Financiering van integrale zorg in de eerste lijn:
Impact van commercialisering in Nederland en Zweden

Tim Joye, Universiteit Gent

Promotor: Pol De Vos

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

I. Abstract

CONTEXT
De stijging van het aantal patiënten met chronische aandoeningen, vormt wereldwijd een belangrijke uitdaging voor de organisatie van de gezondheidszorg. Multimorbiditeit vraagt een andere manier van aanpak. Er is een shift nodig naar integrale zorg. Hierin zijn patiëntgerichtheid, comprehensiviteit en coördinatie essentieel, met de eerste lijn als spil.
Hoe kan financiering zo'n shift stimuleren of remmen? Vele recente publicaties in ons land zoeken naar oplossingen. Ondertussen vonden in andere landen van Europa zoals Zweden en Nederland grondige veranderingen plaats in de financiering, ook van de eerste lijn. Vaak gaat het om een evolutie richting meer commercialisering.

ONDERZOEKSVRAAG
Hoe wordt de eerste lijn in Zweden en Nederland gefinancierd? Welke veranderingen vonden plaats door de recente commercialisering? Wat was de impact op de organisatie van integrale zorg voor chronisch zieken?
METHODE
Deze masterproef omvat twee luiken. Allereerst werd er een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij gekeken werd naar publicaties over de financiering van de gezondheidszorg in Nederland en Zweden. Daarnaast werd interviews gehouden met stakeholders uit de betreffende landen.

RESULTATEN
In Nederland werd een markt tussen zorgverzekeraars ingevoerd, om de stijging van de kosten te beperken. Het betalingssysteem van de huisartsen veranderde in meer betaling per verrichting. Huisartsen zijn bezorgd omwille van de toegenomen bureaucratie en toegenomen financiële drempels. Integrale zorg wordt gestimuleerd door verschillende nieuwe financieringsinitiatieven. Het eerste bilan is eerder positief, maar kritisch. Ketenzorg blijft namelijk beperkt tot afzonderlijke ziektes en biedt geen antwoord op multimorbiditeit. Het verrichtingensysteem maakt patiëntgerichtheid en samenwerking met andere disciplines moeilijker dan vroeger.
In Zweden werd het vroegere staatssysteem opgesplitst in aparte entiteiten. Vrije consumentenkeuze werd ingevoerd en privépraktijken werden toegelaten. De patiënttevredenheid is verbeterd, maar vooral bij een jong en gezond publiek. De shift naar meer acute zorg heeft de aandacht voor chronische aandoeningen verminderd. De opsplitsing en de keuzevrijheid leidt tot versnippering, waardoor horizontale en verticale samenwerking moeilijker wordt.

CONCLUSIES
Het overgrote deel van de auteurs is het erover eens dat een forfaitaire betaling in de eerste lijn beter is voor de organisatie van integrale zorg dan een betaling per prestatie. Organisatorisch moeten multidisciplinaire eerstelijnscentra en zorgnetwerken met de tweede lijn het doel zijn.
Bij commercialisering komen telkens drie gevaren terug. Ten eerste dreigt er een focusshift met minder aandacht voor chronisch zieken. Daarnaast wordt de sturing van artsen gemonetariseerd. Tenslotte wordt het zorglandschap vaak meer gefragmenteerd.
Concurrentie tussen zorgnetwerken of –consortia wordt door voorstanders van liberalisering naar voren geschoven als de oplossing, maar het gevaar van focusshift blijft. Aandacht voor intrinsieke motivatie en patiëntenparticipatie kan een oplossing zijn. Uit bovenstaande vaststellingen blijkt dat de algemene keuze van ons financieringsbeleid een grote impact kan hebben op de integrale zorg. Een grondige hervorming in België lijkt nodig.

II. Inhoud

I. Abstract 2
II. Inhoud 3
III. INLEIDING 5
A. Chronische aandoeningen: een epidemie 5
B. Van chronische aandoeningen naar chronische zorg 6
1. Toren van Babel 6
2. Eerstelijnsgezondheidszorg is integraal 7
3. Hoe integrale zorg onderzoeken? 9
C. Financiering 11
1. Financiering een cruciale factor 11
2. Determineren om te vergelijken 12
3. Nieuwe initiatieven zoeken uitwegen 15
4. Commercialisering 15
D. Vraagstelling 18
IV. Methode 19
V. Resultaten 20
A. Welke aanbevelingen bestaan er? 20
1. Eerste lijn 20
2. Out-of-pocket 20
3. Prestatie vs. forfait 21
4. Pay-for-performance 22
5. Bundled payments 22
B. Partim Nederland 24
1. Veranderingen in financiering 24
2. Financiering voor integrale zorg 25
3. Algemene gevolgen 26
4. Gevolgen voor integrale zorg 28
C. Partim Zweden 31
1. Het nordic model 31
2. Veranderingen in financiering 32
3. Algemene gevolgen 33
4. Gevolgen voor integrale zorg 34
VI. Discussie 36

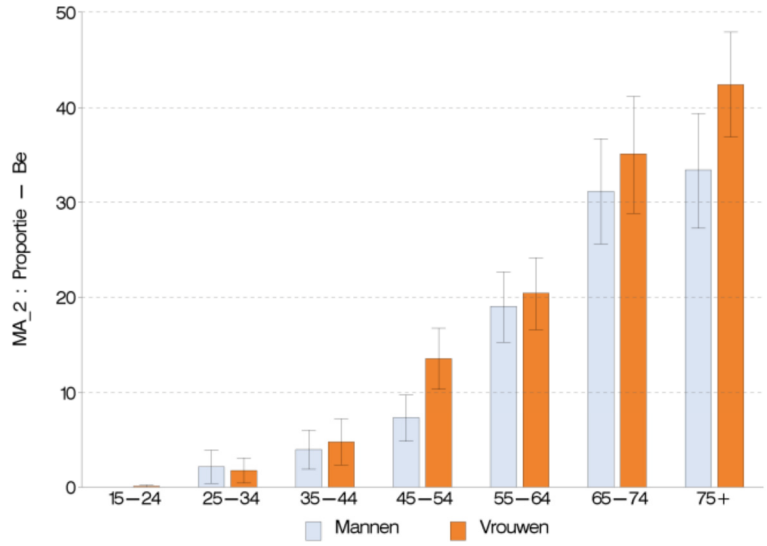
1. Sterktes en zwaktes van deze studie 36
2. De pijlers van integrale financiering 36
3. Wat met commercialisering? 37
4. De grootste risico's: focusshift, monetariseren en fragmentering 40
5. Is er een optimaal systeem? 41
VII. Conclusie 44
VIII. Bibliografie 45

III. INLEIDING

A. Chronische aandoeningen: een epidemie

Wat zijn de uitdagingen van de toekomst voor de nieuwe generatie huisartsen? Verschillende evoluties komen op ons af. Dit literatuuronderzoek vertrekt van een uitdaging die bij velen bovenaan het lijstje staat : de toename van het aantal chronisch zieken. Dat is een wereldwijd fenomeen dat ook in België hoog op de agenda staat. Na de lancering van een nationaal programma 'Prioriteit aan de chronisch zieken' in 2008 werd het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) gevraagd om verder te werken aan een toekomstvisie voor de organisatie van chronische zorg. (1) In 2012 verscheen een '*position paper'* met vijftig concrete actiepunten. (2) De verschillende initiatieven mondden uit in een interministeriële conferentie, een publieke consultatie, en een gemeenschappelijk plan voor de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. (3,4) Ook Domus Medica publiceerde in dit kader een document met aanbevelingen. (5) Het is duidelijk dat meerdere actoren erkennen dat de uitdaging groot is en dat een grondige aanpak nodig zal zijn.

De cijfers van de laatste gezondheidsenquête geven de meest recente indruk van de omvang van het probleem. (6) De prevalentie van het aantal chronisch zieken neemt toe, maar gestaag. In 1997 gaf 24,6% van de personen ouder dan vijftien jaar aan dat ze leden aan ten minste één chronische ziekte, in 2013 was dat 28,5%.
De grootste verandering zit echter in de multimorbiditeit. De vergrijzing zorgt ervoor dat meer mensen lijden aan een chronische aandoening, maar vooral ook dat meer mensen lijden aan meer dan één chronische aandoening. Tussen 1997 en 2013 is het percentage 65-plussers met multimorbiditeit gestegen van 30,6% tot 36,1% (zie Figuur 1).



Figuur 1. Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met multimorbiditeit in de afgelopen twaalf maanden, volgens geslacht en leeftijd, Gezondheidsenquête, België, 2013

Dat heeft een enorme impact op de beschikbare middelen in de gezondheidszorg en de maatschappij in haar geheel. In Europa gaat 70 à 80% van het gezondheidszorgbudget naar chronische ziekten. (7,4)

B. Van chronische aandoeningen naar chronische zorg

In 2012 publiceerde het Federaal Kenniscentrum KCE een rapport met aanbevelingen om de organisatie van onze zorg aan te passen aan de toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit. (2) De veranderde epidemiologie veroorzaakt volgens het centrum een *shift* naar een aanpak met meerdere zorgverleners. Ons huidige model is verouderd, *"de huidige methodes zowel van zorg verlenen en betalen als van opleiding zijn georiënteerd op acute zorg, in ziekenhuissetting, gebaseerd op de veronderstelling dat mensen lijden aan (een verzameling van) alleenstaande ziektes"*. Volgens het rapport is er een groeiende consensus dat er voor een kwaliteitsvolle gezondheidszorg nood is aan meer integratie van zorgverleners en coördinatie van hun activiteiten, over verschillende niveaus en plaatsen heen, tegen verdere fragmentering. '*Integrated care*' moet het doel zijn.

1. Toren van Babel

Hoe kunnen we '*integrated care'* definiëren? De meest gebruikte definitie is die van de WHO: "Integrated care is a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. It is a means to improve the services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency." (8)
Het probleem is dat deze definitie te breed is en niet specifiek genoeg. Bij het doornemen van de literatuur lijken auteurs elk een eigen interpretatie van de term te hanteren, die niet altijd dezelfde is. Zelfs binnen het rapport van het KCE krijgt de term verschillende betekenissen. Het bovenstaande citaat komt uit de inleiding over het internationaal kader van WHO- en EU-publicaties rond chronische zorg. Daar is *integrated care* de overkoepelende term die pleit voor organisatorische hervormingen. Even verder in het rapport komt de term terug, maar niet als algemene strategie: '*integrated care*' is hier één van de acht kwalificaties die het rapport opsomt om tot betere zorg voor chronisch zieken te komen, naast o.a. coördinatie, duurzaamheid, persoonsgerichtheid, empowerment van de patiënt… *Integrated care* staat dan specifiek voor meer samenwerking tussen verschillende zorgniveaus. Spreekt het rapport hier wel twee keer over hetzelfde? In beide fragmenten wordt verwezen naar de WHO-definitie, maar de tweede keer lijkt de betekenis veel enger.
Wat met de vertaling naar het Nederlands? In de Nederlandstalige samenvatting van het rapport is er minder onduidelijkheid. De term 'geïntegreerde zorg' wordt enkel gebruik als één van de acht kwalificaties voor betere chronische zorg. In het 'Gemeenschappelijk Plan' dat volgde op het KCE-rapport, zien we dan weer een meer algemene benadering. 'Geïntegreerde zorg' is er de titel voor het geheel geworden. De acht kwalificaties voor chronische zorg worden vertaald in achttien componenten van geïntegreerde zorg. De kwalificaties gecoördineerde en geïntegreerde zorg vindt men hier terug onder de componenten coördinatie en zorgcontinuïteit. (4)

In 2008 publiceerden Nolte en McKee een boek voor het *European Observatory on Health Systems and Policies*. Hiermee trachtten zij de belangrijkste evidentie rond zorg voor chronisch zieken te verzamelen. Ook zij schrijven over '*integration'* als zorgstrategie voor de opvang van chronisch zieken. De fundamentele uitdaging is volgens hen net dit gebrek aan gemeenschappelijke definities van onderliggende concepten. Er wordt zelfs verwezen naar de toren van Babel. "Er is een plethora aan termen die op verschillende manieren beschreven zijn als '*integrated care', 'coordinated care', 'collaborative care', 'managed care', 'disease management', 'case management', 'patient-centred care', 'chronic (illness) care', 'continuity of care', 'transmural care', 'seamless care'*…" (9)
Toch moet men opletten om al deze termen louter als synoniemen te beschouwen. Achter de

oorsprong een aantal termen schuilt wel degelijk een fundamenteel andere benadering. '*Integrated care*' komt uit systeemtheorieën over zorg en welzijn, met een sterke link tussen *cure* en *care* en een grote focus op het verbeteren van de *outcome* voor de patiënt. Dat maakt het enerzijds sterk patiëntgericht maar geeft het anderzijds ook een breder zorgmodelperspectief. *Disease management* is een term die nu vaak als synoniem gebruikt wordt, maar die oorspronkelijk wel een heel andere invalshoek had. Hier heeft men het meestal vooral over ziektespecifieke programma's, vaak ook geïnitieerd als middel om de kosten te drukken.
Van patiëntgericht tot ziektegericht: het boek spreekt over twee uiteinden van een spectrum, maar er zit wel degelijk een fundamentele tegenstelling tussen de twee benaderingen. Het gevaar is dat termen door elkaar gebruikt worden, en daardoor niet langer duidelijk te definiëren zijn over verschillende studies en artikels heen. Volgens Nolte en McKee gaat het uiteindelijk hierom: "Het ultieme doel is het verbeteren van de *outcome* voor patiënten met chronische gezondheidsproblemen door het vermijden van fragmentering en het verbinden van verschillende zorgverleners doorheen het continuüm van de zorg."

In deze scriptie wordt vanaf hier een duidelijk onderscheid gemaakt. Wanneer het gaat over 'integrale zorg', dan wordt gerefereerd naar de algemene visie, het geheel van de nodige hervormingen, het patiëntgerichte perspectief uit de systeemtheorieën. Wanneer het gaat over integratie of geïntegreerde zorg, dan wordt gerefereerd naar de specifieke betekenis van meer samenwerking, meer coördinatie.

