfelachtige waarde, die echter wel buiten het beperkte financiële budget valt.

ONDERGESCHOVEN

Preventieve geneeskunde is in Duitsland altijd een ondergeschoven kindje geweest. Macro-economisch leiden preventieve maatregelen tot vermindering van de zorgconsumptie en tot reductie van de kosten. Voor de individuele private praktijk betekent dat een verminde-

Een nefroloog met een private dialysekliniek heeft in Duitsland

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

SAMENVATTING

- *Marktwerking in de zorg heeft in Duitsland geleid tot een slechtere kwaliteit en hogere kosten.*
- *Nederland moet oppassen dat het niet dezelfde fouten maakt als Duitsland.*
- *Toezicht- en adviesorganen moeten ervoor waken dat kwaliteit in de zorg het leidende principe blijft en dat wordt vastgehouden aan de basisprincipes van rechtvaardigheid en solidariteit.*

ring van het aantal patiënten en dalende inkomsten; gezondere mensen gaan minder vaak naar de dokter.

In Duitsland is het beroep mondhygiëniste nog steeds niet officieel erkend. Het land telt slechts 350 *Dentalhygieniker*, van wie meer dan de helft in het buitenland is opgeleid. Reden voor het geringe aantal is dat Duitse tandartsen de Amerikaanse situatie vrezen. In de VS gaan meer mensen naar de mondhygiëniste dan naar de tandarts en dat schaadt het inkomen van de tandarts. Door preventie wordt het voor tandartsen moeilijker om (dure) prothesen aan de man te brengen. Een nefroloog met een private dialysekliniek heeft in

Een uitzondering op het gebied van preventie is de in 2002 geïntroduceerde coloscopie eens in de tien jaar voor 55-plussers om darmkanker op te sporen. De kosten daarvan worden door zorgverzekeraars gedragen. Of deze screening zinvol is, is echter nog onduidelijk. Daarom zijn andere landen terughoudender of op zoek naar andere, minder invasieve tests. De snelle introductie van het bevolkingsonderzoek door middel van coloscopie in Duitsland is mede ingegeven doordat de zorgverzekeraars hiervoor een extra budget ter beschikking hebben gesteld en daarmee praktijken de mogelijkheid bieden extra inkomsten te genereren. Nadat de pri-

Het is niet immoreel om met zorg geld te verdienen

Duitsland ethisch wél, maar bedrijfseconomisch geen baat bij preventie of dure (immuunsuppressieve) therapieën die er bij sommige patiënten toe leidt dat dialyse niet of pas later noodzakelijk is. Ook heeft deze specialist geen belang bij een niertransplantatie. Want dat betekent dat de specialist een dialyseklant kwijtraakt.

vate praktijk de verrichting heeft gedeclareerd, volgt bij aangetroffen poliepen de endoscopische resectie in het streekziekenhuis.

UITWASSEN

In 2002 ben ik het Duitse zorgstelsel ontvlucht en teruggekeerd naar Nederland. Maar marktwerking en concurrentie in de zorg lijken mij te achtervolgen. Wel krijgt Nederland de kans om het beter te doen dan Duitsland en om te leren van de fouten die daar zijn gemaakt. Een ingrijpende stelselwijziging - zoals in Nederland door de introductie van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) in 2006 - is beter planbaar dan voortdurende kleine correcties in een historisch gegroeid systeem.

Belangrijk is daarnaast om vanaf het begin de rol van toezicht- en adviesorganen te verankeren in het systeem om zo uitwassen van marktwerking te voorkomen. Van wezenlijk belang zijn hiervoor instituties zoals de Nederlandse Zorgautoriteit, die zichzelf als de marktmeester karakteriseert, de inspectie of de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Zij moeten erover waken dat kwaliteit in de zorg het leidende principe blijft en dat wordt vastgehouden aan de basisprincipes van rechtvaardigheid en solidariteit. Deze instituties moeten ook daadwerkelijk durven in te grijpen als spelregels worden overtreden.

Natuurlijk liggen er ook kansen. Zo moet een instelling zich positief onderscheiden van de concurrentie. Dit heeft geleid tot een groot aantal kwaliteitverbeteringsprojecten en procesherinrichtingen, waardoor zorginstellingen efficiënter en klantgerichter werken en de capaciteit van operatiekamers en poliklinieken beter wordt benut.

Het is niet immoreel om met zorg geld te verdienen. Maar mijn ervaringen in Duitsland maken mij ook een beetje zenuwachtig. Ontwikkelingen die zich nu in Nederland voordoen, herken ik. Ik denk bijvoorbeeld aan Nederlandse huisartsen die na de introductie van de Zorgverzekeringswet ruim 17 procent meer reguliere verrichtingen hebben gedeclareerd dan van tevoren werd verwacht. En dat terwijl het aantal contacten per patiënt nauwelijks is toegenomen.

Wie wil nog dure oncologische zorg verlenen in een systeem waar de zorg wordt overgelaten aan de markt? Wat doen wij in Nederland als in tijden van recessie wellicht blijkt dat de reguliere zorg uit het basisverzekeringspakket niet meer is te financieren en er moet worden bezuinigd? Wie bepaalt wat in het basispakket hoort en wat eruit mag? Dreigt dan wel een tweedeling in de zorg? En wat moet ik dan doen? Moet ik dan opnieuw vluchten? Naar Cuba misschien... ■

dr. M. Klemm-Kropp,
mdl-arts in het Westfries Gasthuis in Hoorn

Correspondentieadres: m.klemm@westfriesgasthuis.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

geen baat bij preventie.