2. Eerstelijnsgezondheidszorg is integraal

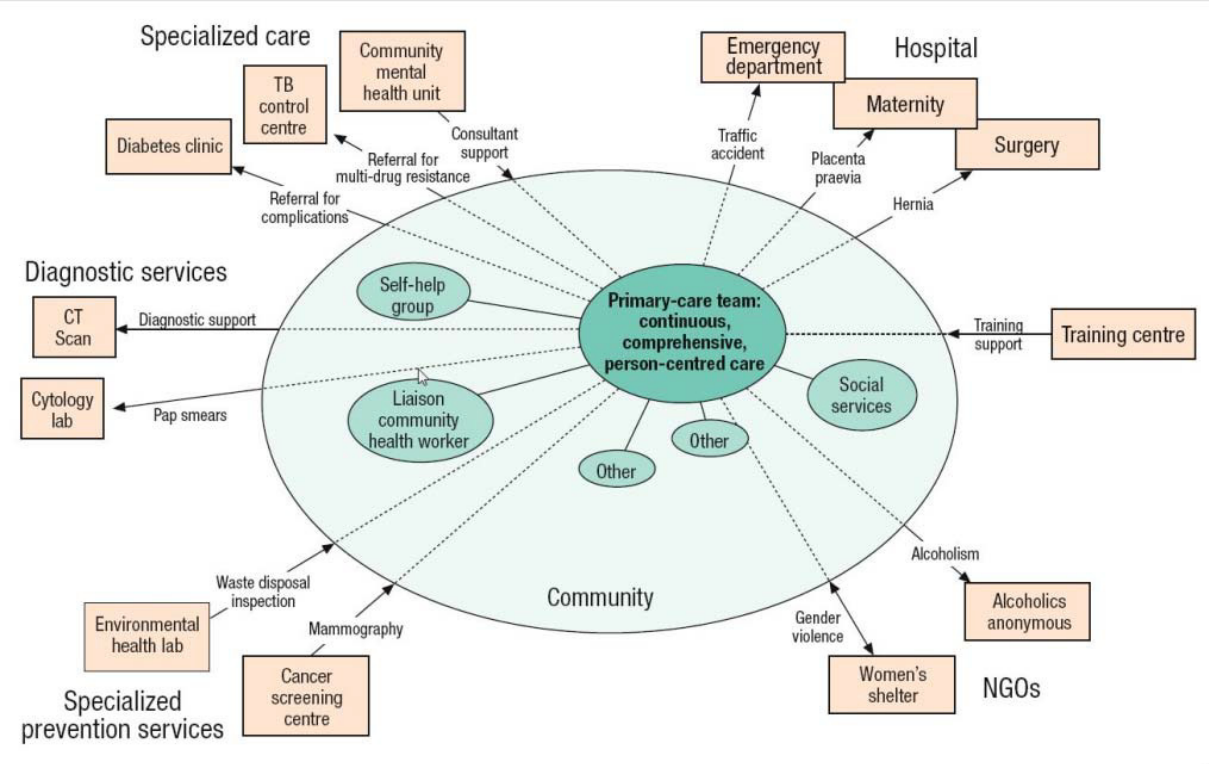
Volgens het KCE-rapport over chronische zorg raadt de internationale literatuur behalve de shift naar integrale zorg ook nog een andere shift aan, namelijk een shift naar een sterkere eerstelijnszorg. Als centrale speler, dicht bij de patiënt, moet de eerstelijnszorg de "spil van coördinatie" zijn in een geïntegreerd netwerk van zorgverleners. (2)

De uitdrukking komt uit het WHO-rapport van 2008 over *Primary Health Care (PHC)*. '*Now more than ever*', is de ondertitel. De boodschap is dat onze gezondheidszorg voor een aantal grote uitdagingen staat en dat het beleid zich veel meer zal moeten richten op *Primary Health Care*. (10) In de context van dit rapport mag men dit breed interpreteren. Algemeen genomen heeft PHC twee afzonderlijke betekenissen. In de eerste plaats is het letterlijk een niveau van onze gezondheidszorg, de plaats waar het eerste contact met de patiënt plaatsvindt. Maar daarnaast staat PHC ook voor een visie op de organisatie en ontwikkeling van zorgsystemen. (11) Die visie werd voor het eerst uitgewerkt in de Alma-Ata verklaring van 1978 en wordt sindsdien wereldwijd beschouwd als het referentiepunt voor pleitbezorgers van PHC.

Drie kenmerken zijn volgens de WHO van cruciaal belang in de eerstelijnszorg om een performant zorgsysteem te bereiken: *person-centredness*, *comprehensiveness* en *continuity*. (12) De gelijkenis met de discussie over *integrated care* valt op. Patiëntgerichtheid betekent voor de WHO dat men als zorgverlener oog moet hebben voor de mens achter de ziekte, met al zijn ideeën, bezorgdheden en problemen. *Comprehensiveness* is een woord dat zich moeilijk laat vertalen in het Nederlands. Hier wordt het gebruikt voor het bestaan van een breed zorgaanbod: "De diversiteit van de zorgvragen die mensen stellen, past niet in afgelijnde categorieën als promotie, preventie, therapie of revalidatie." Een sterke eerste lijn met diversiteit zorgt ervoor dat preventie meer aandacht krijgt en voorkomt de inefficiënte en contraproductieve neveneffecten van fragmentering na verwijzing naar

de tweede lijn. Continuïteit tot slot wordt in de tekst expliciet gelinkt aan chronische aandoeningen: “Zorg zou zich niet mogen beperken tot de consultatie en zou niet mogen stoppen aan de vier muren van de consultatieruimte. Een goeie *outcome* kan enkel met een consistente en coherente aanpak van het probleem van de patiënt.”

Vanuit deze drie kenmerken ontwikkelde de WHO het concept van de eerste lijn als ‘spil van coördinatie’. Om de bovenstaande taken goed te kunnen vervullen, is het belangrijk dat de eerste lijn een centrale rol krijgt om het zorgproces te coördineren. De vooruitgang en diversifiëring van het zorgaanbod biedt veel mogelijkheden, maar alleen als de eerstelijnszorg ondersteuning biedt aan patiënt om er op de goeie manier gebruik van te maken. (12) Figuur 2 toont duidelijk hoe de verhouding tussen eerste lijn enerzijds en tweede en derde lijn anderzijds moet veranderen, van de klassieke pyramide naar een netwerk. *Top-down* hiërarchie en *bottom-up* verwijzing moeten plaatsmaken voor samenwerking en coördinatie.



Figuur 2. Eerste lijn als een spil van coördinatie: netwerken binnen de gemeenschap en met partners van buitenaf. (WHO)

Figuur 2 geeft perfect het idee weer van een integrale eerstelijnszorg die in staat is om de toename aan chronische aandoeningen en multimorbiditeit op te vangen. In deze studie wordt bewust voor dit model gekozen. Dit idee is tegengesteld aan het concept “aan de andere kant van het spectrum” van ‘*disease management*’ programma’s. Sommige van deze programma’s mogen dan wel een schoolvoorbeeld zijn van gestroomlijnde integratie, deze ziektegebonden initiatieven zorgen volgens de WHO voor fragmentering en zijn vaak nefast voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. De organisatie heeft het dan vooral over de verticale programma’s in de ontwikkelingslanden, maar hun stelling geldt evenzeer voor Europa: “Met parallelle structuren voor opdrachten en financiering, veelvoudige afspraken rond supervisie en opleiding, en vermenigvuldigde transactiekosten, leiden ze tot situaties waar programma’s concurreren om de beschikbare middelen, terwijl de structurele

problemen van de gezondheidszorg – financiering, betaling en *human resources* – te weinig aandacht krijgen." (10)

3. Hoe integrale zorg onderzoeken?

Hoe kan integrale zorg beoordeeld worden? Om verschillende systemen te kunnen vergelijken, is er nood aan deelaspecten die best vertaald kunnen worden naar meetbare parameters. De drie kenmerken van PHC volgens de WHO omvatten de belangrijkste elementen van integrale zorg, maar zijn onvoldoende concreet gedefinieerd.
De Amerikaanse onderzoekster Barbara Starfield was een van de eersten die besloot de eerstelijnszorg van verschillende landen en/of staten te vergelijken. In haar beschrijving van *Primary Care* zien we een duidelijkere link met concrete gegevens. Vier kerntaken worden onderscheiden:

- Het eerste contactpunt voor alle nieuwe klachten;
- Continue zorg, patiëntgericht en niet ziektegericht;
- *Comprehensieve* zorg, voor alle veel voorkomende klachten;
- Coördinatie van de zorg, zowel voor veel voorkomende als voor de minder voorkomende klachten, die specialistische zorg nodig hebben. (11)

Een gelijkaardige, meer recente benadering vinden we bij de Europese Qualicopc-studie. Die vergelijkt de parameters van de eerstelijnszorg in 34 Europese landen. (13) Om kenmerken te kunnen onderscheiden, werd een referentiekader ontwikkeld in samenwerking met de Europese *Primary Care Monitor* (PHAMEU). (14) Volgens de auteurs strekken de kenmerken zich uit over drie verschillende niveaus.

- Het eerste niveau is de structuur, en bevat drie dimensies: governance, economische omstandigheden, en personeelssterkte;
- Het tweede niveau is het proces, met vier verschillende dimensies: toegankelijkheid, continuïteit, coördinatie en *comprehensiviteit*;
- Tot slot is er het niveau van de *outcomes*: kwaliteit, efficiëntie en *equity*.

Per dimensie onderscheidt men verschillende kenmerken. Toegankelijkheid gaat zowel over betaalbaarheid als over beschikbaarheid. Met continuïteit bedoelt men zowel relationeel (relatie arts-patiënt-context) als informationeel (dossier). Coördinatie omvat veel verschillende zaken: *gatekeeping*, maar ook multidisciplinariteit in de praktijk en zorgintegratie met de tweede lijn. *Comprehensiviteit* ten slotte meet vooral welke verschillende diensten en behandelingen in de eerste lijn zelf aangeboden worden.

In elke definitie komen een aantal termen telkens terug, maar de begrippen dekken niet altijd dezelfde lading. Coördinatie betekent bijvoorbeeld voor de ene auteur horizontale integratie (bv. KCE), voor de andere verticale integratie (bv. Starfield) en voor nog een ander alle twee (bv. Qualicopc). Continuïteit in het WHO-rapport omvat een stuk communicatie met de tweede lijn, dat in de Qualicopc-tool eerder onder een deel van coördinatie valt. Patiëntgerichtheid wordt bij Qualicopc dan weer niet vermeld, maar valt waarschijnlijk voor een deel samen met het deel relationele continuïteit.

Tabel 1 geeft een overzicht en toont hoe elke auteur zijn eigen terminologie gebruikt. Uit het geheel aan begrippen en onderverdelingen volgt uiteindelijk een keuze voor een eigen referentiekader, onderverdeeld in drie hoofdaspecten.
- Patiëntgerichtheid staat voor de holistische benadering van de WHO. Organisatorisch kan dit

getoetst worden aan de aandacht voor preventie en de integratie tussen gezondheidszorg en welzijnszorg. Ook het beschermen van de relationele continuïteit valt hieronder.

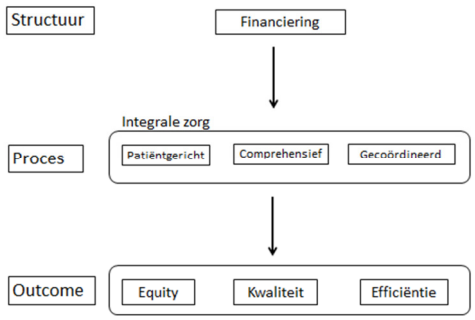
- *Comprehensiviteit* is de term die het best alle begrippen omvat die verwijzen naar interprofessionele samenwerking in de eerste lijn, multidisciplinaire praktijken, horizontale integratie. Het komt overeen met de omschrijving in de definities van de WHO en Starfield. Hoe goed werken afzonderlijke disciplines in de eerste lijn samen en hoe breed is het spectrum van zorg dat aangeboden kan worden? Het Nederlands kent geen passende vertaling voor de term *comprehensivity*. Het woordenboek stelt 'alomvattendheid' voor, maar dat is minder eenduidig en specifiek als de term *comprehensiviteit*.
- Coördinatie ten slotte gaat dan over zorgcoördinatie met de tweede en derde lijn. Daarin past de transmurale communicatie en informatie-uitwisseling, maar ook het onderling afstemmen van het zorgaanbod.

Een duidelijke definiëring van begrippen op basis van de eigen interpretatie biedt een houvast om de betekenis van '*integrated care*' over verschillende teksten te onderscheiden. Integraliteit slaat op het geheel en is aanwezig in elk deelaspect. Integratie kan zowel *comprehensiviteit* (horizontaal) als coördinatie (verticaal) betekenen. Men spreekt ook wel van horizontale en verticale integratie. Horizontale integratie staat voor multiprofessionele samenwerking tussen diensten op hetzelfde niveau, verticale integratie voor samenwerking tussen verschillende niveaus. (9,2)

KCE: Integrated Care	**WHO: Primary Health Care**	**Starfield: Primary Care**	**Qualicopc: Primary Care**	**Eigen keuze**
Gecoördineerd = binnen één niveau	Persoonsgericht	Eerste contact	Toegankelijk	*Patiëntgericht*
Geïntegreerd = tussen niveaus	Comprehensief	Persoonsgericht – Continuïteit	Continuïteit = relationeel & informationeel	*Comprehensief* = horizontale integratie
Persoonsgericht	Continuïteit	Comprehensief = binnen eigen discipline	Coördinatie = gatekeeper, binnen één niveau, en tussen niveaus	*Coördinatie* = verticale integratie
		Coördinatie = met andere disciplines	Comprehensief = klinisch aanbod voor eerste contact en opvolging	

Tabel 1. Kenmerken van integrale zorg

Belangrijk is dat bovenstaande drie kenmerken slechts procesindicatoren zijn. Wat telt is de uiteindelijke *outcome*. Het doel is zorg organiseren die hoog scoort op kwaliteit, *equity* en efficiëntie (betaalbaarheid). We willen goede zorg, maar we willen ze voor iedereen en aan een betaalbare kost voor de maatschappij. Figuur 3 toont het opzet van dit onderzoek volgens het kader met drie niveaus van de Qualicopc-studie.



Figuur 3. Van financiering naar integrale zorg, met equity, kwaliteit en efficiëntie.

C. Financiering

1. Financiering een cruciale factor

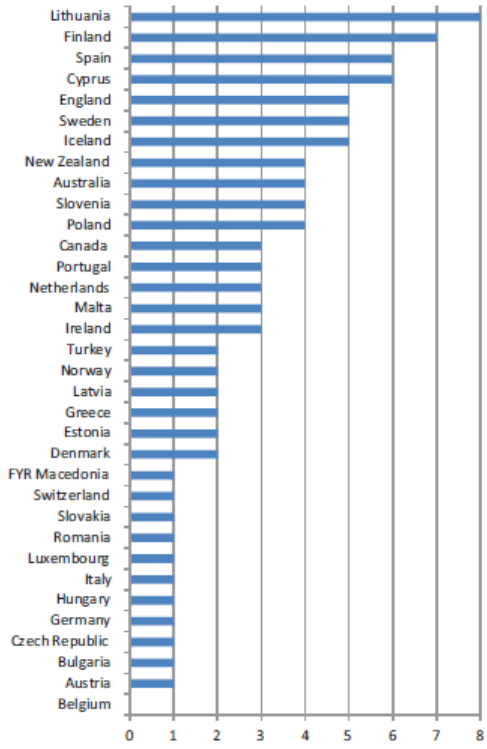
Eén ding valt op in het rapport van de WHO uit 2008: doorheen de beschrijving van een performante eerstelijnszorg wordt er regelmatig expliciet toegevoegd dat dit onmogelijk is zonder de juiste financieringsbeslissingen op beleidsniveau. De implicaties voor het beleid en de financiering zijn cruciaal, anders blijft het maar bij 'wishful thinking'. (12)

Het is dan ook niet verwonderlijk dat financiering een centrale plaats krijgt in een aantal veel geciteerde publicaties over de organisatie van de eerste lijn. Vorig jaar publiceerden de vier Vlaamse vakgroepvoorzitters huisartsgeneeskunde een visietekst, '*Together We Change'*, voor de eerstelijnszorg van de toekomst. Zorgorganisatie en financiering zijn de eerste elementen die aan bod komen. (15)
Een ander voorbeeld komt van de Europese Commissie. Recent richtte die een Expert Panel op rond 'effective ways in investing in health' (EXPH). (11) Ze behandelen verschillende thema's, maar hun eerste opinietekst was een referentiekader voor de eerste lijn. Een apart hoofdstuk is gewijd aan financiering. Ook daar zien we dezelfde uitdaging terugkomen als essentieel: de verschillende mogelijkheden van financiering worden voorgesteld in functie van de vraag hoe financiële '*incentives'* voor zorgverstrekkers ('*providers'*) zorgcoördinatie kunnen stimuleren.

Ook in rapporten specifiek over chronische zorg is er een belangrijke plaats voor de financiering. In het rapport van het Europese Observatory leiden de auteurs hun visie in als volgt: "Een kerntaak om chronische zorg te verbeteren, zal het ontwikkelen en aanpassen zijn van betalingsmethodes die de juiste financiële *incentives* geven." (16) Die ontbreken momenteel volgens het rapport. "Hoe gemotiveerd zorgverleners nog mogen zijn, slechts weinigen zullen handelen tegen hun economische belangen in", aldus het rapport. De financiële *incentives* die traditioneel in de meeste landen bestaan, vormen geen stimulans om de chronische zorg efficiënt te organiseren. Integendeel, vaak vormen ze barrières.

Recent publiceerden de Belgische overheden een 'Gemeenschappelijk Plan' voor de aanpak van chronisch zieken. (4) Het plan bevat achttien componenten en financiering is er een van. "Geïntegreerde zorg vraagt om nieuwe, meer innovatieve manieren van financiering", aldus het plan. Maar de auteurs geven ook meteen aan waar het schoentje wringt. Over de noodzaak van geïntegreerde zorgmodellen bestaat een grote internationale consensus, maar over welke financieringssystemen hiervoor het meest geschikt zijn, veel minder.

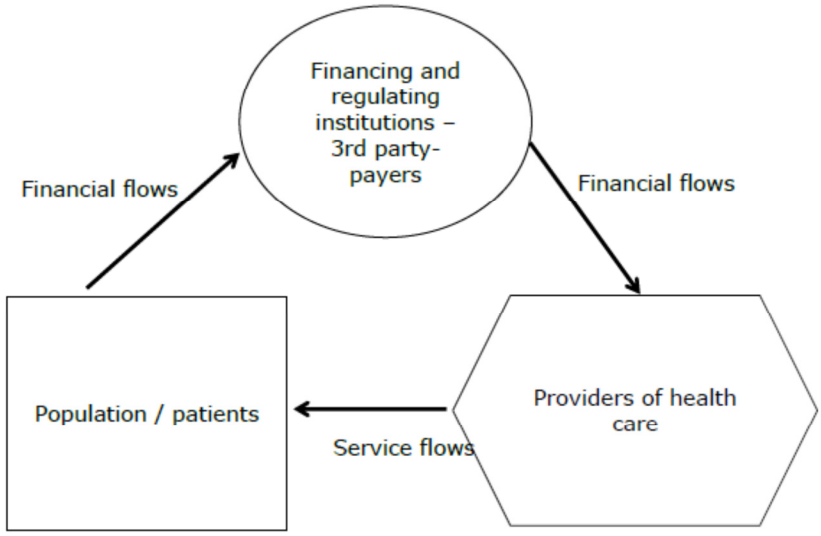
De grote verschillen doen alvast vermoeden dat de beleidskeuzes van nationale overheden een belangrijke rol kunnen spelen. Het Qualicopc-onderzoek, een project van dataverzameling over de organisatie van de eerste lijn in 34 Europese landen, kwam na vergelijking tot de conclusie dat de grootste variatie niet binnen landen is, maar tussen landen. (13) Figuur 4 toont het gemiddeld aantal disciplines die in een eerstelijnspraktijk werken naast de huisarts. De verschillen tussen landen zijn opmerkelijk. In Spanje, Engeland, Zweden… zijn de praktijken heel groot, in Duitsland bijvoorbeeld veel kleiner. De auteurs besluiten: “De doorslaggevende factor heeft te maken met het beleid van landen en/of historisch ontwikkelde gewoontes.”
België staat helemaal onderaan de lijst: het merendeel van de praktijken bestaat enkel uit één of meerdere artsen. Toen dit bericht in de media kwam, reageerde de Belgische coördinator van de studie professor Sara Willems: “Wil België echt werk maken van een degelijke samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, dan moet de regelgeving en financiering hervormd worden.” (17)



Figuur 4. Mediaan in 34 landen van aantal disciplines in de eerstelijnspraktijk naast de huisarts. (Qualicopc 2015)

2. Determineren om te vergelijken

De financiering van verschillende landen vergelijken is niet eenvoudig, maar wel belangrijk. Het is het enige verband dat onderzoekers en beleidsmakers hebben tussen theoretische modellen en de werkelijkheid. Hoe kunnen verschillende systemen van elkaar onderscheiden worden? Daarvoor is het eerst nodig een aantal definities op een rijtje te zetten.



Figuur 5. De driehoek van actoren in de gezondheidszorg. (EXPH 2015)

Het rapport van het Europese Observatory begint zijn hoofdstuk over financiering met een 'driehoeksmodel' om de verschillende alternatieven overzichtelijk voor te stellen. (16) Figuur 5 van het Expert Panel toont dezelfde driehoek. (18) In de gezondheidszorg zijn er drie belangrijke spelers: de patiënten, de zorgverleners (*providers*) en een derde partij die de financiering reguleert. In de meeste rapporten spreekt men van *pooling* (= middelen inzamelen) en *purchasing* (= zorg inkopen).

Welke zijn nu de verschillen tussen landen? Welke zijn de hoofdkenmerken die een financieringssysteem determineren? Van het Expert Panel, over de Qualicopc-studie, tot het EU Observatory, elk heeft een eigen benadering. (11,16,14) Voor dit onderzoek brengen we drie aspecten in rekening.

De belangrijkste vraag is hoe de financiële *pooling* gebeurt. Volgens het EU Observatory zijn er drie soorten *purchasers*: zorgverzekeraars, ziekenfondsen, en de staat. In het eerste systeem verzekeren patiënten zich individueel bij privéverzekeraars met premies voor financiële tegemoetkoming in geval van ziekte. In het tweede systeem is er een sociale zekerheid opgebouwd met ziekenfondsen. De geldinzameling gebeurt collectief, via bijdragen door alle werkgevers en werknemers in het land. In een staatssysteem ten slotte is er geen derde partij. De staat zorgt zelf voor zorgverlening en haalt zijn geld uit belastingen.
In het rapport van het Expert Panel over *Primary Care* wordt geen onderscheid gemaakt tussen privé-verzekeraars en ziekenfondsen. Beiden worden beschouwd als verzekeringsmaatschappijen. Toch is er een groot verschil. Ten eerste kunnen hun beweegredenen soms sterk verschillen. Privé-verzekeraars vertrekken vanuit een winstlogica, terwijl bij ziekenfondsen de hoofdmotivatie door hun sociale achtergrond vaak non-profit is. Dat heeft bijvoorbeeld gevolgen voor het probleem van patiëntenselectie, een probleem dat later nog aan bod komt. Beide verliezen middelen wanneer veel chronische patiënten met grote behoeften zich aansluiten, maar doordat bij zorgverzekeraars het financiële aspect meer van belang is, zal het risico van patiëntenselectie veel groter zijn.
Ten tweede is er ook vanuit maatschappelijk perspectief een groot verschil. Een sociale zekerheid werkt – net als een staatssysteem – herverdelend. Elk draagt bij naar vermogen en krijgt volgens behoefte. Bijna alle landen van Europa kozen daarom doorheen de jaren voor een systeem van herverdeling. Men spreekt van het Bismarckmodel in het geval van sociale zekerheid, en van het

Beveridgemodel in geval van een staatssysteem. In een systeem met zorgverzekeraars zoals in de VS is er geen herverdeling.
Dit laatste moet wel genuanceerd worden. In Nederland bijvoorbeeld is er een systeem met zorgverzekeraars, maar hun financiering bestaat voor een groot deel nog steeds uit publieke middelen die centraal verzameld worden via een inkomensafhankelijke bijdrage.

Een tweede hoofdkenmerk van financieringssystemen is hoe providers betaald worden. Het rapport van het Expert Panel ziet de verschillende mogelijkheden als een spectrum, van 'Bundled' tot 'Unbundled'. (Figuur 6) Algemeen genomen zijn er drie belangrijke categorieën om artsen of praktijken te betalen. Bij *fee-for-service* wordt per prestatie betaald. Vervolgens bestaan er verschillende vormen van enveloppefinanciering. De meest voorkomende vorm is de forfaitaire ('capitation'). De betaling hangt af van het aantal ingeschreven patiënten. De derde mogelijkheid is een vast loon. Voor een groepspraktijk wordt dat dan een vast budget, onafhankelijk dus van het aantal aandoeningen of het aantal prestaties.

Bundled						**Unbundled**
Global budget / salary	**Capitation**	**Per period**	**Per patient pathway**	**Per case / diagnosis / procedure**	**Per day**	**Fee-for-servie**
Periodic lump sum independent of number of patients	Periodic lump sum per enrolled patient for a range of services	Periodic lump sum per patient diagnosed with a particular condition	Lump sum for all services required for a defined pathway of care	Payment per case based on grouping of patients with similar diagnoses / procedures or resource needs	Payment per day of stay in hospital or other facility	Payment for each system of service and patient contact

Figuur 6. Het spectrum van gebundelde vs. niet-gebundelde betalingsmethodes voor zorgverleners. (EXPH 2014)

Een derde hoofdkenmerk is het statuut van de providers. In de rapporten van het EU Observatory en het Expert Panel wordt dit niet besproken, maar in de Qualicopc-studie wordt het wel vernoemd. In België bijvoorbeeld is het duidelijk dat dit een belangrijk element is. Sommige groepspraktijken zijn vzw's waar artsen een loon ontvangen, andere zijn bvba's waar artsen geassocieerde zelfstandigen zijn. Traditioneel wordt de eerste vorm geassocieerd aan forfaitaire betaling, en de tweede aan het prestatiesysteem, maar dit hoeft niet te zijn.
Het soort praktijk en het statuut van de artsen kan een invloed hebben op de manier van werken, onafhankelijk van de manier van betalen. In Zweden bijvoorbeeld is de betaling van praktijken verschoven van vaste budgetten naar meer betaling per aandoening en zelfs per prestatie, maar in de praktijken van de staat heeft dit geen invloed op de lonen van de artsen. Een eventuele overschot wordt enkel gebruikt voor investeringen in de praktijk, of hoogstens voor een weekendje met het team op het eind van het jaar (cf. infra). Men kan bedenken dat het gevaar naar misbruik kleiner is dan bijvoorbeeld bij een eerstelijnspraktijk in het Verenigd Koninkrijk die uitgebaat wordt door een multinational met aandeelhouders die rendement verwachten.

Naast deze drie hoofdkenmerken zijn er nog een aantal secundaire kenmerken die ook een rol spelen. Zo vermelden verschillende auteurs dat het van belang is hoe groot het budget voor de

eerste lijn is. Ook het bestaan van eigen bijdragen door de patiënt is voor de meeste auteurs belangrijk. Moet de patiënt zelf iets betalen als men een arts raadpleegt, of niet?

3. Nieuwe initiatieven zoeken uitwegen

De vraag is dus of keuzes in het financieringssysteem een invloed hebben op de organisatie van integrale zorg voor chronisch zieken. Sommige opinies in België beweren van wel, zo pleiten ze bijvoorbeeld voor meer forfaitaire betaling (cf. infra). Andere opinies spreken zich niet uit over de bovenstaande vragen. Financiering wordt wel vermeld, maar de focus ligt op extra maatregelen, "financieringsstimulansen" naast het bestaande systeem. Ze worden voorgesteld als "nieuwe, innovatieve financieringswijzen".

Het Federaal Kenniscentrum KCE bijvoorbeeld bestudeerde de financiering van de ziekenhuizen in een aantal andere landen, en pleit voor vier innovatieve financieringsstimulansen:

- Afzonderlijke financiering voor zorgcoördinatie;
- Pay-for-performance (P4P), financiële stimulans geassocieerd met verbetering in het proces of de uitkomsten van chronische zorg;
- 'Bundled payment' voor een groep van diensten voor een specifieke ziekte waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn;
- Globale financiering voor de volledige keten van diensten gerelateerd aan een specifieke groep mensen. (19)

In het Gemeenschappelijk Plan van de overheid voor chronisch zieken dat mede gebaseerd is op deze (en andere) KCE-studie(s), komen dezelfde mogelijkheden tot innovatie terug:

- Aanvullende prikkels die meer en betere samenwerking belonen (bv. '*shared savings'*);
- Aanvullende financiële prikkels voor kwaliteitsvolle zorg (bv. *pay-for-performance* en *pay-for-quality*)
- Het samenbundelen van activiteiten/diensten in één betaling of zorgpakket ('*bundled payments*')
- Prospectieve (forfaitaire), op behoeften gebaseerde financiering ('*needs-based capitation*')
- Persoonsvolgende financieringsmechanismen ('rugzakfinanciering'). (4)

4. Commercialisering

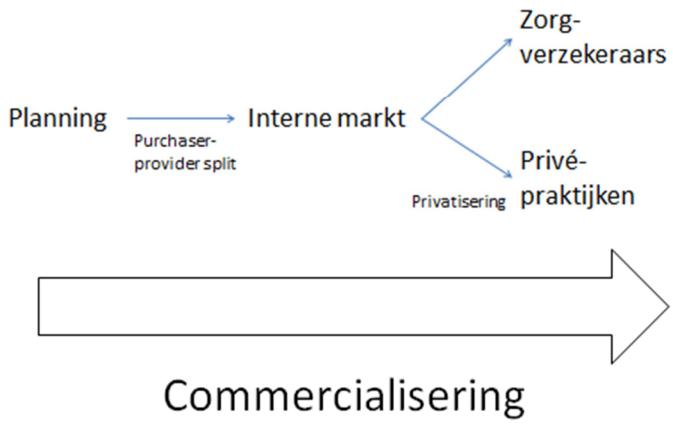
Naast de interesse voor nieuwe financieringsinitiatieven zijn er ook andere belangrijke trends internationaal als het gaat om financiering van gezondheidszorg. Het WHO-rapport van 2008 over *Primary Health Care* stelt dat hospitalocentrisme, fragmentering en commercialisering drie trends zijn die een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van onze gezondheidszorg. (10) Alle drie zijn ze verbonden met de manier van financieren. Vooral commercialisering is een duidelijke trend die opvalt in enkele van onze buurlanden. Overal in Europa wordt momenteel werk gemaakt van meer marktwerking in de zorg. (18) Wat zou de invloed zijn van deze commercialisering op de organisatie van integrale zorg?

Commercialisering betekent letterlijk het 'verhandelen', het op de markt brengen, van een product of dienst. Het Expert Panel van de Europese Commissie voor 'Effective Ways on Investing in Health' schreef recent een rapport over marktwerking en concurrentie in onze gezondheidszorg. (18) In een markt concurreren verkopers om het winnen van klanten voor hun koopwaar. De voorkeuren van de klanten bepalen welke verkopers succes boeken en dus hoeveel middelen naar welk product gaan.

Markt staat dus tegenover planning, waar op voorhand beslist wordt wie welk product zal maken met hoeveel middelen.
Commercialisering in de zorg betekent dat *purchasers* en/of *providers* gaan concurreren om patiënten. De bedoeling is dat zorgverleners meer aandacht besteden aan efficiëntie en aan de voorkeuren van patiënten. Concreet geeft het rapport het voorbeeld van de eerste lijn. In een aantal landen van Europa kan de patiënt niet zomaar kiezen naar welke huisarts men gaat. Een zorgverzekeraar of de staat heeft op voorhand beslist wie voor welke patiënt verantwoordelijk is. Het is dus planning die beslist welke arts hoeveel patiënten ziet. Door de keuzevrijheid van de patiënt te vergroten kan men concurrentie stimuleren. Afhankelijk van hoe je werkt, zul je als arts of praktijk vervolgens patiënten winnen of verliezen, en dus meer of minder geld ontvangen.

De WHO vindt dit een negatieve evolutie. Het zorgt ervoor dat gezondheid meer en meer als koopwaar gezien wordt. Zulke commercialisering zonder regulering schaadt volgens de organisatie zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit van de zorg. “Zorgverleners worden gestimuleerd om te doen wat het meest winst oplevert en niet wat het beste is voor de patiënt.” (12)

Commercialisering en privatisering
Het Expert Panel benadrukt dat commercialisering niet hetzelfde is als privatisering. Marktwerking kan bestaan tussen zowel publieke als particuliere organisaties. En planning kan zowel door de staat als door een privébedrijf toegepast worden, bijvoorbeeld in het geval van een monopolie.
Toch zijn de twee sterk verbonden. Vaak is vermarkting de eerste stap om een publiek systeem open te breken voor privé-investeerders. Het typevoorbeeld van een systeem zonder marktwerking is een klassiek Beveridgemodel: de staat zorgt zelf rechtstreeks voor de zorgverlening, en er wordt gewerkt met vaste budgetten. Sinds de jaren tachtig kwam dit systeem steeds meer onder druk te staan. De economische crisis leidde tot grote begrotingstekorten en meer en meer werd er gesteld dat de staat haar takenpakket moest inkrimpen. Opiniemakers introduceerden het concept ‘*new public management*’, niet alleen voor gezondheidszorg maar ook voor andere publieke diensten. Het idee is dat de privésector efficiënter werkt dan de staat en dat de staat dezelfde manier van werken moet overnemen. Het marktdenken moet dus meer ruimte krijgen. Concreet betekent dit dat men een *split* zal invoeren tussen *purchasers* en *providers*. Dus: geen vaste budgetten meer, en *providers* moeten onderhandelen met *purchasers* of rechtstreeks met patiënten over hun diensten. Let wel: in dit stadium kan het goed zijn dat alle spelers nog steeds publieke organisaties zijn. Men spreekt van ‘interne marktwerking’. (20)
Privatisering kan gezien worden als nog meer commercialisering. Het is het binnenbrengen van particulieren of privéondernemingen die winst willen maken. Het winstoogmerk maakt van zorg nog meer dan van tevoren een koopwaar. Een groot verschil dus, maar de recente ervaring van een aantal buurlanden is dat de stap naar privatisering klein is eenmaal er een *purchaser-provider split* is. Voor vele werknemers in de sector is het nog een groot verschil of de zorgverlener publiek of privé is, maar voor beleidsmakers is het natuurlijk verleidelijk in tijden van budgettaire tekorten om privé-spelers toe te laten. Het idee dat de laatste jaren meer en meer opgang maakt, is eenvoudig: als de staat zich beperkt tot de middelen verzamelen en de regels bepalen, dan maakt het niet uit of de zorg aangekocht en verstrekt wordt door een publieke of een privé-instantie.



Figuur 7. Commercialisering van de zorg in verschillende stadia.

Bij commercialisering denkt men vaak aan het verschil tussen publiek en privé. Dat is dus niet helemaal correct. Het gaat in de eerste plaats om het verschil tussen planning en markt. Al versterkt het toelaten van privéspelers de marktlogica. Figuur 7 is een veralgemeend schematisch overzicht van de verschillende stadia van commercialisering. De auteurs van het WHO-rapport leggen uit: “Het debat over publiek vs. privé van de laatste decennia was naast de kwestie. Wat echt telt voor de patiënt, is niet of de zorgverlener een publieke werknemer of een privé-ondernemer is, noch of de zorginstelling publiek of privé eigendom is. Het is vooral of de zorgverlening verandert in een koopwaar die gekocht en verkocht kan worden in een betalingssysteem per prestatie, zonder regulering of bescherming.” (10)

Welke impact op integrale zorg?
Algemeen wordt aangenomen dat marktwerking zonder regulering of sociale bescherming leidt tot meer ongelijkheid. De hoop is echter dat marktwerking leidt tot meer efficiëntie. In haar vraagstelling gaat het Expert Panel uit van dezelfde hypothese: “Het kan zijn dat concurrentie beter werkt voor sommige objectieven (zoals efficiënte voorziening van gezondheidsdiensten en -producten) dan voor andere (zoals bezorgdheden om equity).” “Concurrentie is een instrument om bedrijven te stimuleren om efficiënter te werken en meer aandacht te hebben voor de voorkeuren van klanten, dus om meer waarde te creëren voor dezelfde middelen.” (18)
Empirische evidentie om hypotheses hard te maken is er volgens het Expert Panel weinig. De weinige studies die significante resultaten konden voorleggen, zouden over het algemeen tonen dat de kosten stijgen en de toegankelijkheid daalt, maar dat de klanttevredenheid en de wachttijden verbeteren. De stelling is dat de uitkomst van meer commercialisering sterk afhangt van de context. Nochtans bestaan er argumenten om te veronderstellen dat commercialisering nefast kan zijn voor de samenwerking en integratie in een zorgsysteem. Een tegenstander van commercialisering schrijft: “Deze visie staat in schril contrast met de visie van *Primary Health Care* die beoogd werd in de Alma Ata verklaring van 1978. Toen was het doel zorgsystemen te bouwen die *comprehensieve* zorg zouden verlenen, geïntegreerd, georganiseerd om *equity* te promoten, en gedreven door de noden van de gemeenschap. In de plaats zien we een gezondheidszorg die bestaat uit stukjes van een puzzel, enkel verbonden door regulering van een gamma aan private en publieke zorgverleners. (…) Het idee van een markt tussen zorginkopers en zorgverleners verliest uit het oog dat een gezondheidszorgsysteem niet gewoon een aggregaat is van versnipperde instellingen en

zorgverleners, maar een geïntegreerd netwerk van instellingen en diensten die zich volgens plan verspreiden over de eerste, tweede en derde lijn.” (20)

D. Vraagstelling

Heeft het invoeren van marktwerking of het toelaten van privé *purchasers* en/of *providers* een negatieve invloed op het organiseren van integrale zorg voor chronisch zieken? Wordt een persoonsgerichte, comprehensieve en gecoördineerde aanpak gehinderd? En wat is het uiteindelijke effect op de drie kernwaarden kwaliteit, *equity* en efficiëntie?

Een studie opzetten die een causaal verband kan aantonen, past niet binnen het bestek van deze studie. Maar het loont de moeite de recente ervaring van enkele buurlanden in kaart te brengen en argumenten pro en contra aan het woord te laten.

Het Expert Panel noemt vier landen die de laatste jaren enorme stappen gezet hebben richting meer commercialisering: Denemarken, Nederland, Engeland en Zweden. We kozen de laatste drie uit om van naderbij te bekijken. Welke stemmen zijn daar te horen? Per land werden vier vragen gesteld:

1) Hoe wordt de eerstelijnszorg er gefinancierd?
2) Welke recente veranderingen zijn er gebeurd in die financiering?
3) Welke invloed hebben de financiering en de recente veranderingen daarin op de integraliteit van de zorg?
4) Welke recente financieringsinitiatieven heeft het land ondernomen om integrale zorg meer te stimuleren?

Doel is om met deze antwoorden een aantal hypotheses te formuleren voor het beleid in ons land.

IV. Methode

Het doel was om drie landen te bestuderen: Nederland, Zweden en Verenigd Koninkrijk. Door tijdsgebrek is dat maar gelukt voor twee van de drie. Het idee was om in de literatuur op zoek te gaan naar cijfers en opinies over de veranderingen in het land in de financiering van de gezondheidszorg.

Voor Zweden werden artikels via PubMed gezocht. De combinatie van de MeSH-termen 'Sweden' en 'Health care reforms' leverde 36 hits op. Op basis van titel werden elf artikels in aanmerking genomen. Daarnaast werden twee studies doorgenomen die als boek of rapport verschenen.
Voor Nederland werd geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. De literatuurstudie is gebaseerd op rapporten en artikels die verkregen werden door het consulteren van twee betrokken Belgische professoren, de geïnterviewde huisartsen, de website van het onderzoekscentrum NIVEL, en door interessante referenties in de bibliografie te doorzoeken.

Om de cijfers en opinies te kunnen duiden, gebeurde per land ook een interview met twee betrokken huisartsen. De eerste Nederlandse huisarts werkt in een multidisciplinair centrum met 3340 patiënten. Ze is actief lid van de beroepsvereniging VPH. De tweede huisarts werkte 25 jaar in een groepspraktijk. Hij werkt nu voor de vakgroep eerstelijnszorg in Leiden. Hij is ook verkozen in de gemeenteraad voor de politieke partij SP.
De eerste Zweedse huisarts is een Belgische emigrant. Ze werkt in een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk in de westelijke provincie rond Göteborg. De tweede arts is een huisarts met 30 jaar ervaring in een eerstelijnspraktijk in een sociaal achtergestelde buurt van Göteborg.

V. Resultaten

A. Welke aanbevelingen bestaan er?

Dit onderzoek zet eerst de meest recente standpunten en aanbevelingen op een rijtje rond financiering en chronisch zieken. De gekozen thema's zijn al aangehaald: de versterking van de eerste lijn, het gebruik van *out-of-pocket* betaling, de beste manier om *providers* te betalen – per prestatie of forfaitair, en de plaats van nieuwe initiatieven zoals *pay-for-performance* en *bundled payments*.

1. Eerste lijn

De nood aan een versterking van de eerste lijn werd al eerder beschreven in de inleiding. Het KCE-rapport over chronisch zieken schuift de versterking van de eerste lijn zeer duidelijk naar voor als noodzakelijke maatregel. Als centrale speler, dicht bij de patiënt, moet de eerste lijn de "spil van coördinatie" zijn die het geheel stuurt. (2)

Gezondheidseconoom Lieven Annemans deelt die mening in zijn boek 'De Prijs van de Gezondheid'. Hij verwijst naar het studiewerk dat de Amerikaanse onderzoeker Barbara Staffield heeft verricht: een sterke positie van de huisarts leidt tot minder onnodige operaties, minder onnodige onderzoeken, minder heropnames in ziekenhuizen en minder onnodige bezoeken aan de spoed. (21) De huisartsenpraktijken moeten beter ondersteund worden volgens Annemans. "Huisartsen zijn het best geplaatst als centrale figuur in de zorg. Ze zijn vaak het ideale eerste contact, ze kunnen waken over de juiste dosis aan zorg (niet te veel en niet te weinig), ze zijn ideaal geplaatst om de zorg beter te coördineren en om een patiënt op lange termijn op te volgen."

Dat is de boodschap uit het WHO-rapport van 2008 die hierin doorklinkt, een rapport waar ook gewezen wordt op de gevaren van hospitalocentrisme. (12,10) In het conceptuele kader dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg schreef voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, komt dezelfde tegenstelling aan bod. Het rapport waarschuwt terecht dat men patiënten met een chronische aandoening sneller het ziekenhuis uit wil, maar dat er geen doeltreffend zorgalternatief bestaat om die mensen op te vangen. (22) De auteurs benadrukken vervolgens dat we daar op dit moment absoluut niet klaar voor zijn. Er moet een verschuiving van middelen komen naar de eerstelijnszorg.

De link tussen de ziekenhuisfinanciering en de uitdagingen voor een goede financiering van integrale zorg is volgens dit rapport meteen duidelijk: "In België is de eerstelijnszorg relatief slecht voorbereid op de evolutie naar een meer geïntegreerde zorg. De meeste huisartsen werken nog steeds in een solo-praktijk of in kleine groepspraktijken. Zij vormen dus een zeer heterogene groep wat vaardigheden, infrastructuur en organisatie betreft en hetzelfde geldt in grote lijnen ook voor andere zorgverleners op de eerste lijn, voor de woonzorgcentra/rust- en verzorgingstehuizen en welzijnsdiensten. Met zo'n groot en verschillend aantal gesprekspartners is het opzetten van een dynamisch ontslagbeleid met voldoende waarborgen voor kwaliteit en continuïteit van zorg bijgevolg allesbehalve eenvoudig voor een ziekenhuis."

2. Out-of-pocket

Naast het versterken van de eerste lijn lijkt er internationaal ook een consensus te bestaan dat betaling door de patiënt zelf ('*user charges*', '*copayment*' of '*out-of-pocket payment*') uit den boze is.

Wanneer het WHO-rapport van 2008 een aantal organisatorische maatregelen voorstelt om tot een betere eerstelijnszorg te komen, zijn de auteurs heel duidelijk: een absolute voorwaarde, een prioriteit om andere zaken aan te pakken, is het afbouwen van *out-of-pocket* betaling. (12) Out-of-pocket (OOP) wordt beschouwd als een bedreiging voor de toegankelijkheid maar ook voor de continuïteit van de zorg.
Het rapport van het Europese Observatory geeft eenzelfde aanbeveling als het gaat om chronische zorg. "*Out-of-pocket* betaling staat goede chronische zorg in de weg." (16) Het rapport verwijst naar eerdere studies die bewezen hebben dat *out-of-pocket* betaling leidt tot slechtere therapietrouw, maar ook tot minder consultaties en preventieve zorg, met negatieve gevolgen voor onder andere bloeddrukcontrole en zelfs sterfte bij hoogrisicopatiënten.

Zijn er dan geen gevaren aan het afschaffen van *out-of-pocket* betaling? Verdedigers van het zogenaamde remgeld in België wijzen vooral op de extra kost voor de zorgsector en op het gevaar dat gratis zorgverlening zal leiden tot overconsumptie. Volgens het Expert Panel van de Europese Commissie is OOP-betaling voor geen van beide een oplossing. "Als het gaat om het winnen van middelen, is het zo dat het zowel onrechtvaardig als inefficiënt is in vergelijking met het centraal verzamelen van middelen. Als het gaat om het afremmen van de zorgvraag, zijn de mogelijke voordelen beperkt omdat het afremmen geen onderscheid maakt tussen nuttige en zinloze behandelingen." (11)

3. Prestatie vs. forfait

Een van de hoofdkenmerken van het financieringssysteem in een land, is de manier waarop zorgverleners (*providers*) betaald worden. In de inleiding werd beschreven hoe er een verschil bestaat tussen betaling per prestatie (*fee-for-service*) en forfaitair. Verschillende auteurs hebben de voorbije jaren geschreven dat ze een systeem met hoofdzakelijk betaling per prestatie incompatibel vinden met meer chronische zorg.
In het rapport van het Europese Observatory begint men de conclusies over financiering met dezelfde vaststelling: "Zorgsystemen hebben de grootste moeilijkheden om hun betalingsmethode aan te passen om beter chronische zorg te kunnen leveren wanneer de traditie is dat *fee-for-service* de meest voorkomende manier is om voor zorg te betalen." (16)

Ook in België lijkt die visie steeds meer door te dringen. De uitdaging om de groter wordende groep chronisch zieken goed op te vangen, houdt veel huisartsen en academici bezig. Vaker dan voorheen hoort men dat de huidige betaling per prestatie niet beantwoordt aan die uitdaging. In het editoriaal van 'Huisarts Nu' stond eind 2014: "Wanneer we de uitdagingen van de komende decennia onder ogen durven zien, dan weten we dat het model van een solopraktijk maar ook van een groepspraktijk die enkel uit artsen bestaat, deze uitdagingen niet aankunnen." (…) "Hoe complexer de zorg, hoe verfijnder het ondersteunende betalingssysteem zal zijn. Verdere uitbouw van de forfaitaire vergoedingen is noch een vloek noch een zegen, maar het komt wellicht efficiënter tegemoet aan de nieuwe eisen van de zorg binnen de eerste lijn." (23)
In de visietekst '*Together we change'* wordt ongeveer hetzelfde standpunt herhaald in het hoofdstuk over de financiering op microniveau: "Het financieringssysteem per prestatie moedigt samenwerken of taakdelegatie niet aan: wie als huisarts bv. taken delegeert naar een verpleegkundige, ziet zijn/haar inkomen afnemen." De auteurs stellen een diversificatie van de betalingsmechanismen voor, met een uitbreiding van de forfaitaire betaling. De belangrijkste bedoeling: "de noodzakelijke ontwikkeling van interdisciplinaire samenwerking stimuleren." (15)

Hetzelfde advies bij professor gezondheidseconomie Lieven Annemans: “Voor de huisartsen en de eerste lijn in het algemeen moeten we meer evolueren naar een vaste betaling per patiënt per jaar.” (21)
In het KCE Rapport van 2012 over chronische zorg ten slotte vindt men ook een aanbeveling gewijd aan betalingssystemen. De overgrote meerderheid van stakeholders en deskundigen die werden geconsulteerd voor het project, onderstreepte de incompatibiliteit tussen het huidige financieringssysteem en de verstrekking van multidisciplinaire chronische zorg. Het rapport geeft verschillende voorbeelden hoe in een systeem van betaling per prestatie de financiële stimuli niet goed afgestemd zijn op de vereisten van chronische zorg. (2) De auteurs stellen voor om geleidelijk over te schakelen van een betalingssysteem dat voornamelijk gebaseerd is op een betaling per prestatie naar meer gemengde betalingsvormen. Als alternatieven worden het GMD en wijkgezondheidscentra naar voren geschoven, twee vormen van eerder forfaitaire betaling. Volgens de auteurs ondersteunt dat systeem de multidisciplinaire samenwerking en het delegeren van taken.

Bij een eerste doornemen van de literatuur lijkt er dus een redelijke consensus te bestaan over dit punt, tenminste onder academici. Uit onderzoek van een vorig Manama-project blijkt dat er bij huisartsen in het veld wel nog veel bezwaren leven. (24)

4. Pay-for-performance

Een nieuwe manier van financieren die vaak geciteerd wordt, is *pay-for-performance* (P4P). Het idee is dat praktijken gestimuleerd worden om beter werk te leveren door een financiële beloning te krijgen als ze beantwoorden aan bepaalde indicatoren. Dat kan zowel een procesindicator zijn (bv. x aantal gemeten bloeddrukken) als een uitkomstindicator (bv. x aantal bloeddrukken onder de 140 mm Hg).

Het rapport van het Europese Observatory uit 2008 was zeer enthousiast over het idee en de eerste proefprojecten. Weinig evidentie was beschikbaar, maar er waren argumenten om aan te nemen dat P4P effectief kan zijn om de kwaliteit van chronische zorg te verbeteren. (16)

Een studie van het Kenniscentrum kwam tot eenzelfde conclusie. Matig positieve effecten worden gezien in lopende projecten met P4P. Ongewenste effecten, zoals het uitsluiten van patiënten die een negatieve invloed op het resultaat kunnen hebben, zijn er nauwelijks. Er werd een pleidooi gehouden om geleidelijk een aantal P4P-principes in te voeren in de Belgische financiering van de zorg. (25)

5. Bundled payments

Volgens het rapport van het Europese Observatory zijn er twee grote barrières in de financiering om chronische aandoeningen beter op te vangen in de zorg. (16) De eerste is de traditie om hulpverleners elk afzonderlijk te betalen. “Veel zorg voor mensen met chronische aandoeningen lijkt af te hangen van multidisciplinair teamwerk, maar dit wordt vaak bemoeilijkt door deze betalingssystemen.” De tweede barrière in het rapport is de neiging in sommige systemen om apart te betalen voor de zorg voor specifieke ziekten. “In de meeste landen hebben programma’s voor de zorg van chronische aandoeningen zich ontwikkeld ziekte per ziekte. In werkelijkheid strekken chronische aandoeningen zich uit langs een continuüm en worden chronische aandoeningen steeds meer beschouwd als sterk samenhangend.”

Om samenwerking te stimuleren raadt het rapport daarom aan om verschillende budgetten of betalingen te 'bundelen'. Het idee is dat verschillende zorgverleners samen een budget ontvangen voor de zorg van een patiënt, in plaats van iedereen apart te betalen voor activiteiten op zichzelf. Het idee van de '*bundled payments'* wordt tegenwoordig alvast frequent geciteerd, ook in België. In de tekst 'Together we change' vinden we eenzelfde advies terug. (15) De auteurs beschrijven dit als het samenbrengen van globale bedragen voor zorg in verschillende "lijnen". Bij het KCE wordt 'bundled payments' voorgesteld als een van de veelbelovende "innovatieve financieringswijzen" (cf. supra).

Net als rond *integrated care* is het gevaar wel dat verschillende auteurs verschillende betekenissen toekennen aan het concept. Welke betalingen moeten er gebundeld worden? Het Observatory lijkt te pleiten voor het bundelen van betalingen per patiënt, wat samenwerkingsverbanden tussen artsen veronderstelt en de facto de split tussen *purchasers* en *providers* gedeeltelijk ongedaan maakt, een inperking van de marktwerking dus. Het Kenniscentrum heeft het dan weer expliciet over bundelen per ziekte. De term is dezelfde, maar in de realiteit ziet het er anders uit. Betalingen bundelen per ziekte is eigenlijk waar het over gaat als in de inleiding geschreven wordt over *disease management* programma's en het gevaar voor fragmentering van de zorg.
Het lijkt erop dat de meeste auteurs die over het concept schrijven, vooral de tweede optie voor ogen hebben. Als voorbeeld van *bundled payments* wordt zowel in de tekst van het Expert Panel als in de tekst van het KCE een initiatief uit Nederland besproken: Keten-DBC. (11,19) Verzekeraars kunnen er alle gezondheidsdiensten kopen die nodig zijn om een aantal chronische ziekten te beheersen door de betaling van één enkel bedrag aan zorggroepen, bestaande uit huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en andere disciplines (cf. infra). Beide besluiten dat het initiatief verder onderzocht moet worden. "De evaluatie van deze financieringssystemen om geïntegreerde zorg voor de chronisch zieken te verbeteren is momenteel erg beperkt of onbestaande." (19)

B. Partim Nederland

1. Veranderingen in financiering

Sinds 2006 is er veel veranderd in de financiering van de gezondheidszorg in Nederland. (26) Voor 2006 bestonden er voor de curatieve zorg twee belangrijke stelsels: een verplichte ziektekostenverzekering bij een ziekenfonds voor de Nederlanders die onder een bepaalde loongrens vielen, en een particuliere verzekering voor zij die dit wensten die zich boven de loongrens bevonden. Huisartsen ontvingen hun inkomsten voor elke patiënt uit één van beide: via een forfaitaire vergoeding van het ziekenfonds, en per prestatie van de particuliere verzekeraars. De tarieven waren vastgelegd door de overheid.
In 2006 voerde de overheid de Zorgverzekeringswet in met de bedoeling over te schakelen naar een deregulering en een door de markt gestuurd zorgsysteem. Elke Nederlander is nu zelf vrij om een zorgverzekeraar te kiezen. En de zorgaanbieders moeten ieder jaar zelf een contract onderhandelen met elke afzonderlijke zorgverzekeraar om inkomsten te kunnen ontvangen voor de patiënten die bij hen verzekerd zijn. Het idee is dat concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders zou leiden tot een betere prijs, kwaliteit en toegankelijkheid. De twee grootste doelen van de hervorming waren het verminderen van de kost voor de overheid en het aanpakken van de lange wachtlijsten. (27)

Hoe loopt de financiering dan juist in dat nieuw systeem? Elke Nederlander betaalt via de belastingen een inkomensafhankelijke bijdrage, die wordt doorgegeven aan de verzekeraars. Daarnaast betaalt hij of zij een vaste nominale premie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar. Naast de verplichte basisverzekering, bestaan er nog mogelijkheden voor een aanvullende verzekering, maar dat is vrijblijvend. De overgrote meerderheid van de verzekeringen (> 90%) zijn in handen van vier grote zorgverzekeraars: Achmea, VGZ, CZ en Menzis. (27)
Flankerende maatregelen moeten voorkomen dat er risicoselectie ontstaat. Er is een verbod op premiedifferentiatie: verzekeraars mogen niet meer vragen op grond van gezondheidskenmerken. En voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht: verzekeraars mogen niemand weigeren. Er is een vereveningsregeling waarbij verzekeraars met meer gezonde patiënten een compensatie moeten betalen aan verzekeraars met meer zieke patiënten. (28)
Daarnaast is er de laatste jaren wel een toenemend aandeel van eigen betaling door de patiënt. Voor vele behandelingen is de eigen bijdragen gestegen, en door de Zorgverzekeringswet werd een verplicht eigen risico ingevoerd. Eigen risico betekent hetzelfde als bij andere verzekeringen: het is een deel van de zorg die sowieso voor eigen rekening is. In het eerste jaar, 2009, ging het om 155 euro; ondertussen ging het in 2015 al om 375 euro. (29) De marktwerking heeft er bovendien voor gezorgd dat sommige verzekeringen een hoger eigen risico aanbieden, in ruil voor een lagere premie natuurlijk.

Sinds de hervorming bestaan de inkomsten van de huisarts uit drie hoofdelementen. De eerste twee elementen bestaan uit een forfaitair bedrag per ingeschreven patiënt en een vergoeding per consult. Let wel: de huisarts kan enkel iets ontvangen als hij voor dat jaar met de zorgverzekeraar van de patiënt een contract heeft afgesloten. Dit inschrijf- en consulttarief wordt door de overheid vastgelegd. Daarnaast zijn er extra vergoedingen in verschillende modules, waarvoor de vergoedingen vrij te onderhandelen zijn. Zo is er bijvoorbeeld de M&I-module (Modernisering & Innovatie), met vergoedingen voor extra verrichtingen zoals kleine chirurgie of een spiraal steken. Idee is dat substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn goedkoper is voor verzekeraars en

dus de kosten vermindert. (30)
Sinds 1 januari 2015 is er nu een nieuw bekostigingsmodel voor huisartsen, een gevolg van het Zorgakkoord Eerstelijn van de nieuwe regering. Alle verschillende tarieven en modules zijn onderverdeeld in drie segmenten. Het eerste segment omvat de basis huisartsenzorg: de inschrijf- en consulttarieven. Segment 2 omvat alles van multidisciplinaire zorg, het onderwerp van dit onderzoek. Segment 3 is bedoeld voor resultaatbeloning om innovatie te stimuleren. Dat gaat over verschillende domeinen, bijvoorbeeld service en bereikbaarheid of doelmatig voorschrijven. (31,32) S1 omvat ongeveer 75% van de totale inkomsten voor een huisarts, S2 15% en S3 10%.

2. Financiering voor integrale zorg

Tijdens en na de algemene hervorming van de financiering werden ook een aantal specifieke initiatieven genomen om integrale zorg financieel te stimuleren. Sinds 1 januari zijn de meeste ervan samengebracht in Segment 2 van het nieuwe bekostigingsmodel. (31) Een eerste regeling is de 'Geïntegreerde Eerstelijnszorg' (GEZ). Dit is een opslag aan het inschrijftarief die praktijken ontvangen voor samenwerkingsprojecten in de praktijk met andere disciplines.

Een tweede initiatief waarmee meer te verdienen valt en die ook meer besproken wordt, is de invoering van ketenzorg. Voor een aantal chronische aandoeningen kan een huisarts een extra vergoeding krijgen als hij deelneemt aan een afgesproken multidisciplinair zorgprogramma. In het rapport over de eerste experimenten met het systeem wordt goed beschreven waarom de overheid dit initiatief nam. Wanneer elk zorgonderdeel afzonderlijk betaald wordt, is het moeilijk om samen te werken. Want alle disciplines geraken versnipperd en bovendien horen een aantal cruciale activiteiten voor samenwerking (afstemming, ICT, uitwisseling informatie) niet tot directe zorgverlening, waardoor ze vaak niet gebeuren wegens geen financiering. (33)
Vandaar het idee van functionele bekostiging. Dat betekent dat de zorgverzekeraar een prijs betaalt voor één integraal zorgproduct/-prestatie, waarvan de verschillende onderdelen vervolgens uitgevoerd worden door een multidisciplinaire groep zorgverleners. Men spreekt van keten-dbc (diagnose-behandelingcombinatie) en de samenstelling is gebaseerd op de zorg die aanbevolen wordt in de overeenkomstige NHG-standaard. De onderhandeling met de zorgverzekeraar gebeurt door een zorggroep, een lokale organisatie van huisartsen opgericht voor deze ketenzorg. De zorggroep is de hoofdaannemer die vervolgens de organisatie en levering van de zorg op zich neemt. Anno 2015 bestaat er een keten-DBC voor diabetes, hartfalen, cardiovasculair risicobeheer, COPD en astma. Om uit te leggen hoe het in de praktijk werkt, nemen we als voorbeeld diabetes. Elk trimester krijgt de zorggroep een som geld van de verzekeraars per patiënt die ingeschreven is in het ketensysteem. In het contract is vastgelegd welke onderdelen als één integraal product ingekocht en gedeclareerd worden. In alle contracten moeten de hoofdlijnen zitten. Voor diabetes is dat jaarlijkse en driemaandelijkse controles, het jaarlijks oog- en voetonderzoek en het labo-onderzoek. Daarnaast kunnen nog andere afspraken opgenomen zijn, maar die verschillen afhankelijk van het resultaat van elke onderhandeling. Voor diabetes gaat het bijvoorbeeld om additionele huisartsconsulten, rookstopbegeleiding, voetzorg… Alles wat in het contract staat, moet de zorggroep vervolgens inkopen. Met het ontvangen geld betaalt ze de verschillende disciplines. Een individuele huisarts krijgt dus per trimester een som geld van de zorggroep voor de patiënten die hij in ketenzorg ingeschreven heeft. Samen met de uitbreiding van de ketenzorg is het inschrijftarief licht gedaald. Er is dus geen verhoging van inkomen, maar een verschuiving. Huisartsen die niet meedoen met het systeem, verdienen minder. Er is ook een systeem van resultaatbeloning geïntegreerd. Afhankelijk

van je score op een aantal prestatie-indicatoren (bv. gemiddelde Hba1c) krijg je meer of minder geld per DBC.

Een derde initiatief zijn de praktijkondersteuners (POH). Dit zijn nieuw ontstane functies, waarvoor ook een opleiding gecreëerd is. Er bestaan twee types de POH-somatiek en de POH-geestelijke gezondheidszorg. Zij worden betaald door een bedrijf, en als huisarts kan je het bedrijf betalen om de POH voor een afgesproken deel van de week in de praktijk te hebben. POH-somatiek doet consultaties in het kader van de ketenzorg (diabetes, CV risico, COPD, hartfalen), de POH-GGZ neemt een aantal psychische problematieken op die in een 5-tal raadplegingen kunnen aangepakt worden. Voor de aanwezigheid van een POH in je praktijk krijg je van de verzekeraars opnieuw een onderhandeld tarief per trimester per patiënt.

3. Algemene gevolgen

Perceptie bij huisartsen

Bij huisartsen heerst vooral ontevredenheid over de veranderingen die sinds 2006 zijn ingevoerd. In april werd een manifest gelanceerd, 'Het roer moet om'. Het manifest werd in enkele weken tijd ondertekend door 7600 huisartsen, dat is ongeveer twee derde van de actieve huisartsenpopulatie in Nederland. Ze klagen aan dat het 'product-denken' het huisartsenmodel van vertrouwen en samenwerking ondermijnt. (34) Vooral de contractonderhandelingen die huisartsen elk jaar moeten voeren zit hun hoog. De huisarts moet eigenlijk als een soort koopman op zoek gaan naar verzekeraars op de markt. Ze getuigen dat de samenwerking lijdt onder de concurrentie die zo ontstaat. Velen willen zich collectief organiseren om samen onderhandelingen te voeren, maar dit is verboden door de wet. Ook uit de interviews met Nederlandse huisartsen weerklonk dezelfde kritiek: het concurrentiegevoel is versterkt, en de samenwerking is achteruit gegaan.

Daarnaast kwamen nog twee grote bezwaren telkens terug naar voren in de afgenomen interviews. Ten eerste de grote macht van de zorgverzekeraars. De impressie heerst bij huisartsen dat de overheid steeds minder de spelregels op de markt bepaalt. De discussie over de drie segmenten illustreert de tegenstelling tussen beide belangen. Huisartsen houden liefst zoveel mogelijk in S1, waar tarieven vastgelegd zijn door de overheid en dus een zekere inkomenszekerheid garandeert. Overheid en zorgverzekeraars daarentegen willen zo snel mogelijk S2 en S3 uitbreiden, om zo de marktwerking en concurrentie tussen zorgaanbieders nog meer te kunnen laten spelen. De kritiek op de macht van de zorgverzekeraars gaat ook over de dagelijkse praktijk. Huisartsen voelen dat hun professionele autonomie bedreigd wordt. Steeds meer zijn het de zorgverzekeraars die bepalen welke geneesmiddelen de patiënt neemt, naar welke specialist hij of zij moet gaan, enz… Ook de privacy wordt ondermijnd. Bij een conflict eisen zorgverzekeraars regelmatig het recht op om het dossier van de patiënt in te kijken.

Ten tweede de bureaucratie, de enorme toename aan papierwerk. Volgens schattingen die enkele huisartsen bijhielden, spendeert de huisarts ondertussen ongeveer 15 à 20% van zijn tijd aan administratief werk. Wie zijn inkomsten hoog wil houden, moet continu bij de pinken blijven. Zowel voor de voorbereiding van onderhandelingen met de verzekeraars, als voor het voortdurend uitzoeken welke zaken allemaal gedeclareerd kunnen worden.

Huisartsen zijn ook bezorgd om de gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten. Een huisarts schrijft in een opinie: "Mensen met een laag inkomen zijn eerder bereid een goedkope polis af te sluiten, maar bij ziekte komen ze door een hoger eigen risico dan terug van een koude kermis. Meerdere keren per week moet ik patiënten wijzen op de mogelijke financiële gevolgen van een noodzakelijke behandeling, waarbij de patiënt vervolgens maar afziet vanwege de kosten." (35)

De bezorgdheden om samenwerking, bureaucratie, machtsonevenwicht en tweedeling worden bevestigd door een enquête die de politieke partij SP onder huisartsen hield. Met een responsgraad van 1900 huisartsen (1 op 5) is hun onderzoek de moeite waard om te bekijken. Dezelfde hoofdbezwaren vinden we er terug. (36)

Kostenbesparing en wachtlijsten

Is de hervorming van de financiering erin geslaagd haar twee doelen te bereiken? Zijn de kosten ingeperkt en zijn de wachtlijsten verminderd? In de literatuur zijn een aantal evoluties in 2006 alvast becijferd. De beperking van de kosten lijkt gelukt. De zorguitgaven stijgen nog steeds, maar de groei is afgezwakt. KPMG spreekt van 1,6% in 2013, de laagste groei in 15 jaar. (37) In de Zorgbalans 2014 van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) schrijft men 2%. (38) De Zorgbalans geeft als voornaamste verklaring de economische recessie. Zo werd er bijvoorbeeld bespaard op preventie. KPMG wijt wel een groot deel aan de vermarkting. De prijzen van verschillende handelingen ging bijvoorbeeld omlaag.

Een andere mogelijk verband is het veranderd voorschrijfgedrag. De huisartsen die geïnterviewd werden – nochtans zelf heel negatief over de Zorgverzekeringswet – erkenden dat het kostenbewustzijn van de huisartsen verbeterd is sinds 2006. Door de invoering van het eigen risico gaat men bijvoorbeeld meer opletten welke labo-onderzoeken men aanvraagt, omdat de patiënt een deel zelf moet betalen. Ander voorbeeld is dat zorgverzekeraars om kosten te besparen inzetten op substitutie. Met de M&I-module (cf. supra) en de bijhorende financiële stimulans hebben ze ervoor gezorgd dat veel therapeutische verrichtingen opnieuw meer in de eerste lijn gebeuren.

Critici van de vermarkting plaatsen wel drie kanttekeningen bij deze evolutie. Ten eerste moet er een duidelijk verschil gemaakt worden tussen kostenbewustzijn en uitstel van zorg. In Huisarts en Wetenschap verscheen de getuigenis van een huisarts hoe het eigen risico een grote impact heeft op de consultvoering en medische besliskunde. Een patiënt consulteerde meerdere malen voor diarree en de huisarts liet een feceskweek doen. “Er was niets uit de kweek gekomen en de diarree was vanzelf verdwenen, dus hij stelde mij aansprakelijk voor de in zijn ogen onnodige kosten. Strikt genomen onterecht, maar een schuldgevoel bekroop me.” Naar aanleiding van de getuigenis verscheen een opinie van de Belgische huisarts Dirk Van Duppen in de Volkskrant. (39) “De huisarts probeert zo rationeel mogelijk aanvullend onderzoek aan te vragen. Maar als de kosten ter sprake komen, ontwikkelt zich steeds een tijdrovend gesprek, waarbij de patiënt de noodzaak van het onderzoek plots in twijfel begint te trekken. We zien hier hoe 'eigen risico' leidt tot het niet uitvoeren van onderzoeken die volgens de criteria van de evidence-based medicine noodzakelijk zouden zijn.”
Deze kostenbesparing staat tegenover de wetenschap dat de Zorgverzekeringswet ook bepaalde mechanismen in de hand kan werken die de uitgaven kunnen doen toenemen. Doordat financiering meer per verrichting gebeurt, is het gevaar van aanbodgeïnduceerde volumegroei toegenomen. KPMG berekent dit in haar rapport als de ‘excess growth’, d.i. de toename van het aantal declaraties die niet kan verklaard worden door de gestegen zorgvraag als gevolg van demografische evoluties. Tussen 2000 en 2013 was die gemiddeld 2,0%. (37) Een onderzoek in de eerste lijn toonde aan dat het aantal huisartsgeïnitieerde consultaties steeg tussen 2005 en 2007 na de invoering van het verrichtingenstelsel. (40) Enerzijds dus noodzakelijke zorg die uitgesteld wordt, anderzijds aanbodgeïnduceerde (vaak onnodige) verrichtingen die toenemen. Het schept een ander licht op de algemene cijfers van kostendaling.

De linkse politieke partij SP tot slot plaatst een derde kanttekening. Hoe valt het te verklaren dat de premies stijgen terwijl de toename van de zorguitgaven afneemt? Van gemiddeld 1.080 euro in 2006

ging het naar 1.260 euro in 2014. Daarbij moet nog in acht genomen worden dat het eigen risico al met 240 euro gestegen is. Door de liberalisering komen er namelijk ook een aantal nieuwe kostenposten bij. Jaarlijks geven zorgverzekeraars ongeveer 500 miljoen euro uit aan reclame. Administratie voor klantenbinding en mutaties 450 miljoen. De jaarlijkse winsten zijn meer dan 1 miljard euro. In totaal hebben de zorgverzekeraars ondertussen al 9,3 miljard euro aan reserves. (41)

Het tweede doel van de liberalisering was om de wachtlijsten te reduceren. Ook dat lijkt gelukt. Tussen 2000 en 2011 zijn de wachtlijsten significant verminderd en zelfs meer dan gehalveerd voor bepaalde procedures. (42) De auteurs van een vergelijkende Europese studie wijten deze opmerkelijke verbetering in Nederland aan de hervormingen in de financiering. (43)

Toegankelijkheid en machtsverhoudingen
Ook omtrent de bezorgdheden van de huisartsen zijn een aantal cijfers terug te vinden. Zo lijkt de bezorgdheid om verminderde toegankelijkheid terecht. In de Zorgbalans 2014waarschuwt men voor een spectaculaire toename van het aantal Nederlanders die zorg uitstelt omwille van financiële redenen. (38) In 2013 gaf 12% van de Nederlanders aan dat ze in het voorgaande jaar wel eens af hadden gezien van een bezoek aan een arts omwille van de kosten. Drie jaar daarvoor was dat nog 2%. Een vergelijkbare toename is te zien bij het afzien van een aangeraden medisch onderzoek of behandeling (van 3% naar 16%). Het rapport merkt wel op dat het afzien van zorg omwille van de kosten niet noodzakelijk ongewenst is. Met het verplicht eigen risico wordt zelfs beoogd om zorg af te remmen als die niet noodzakelijk is, zie dezelfde discussie hierboven. Vervolgens voegt men wel toe dat een ander onderzoek wel een duidelijk inkomenseffect toont: hoe lager het inkomen, hoe vaker mensen van zorg afzien. De bedoelde kostenreductie door het inperken van zorg treft dus vooral de lagere klassen.
Het KPMG wil dan weer de bezorgdheid over de ongelijke machtsverhouding nuanceren. Volgens hen zijn er net aanwijzingen dat de zorgaanbieders nog steeds teveel macht op de markt hebben. Zij zien daarvoor aanwijzingen in de nog steeds te hoge *excess growth* (cf. supra). Verzekeraars hebben dus nog onvoldoende controle op het voorschrijfgedrag van de artsen. Dat komt omdat er nog steeds beperkingen staan op de selectieve inkoop, zorgverzekeraars zijn nog niet 100% vrij om te beslissen met een arts of ziekenhuis geen contract af te sluiten.

4. Gevolgen voor integrale zorg

De specifieke initiatieven rond integrale zorg worden over het algemeen als een positieve ervaring beschouwd. De invoering van de praktijkondersteuners is een succes. In 2014, 15 jaar na de introductie, was in ruim 80% van de praktijken een POH-somatiek aanwezig. (44) Onderzoek in de eerste lijn stelde vast dat praktijken met een praktijkondersteuner een daling vertoonden van het aantal verwijzingen naar internisten voor diabetespatiënten, die groter was dan in praktijken zonder praktijkondersteuner. (40)

Wat betreft de ketenzorg zijn de huisartsen in de afgenomen interviews positief. Het stimuleert niet-gemotiveerde huisartsen om het beter te doen, en het helpt gemotiveerde huisartsen om beter de verschillende taken bij opvolging van een chronische aandoening te controleren. Die indruk wordt bevestigd in een eerste evaluatie-rapport dat opgesteld werd door de RIVM. (45) Er is meer onderlinge samenwerking, en de verschillende taken worden beter gedelegeerd.
Echte harde cijfers zijn er nog niet. Over de financiële impact is het moeilijk om een effect te vinden. Cijfers over de kwaliteit van de zorg zijn er wel, maar natuurlijk enkel maar intermediaire

eindpunten. Bij de procesindicatoren is er een lichte verbetering. HbA1c, BMI, bloeddruk, nierfunctie… worden meer bepaald. Ook een aantal uitkomstindicatoren tonen een (lichte) verbetering. Het aantal patiënten met een gecontroleerde bloeddruk steeg met 6%, het aantal patiënten met een gecontroleerde cholesterol met 10%.
Ook andere onderzoekscentra maakten al een eerste bilan op van de keten-DBC's. Valentijn et al. van het Jan Van Es Instituut en Berenschot et al van NYFER halen bovendien in hun rapporten een aantal kritieken aan die overeenkomen met bedenkingen die ook bij het RIVM terug te vinden zijn. Het RIVM maakt wel een aantal bedenkingen bij het concept. (31,46) Een eerste belangrijke kritiek is dat de tweede lijn afwezig is in het project. Ten tweede merken alle rapporten terecht op dat de focus van keten-DBC's op enkelvoudige problemen niet strookt met de werkelijkheid. Multimorbiditeit is een probleem dat steeds meer voorkomt, en dat past niet in het huidig financieringsmechanisme. Een patiënt met diabetes met nierfalen en een verhoogd cardiovasculair risico heeft nood aan één integrale aanpak van al zijn problemen.
Een integrale aanpak die bovendien de patiënt de centraal moet stellen, en niet de ziekte. Hoe meer chronische aandoeningen, hoe meer levenskwaliteit en de doelen van de patiënt voorop staan en voorrang verdienen op specifieke biomedische richtdoelen. Die zorg valt niet te monitoren door zorgverzekeraars. Een adequate ondersteuning bestaat kan in dat geval steeds minder bestaan uit een aantal vastgelegde standaardverrichtingen. In zijn leerboek over huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel schrijft huisarts Anton Maes: "Maatwerking met zorg-op-maat met individuele zorgplannen met een integrale benadering enerzijds en anderzijds marktwerking met uniforme zorgprogramma's zijn conflicterende begrippen." (28)

Zowel Maes als Valentijn (28,31) raden daarom aan om in S1 meer aandacht voor multidisciplinaire samenwerking te voorzien. Bedoeling is om weg te gaan van samenwerken per ziekte naar samenwerken per zieke. In een recent doctoraat over de betaling van huisartsen in Nederland schrijft van Dijk gelijkaardige aanbevelingen. (40) "De toename van het aantal patiënten met multimorbiditeit wijst op de noodzaak van een maar patiëntgerichte aanpak in plaats van een ziektegerelateerde aanpak." Ze pleit voor een geïntegreerd abonnementstarief, waar een groep van eerstelijnszorgverleners een vergoeding ontvangt voor het verlenen van alle eerstelijnszorg voor een patiënt. De hoogte van die vergoeding kan dan bepaald worden door de leeftijd van de patiënt en de chronische aandoeningen die men heeft.

Wie de integrale bekostiging wil verbeteren, pleit dus voor meer forfaitaire betaling. Dit gaat net in tegen het verrichtingenstelsel met meer vergoedingen per prestatie dat door de zorgverzekeraars na 2006 is ingevoerd. van Dijk is overtuigd dat enveloppefinanciering de beste keuze is om patiëntgerichte zorg te stimuleren. Zij stelt dat huisartsen zich waarschijnlijk voor een groot deel van hun handelen laten leiden door immateriële prikkels, door professionele moraal, medische ethiek en richtlijnen. In een verrichtingenstelsel met een overmaat aan financiële prikkels gaat deze intrinsieke motivatie verloren. (40) Enveloppefinanciering biedt de mogelijkheid om samenwerking met andere zorgverleners te stimuleren, niet per ziekte maar per patiënt of zelfs per populatie.

Naast de uitbreiding van het verrichtingenstelsel hebben de algemene veranderingen in de financiering nog een tweede negatieve impact op integrale zorg. De artsen in de interviews getuigen dat de samenwerking met artsen uit de tweede lijn moeilijker wordt. Vroeger kon je als huisarts zelf kiezen met welke specialisten je samenwerkte, je kon een informele band opbouwen die overleg faciliteerde. Nu is het steeds meer de zorgverzekeraar die bepaalt in welk ziekenhuis of bij welke arts

de patiënt zich best laat behandelen. Soms is het een arts die je als huisarts niet kent, het verhoogt de drempel om snel eens naar de telefoon te grijpen voor meer informatie of advies.
Bijkomend probleem is dat de markt van zorgverzekeraars met bijhorende promoties en klantenwerving voor veel verloop zorgt. In 2016 is bijna 1 op 10 verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekering. (47) Volgens het rapport van het Europese Observatory over chronische zorg is het invoeren van zorgverzekeraars daarom geen goed idee. (16) Volgens de studies die zij citeren, zouden gezinnen gemiddeld om de drie jaar veranderen van zorgverzekeraar. Vaak betekent dan ook veranderen van zorgverlener of zorgprogramma, wat de continuïteit verstoort. De auteurs halen terecht aan dat continuïteit nochtans essentieel is bij chronisch zieken. Ze wijzen bovendien op de tegenstelling tussen het grote verloop enerzijds en anderzijds de lange termijn van zorg voor chronisch zieken die per definitie vaak pas resultaat oplevert na enkele jaren: “Er is een grote discrepantie tussen de zwakke motivering voor een individuele verzekeraar en de hoge maatschappelijke meerwaarde om te investeren in zorgprogramma’s voor chronisch zieken.”

C. Partim Zweden

1. Het nordic model

In de literatuur is de Zweedse gezondheidszorg vooral bekend door het nordic model, een concept met een aantal basiskenmerken die in alle Scandinavische landen terugkomen. Een rapport van het European Observatory on Health Systems and Policies in 2008 stelt dat het nordic model gebaseerd is op twee fundamentele waarden: equity en participatie. (48) Het zijn deze twee gemeenschappelijke waarden die ertoe leidden dat de ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem sterke gelijkenissen vertoonde. In de vijf landen die het rapport beschrijft – Finland, Zweden, Denemarken, Noorwegen en IJsland – waren gelijke toegang voor iedereen en democratische controle het belangrijkste doel, en om dit te kunnen garanderen is de gezondheidszorg er dus hoofdzakelijk beheerd door de staat en gefinancierd door belastingen. Wat wel anders is dan in het Verenigd Koninkrijk, is de decentralisering. Elk arrondissement heeft haar eigen zorgstructuur: de meeste financiële middelen komen van lokale belastingen en de meeste beslissingen worden genomen door lokaal verkozen bestuurders. Het idee is dat dit de transparantie en de betrokkenheid van de bevolking verhoogt, en ook de efficiëntie versterkt doordat de organisatie meer afgestemd kan worden op de lokale noden.

Wie echter het nordic model van dichterbij wil onderzoeken, ontdekt snel dat er ook nog grote verschillen bestaan tussen de verschillende landen. Als we de twee grootste landen Denemarken en Zweden vergelijken, zien we bijvoorbeeld in de eerste lijn grote verschillen. (49) In Denemarken bestaan vooral solo-huisartsen die privé werken maar een contract hebben met de staat, in Zweden daarentegen bestaan echte multidisciplinaire eerstelijnscentra. In een recente opinie in de New England Journal of Medicine geeft Anders Anell een beschrijving van hoe het werkt. (50) Elke gemeente of buurt heeft een gezondheidscentrum waar je allerlei disciplines tegenkomt: huisartsen, triageverpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, sociaal assistenten, psychologen, en gespecialiseerde verpleegkundigen voor zaken zoals diabetes, astma of COPD. Huisartsen zijn dus werknemers en ontvangen een loon, praktijken ontvangen hun middelen van de lokale overheid en een deeltje eigen bijdrage van de patiënt.

Over de voor- en nadelen van het nordic model bestaat natuurlijk discussie. Over de belangrijkste zijn de meeste auteurs het wel eens. Als belangrijkste voordeel wordt telkens aangestipt dat de nordic landen – en zeker Zweden – heel hoog scoren op gezondheidscijfers terwijl de kostprijs eerder gemiddeld is. (51,50) In Zweden bijvoorbeeld is de levensverwachting 82 jaar en de kindersterfte onder vijf jaar 3/1000, terwijl de uitgaven voor gezondheidszorg 9,5% zijn van het BBP. Een rapport over het nordic model die cijfers in de diepte ging vergelijken tussen de Scandinavische landen en 15 andere industrielanden, maakt wel een belangrijke opmerking bij de interpretatie van die cijfers. (52) De voorsprong tussen de nordic landen en de rest bestond namelijk al voor de invoering van het nordic model in de jaren 60. Sindsdien is de kloof zelfs een beetje kleiner geworden. Het is natuurlijk altijd moeilijk om de hoge gezondheidsscore te verklaren door een betere gezondheidszorg, het kan ook te maken hebben met gezondere leefomgeving, betere werkomstandigheden… Het rapport beweert wel dat uit een aantal cijfers valt af te leiden dat de kloof in levensverwachting tussen sociale klassen kleiner is dan elders.

2. Veranderingen in financiering

In zijn artikel in de NEJM waarschuwt Anell voor een al te positief beeld van het nordic model: “Het beeld is meer genuanceerd dan wat de algemene feiten doen denken. Lange wachttijden voor consultaties en behandeling en een gebrek aan patiëntvriendelijkheid zijn hardnekkige problemen.” (50) In het rapport van het Europese Observatory klinkt eenzelfde geluid, maar nog iets negatiever: “Het grote voordeel van deze uniforme publieke sector was de mogelijkheid een brede toegang te verzekeren voor alle inwoners tegen een gekende en gebudgetteerde kost. Het grote nadeel was dat het een publiek monopolie was: bureaucratisch, traag in innovatie, vaak met lange wachtlijsten en soms met betwistbare kwaliteit van service.” (53)

Om dat probleem aan te pakken zochten centrum-linkse en centrum-rechtse Zweedse politici naar marktgerichte oplossingen. (51) De eerste fase begon in het begin van de jaren 90. Niet alleen in de gezondheidszorg maar in alle publieke diensten werd de term ‘New Public Management’ (NPM) geïntroduceerd. Voor de gezondheidszorg concreet betekende dit een splitsing tussen *purchasers* (zorginkoop, de overheid) en *providers* (zorgvoorziening, de gezondheidscentra en ziekenhuizen). Vanaf nu werden zorginstellingen een soort verzelfstandigde maar publiek beheerde bedrijven. (53) Het idee was om de instellingen te professionaliseren en de depolitiseren. Alhoewel het ideologisch toch een belangrijke verandering is, evalueert men in het rapport van het Europese Observatory dat het in de praktijk weinig effect had: de contracten tussen overheid en instellingen stelden niet veel meer voor dan een “intentiebrief”. (54)
Meer recent is men daarom beginnen inzetten op de uitbreiding van de keuzevrijheid van de patiënt. Voorheen kon de patiënt wel kiezen welke arts hij zag, maar niet naar welk gezondheidscentrum hij kon gaan. (53) Het idee is dat de ‘Vardval’ (= ‘keuze van zorg’) de concurrentie tussen instellingen zal stimuleren zodat de bereikbaarheid voor de patiënt verbetert. (55) In 2007 was het arrondissement van Halland het eerste om het toe te passen, in 2008 volgden 7 andere, en in 2009 nog eens 7. Op 1 januari 2010 ging uiteindelijk een nieuwe wet van kracht nationaal die elk arrondissement verplichtte om de keuze van zorg in te voeren.
Na de eerste fase van splitsing tussen *purchaser* en *provider* en keuzevrijheid van de patiënt werd de druk steeds groter om over te gaan tot een tweede fase van vermarkting: de privatisering. Om de concurrentie op te drijven beslisten de laatste jaren steeds meer arrondissementen om de zorgmarkt te liberaliseren. Voor het eerst werd de private *for-profit* sector toegelaten in Zweden. Vooral in de eerste lijn leidde deze liberalisering samen met het invoeren van keuzevrijheid tot een explosie van gezondheidscentra. In het westen van Zweden steeg het aantal centra binnen het jaar na de invoering van de keuzevrijheid van 143 naar 205, waardoor het aantal dat privé beheerd wordt for-profit, steeg van 18 naar 42%. (56) Over gans het land steeg tussen 2007 en 2012 het percentage met 56%, tot 23% algemeen. (51)

Hoe ontvangt zo’n multidisciplinair eerstelijnscentrum in Zweden dan zijn middelen anno 2015? Een eenluidend antwoord geven is moeilijk doordat de verschillen interregionaal zeer groot zijn. (57) De enige constante is dat de middelen beheerd worden door de lokale overheden en afkomstig zijn van belastingen, maar hoe de praktijken betaald worden, verschilt dus. In Stockholm bijvoorbeeld is 40% forfaitair gefinancierd en al de rest terugbetalingen per prestatie, terwijl in andere arrondissementen tot 90% van de middelen uit forfaitaire financiering komt. (55)
Over het algemeen is er wel een evolutie te merken van vroeger vooral vaste budgetten naar nu meer ‘*activity-based funding*’. (54) De twee artsen met wie voor deze studie een interview gebeurde, werken in het westen van Zweden, de regio rond Göteborg. Daar ontvingen praktijken vroeger een

vast budget om voor de patiënten in hun gemeente of buurt te zorgen, maar dat is veranderd in een forfaitsysteem waar de praktijken een bedrag ontvangen per geregistreerde patiënt en per geregistreerde ziekte. Nu is er dus concurrentie om patiënten te winnen tussen de bestaande praktijken van de overheid en de privé-gezondheidscentra die nieuw opgestart worden. (56) De manier van ziektes registreren is gebaseerd op het DRG-systeem ('*Diagnosis Related Groups*') dat al langer was ingevoerd voor ziekenhuizen. (54)

3. Algemene gevolgen

Wat zijn de meest merkbare gevolgen van deze hervormingen tot nu? Studies stellen dat het ABF-systeem inderdaad de productiviteit verhoogd heeft en de wachtlijsten gereduceerd. Ze waarschuwen echter dat dit niet tot een kostendaling geleid heeft omdat betaling per behandelde patiënt leidt tot "productie zonder beperkingen." (54,53) In de afgenomen interviews gingen de huisartsen in de praktijk nog een stap verder, zij spraken van een toegenomen medicalisering door de DRG-financiering. Artsen zijn geneigd om klachten wat te overdrijven, want hoe meer en hoe strenger de diagnoses, hoe meer inkomen.

De bereikbaarheid voor de patiënt is duidelijk verbeterd. Volgens de opinie in de New England Journal of Medicine tonen verschillende studies dit aan in de eerste lijn. Alleen is in deze verhoogde toegankelijkheid een duidelijke ongelijkheid merkbaar. Men ziet een verschuiving van activiteit van chronische patiënten naar acute patiënten. Bovendien geldt de gestegen bereikbaarheid vooral voor mensen met een bovengemiddeld inkomen, in buurten die eerder welgesteld zijn. (50)
Dit kan verklaard worden doordat de nieuwe gezondheidscentra zich meer dan anderen richten tot een specifiek doelpubliek. Een studie van de eigenschappen van alle eerstelijnspraktijken in West-Zweden toont dat de private praktijken duidelijk verschillen van de publieke. De eerste bevinden zich meer in stedelijk gebied, en hebben patiënten die gemiddeld jonger én rijker zijn. (58)

De vastgestelde ongelijkheid stemt tot nadenken. De *equity* die voorheen de centrale waarde van het nordic model was dreigt op de achtergrond te verdwijnen. De shift van chronische naar actieve patiënten in aandacht en activiteit lichten we in het kader van deze studie dieper toe. Ze wordt uitgebreider besproken in een kwalitatieve studie met de managers van gezondheidscentra uit het westen van Zweden. (56) Een van de twee meest terugkerende conclusies uit de 24 interviews was dat de centra het sinds het invoeren van de keuzevrijheid moeilijk hebben met het correct verdelen van de aandacht tussen patiëntengroepen met verschillende problemen en assertiviteit. Zij beaamden dat ze sinds het invoeren van de keuzevrijheid meer aandacht hadden voor service en bereikbaarheid. Maar tegelijkertijd gaven ze toe dat de verhoogde aandacht voor patiënten aan de receptie met een acute vraag ervoor zorgt dat ze minder bezig zijn met de follow-up van de patiënten die je spontaan minder ziet, meestal multi-morbide patiënten met hogere noden en minder assertiviteit. Dit gevoel wordt bevestigd door cijfers van de overheid die in het artikel geciteerd worden. Het totaal aantal patiëntencontacten is gestegen maar de stijging is hoger bij patiënten met eenvoudige klachten dan bij patiënten met meer complexe problemen.
In één van de twee interviews die voor dit onderzoek gedaan werden, ging men zelfs verder. Men gaf toe dat in hun buurt de complexe patiënten allemaal in het publiek centrum blijven of terugkeren, omdat het nieuwe, privé centrum meer gericht is op service en minder met hen bezig is. In hun studie van West-Zweden stelden Maun et al. vast dat de artsen in de openbare gezondheidscentra hun patiënten met chronische aandoeningen beter opvolgen dan in de private. (58) 74,6% van de chronische patiënten had alle onderzoeken gekregen die volgens de richtlijnen werden aangeraden,

tegenover 71,2% in de andere groep. Men nuanceert wel dat het hier om één studie gaat, met cijfers die moeilijk te interpreteren zijn. Zo werd er ook gekeken naar verschillen in het voorschrijven van antibiotica en benzodiazepines, maar de resultaten zijn niet consistent. De auteurs concluderen dat er geen evidentie voor een verschil in kwaliteit tussen private en publieke praktijken.

4. Gevolgen voor integrale zorg

Het rapport van het Europese Observatory wijt een hoofdstuk aan hoe de nordic landen omgaan met *diversity of provision*. (59) Hun model biedt volgens de auteurs grote voordelen op gebied van verticale integratie. “Men kan veronderstellen dat verticale integratie meer efficiënt verloopt als dezelfde instantie verantwoordelijk is voor het aanschaffen van ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg, langdurige zorg, en zelfs medicatie. (…) Aangezien een groot deel van de gezondheidszorg in de nordic landen publiek beheerd en bestuurd wordt, lijken de mogelijkheden voor verticale integratie positief.” De auteurs merken wel op dat dit in principe ook mogelijk is een liberaal systeem. Het voorbeeld dat vaak aangehaald wordt, is Kaiser Permanente, een zorgconsortium in de VS die via haar huisartsen en ziekenhuizen sterk inzet op verticale integratie.
Ook op gebied van horizontale integratie heeft het nordic model voordelen. De vergelijking van 34 landen in de Qualicopc-studie toont dat landen met traditioneel een Beveridgemodel over het algemeen genomen meer disciplines in de praktijk hebben dan landen met een Bismarckmodel. (zie Figuur 4) “Internationale verschillen in de organisatorische schaal van de eerste lijn staan waarschijnlijk in verband met de geschiedenis van het gezondheidszorgsysteem. Over het algemeen zien we meer verschillende disciplines in landen met een publiek gezondheidszorgsysteem, zoals bv. Spanje en Engeland.” (13)
Met deze multidisciplinaire eerstelijnscentra wordt samenwerken rond een patiënt met verpleegkundigen, kinesisten enz. veel makkelijker. In Zweden is er één vast team voor een vooraf bepaalde patiëntenpopulatie, in België is het team voor elke patiënt anders. Deze hypothese wordt bevestigd door het rapport van het Europese Observatory, al zien die een conflict met de keuzevrijheid van de patiënt: “Twee belangrijke waarden staan op het spel: de vrije keuze van de consument, en de nood aan een geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg waar artsen hun rol spelen als deel van een team. Het systeem waar consumentenkeuze de basis is voor de organisatie, verzwakt de band tussen de huisarts en een geografisch afgelijnd gebied, wat ertoe leidt dat de band met verpleegkundigen, kinesitherapeuten en andere gezondheidswerkers ook verzwakt.” (49)

De mogelijke *conflict of interests* tussen keuzevrijheid en integratie vormde ook het onderwerp van de Zweedse onderzoeker Bengt Ahgren. (55) Hij maakte een overzicht van de verschillende lokale beleidsinitiatieven die gelanceerd werden in Zweden om keuzevrijheid of zorgintegratie te stimuleren, en kwam tot de conclusie dat sommige initiatieven incompatibel zijn. Hij noemt verschillende problemen. Ten eerste leidt vermarkting tot verschillende spelers in de zorgverlening en dus tot fragmentering. Dat zorgt voor problemen om samen te werken met andere beroepen en andere instellingen, een probleem bij vooral oudere patiënten met een complexe multipele ziekteproblematiek. Een beleidskeuze tussen twee conflictwaarden dringt zich op. Keuzevrijheid voor de patiënt en de daaruit volgende concurrentie is volgens de auteur nodig om de Zweedse gezondheidszorg performant te houden. Een oplossing volgens de auteur is concurrentie organiseren op het niveau van zorgnetwerken en niet op dat van individuele zorgverleners. Binnen een netwerk heb je dan de nodige samenwerking en integratie, en tussen netwerken blijft er concurrentie bestaan die innovatie en performantie stimuleert.
Ahgren merkt wel op dat ook samenwerking met andere sectoren belangrijk is voor een integraal

zorgsysteem. Het nordic model met een overheidsmonopolie en een geografisch ingedeelde patiëntenpopulatie heeft het voordeel dat wijkgerelateerde gezondheidsproblemen snel geïdentificeerd kunnen worden en teruggekoppeld aan de bevoegde instanties om in te grijpen. Eenmaal keuzevrijheid is ingesteld wordt het systeem geografisch opengebroken, wat voor de intersectorale samenwerking een stap achteruit betekent.

Equity is een tweede probleem van incompatibiliteit tussen keuzevrijheid/concurrentie en integratie. Om concurrentie te kunnen realiseren moet op zijn minst een deel van de financiële middelen voor een praktijk afhangen van het aantal verzorgde patiënten. Volgens Ahgren in zijn artikel van 2010 zorgt dit ervoor dat de aandacht van praktijken automatisch verschuift naar meer korte en ongecompliceerde pathologie. De doelgroep van integrale zorg, chronische en bejaarde patiënten met een meer intensieve zorgvraag, zijn financieel minder interessant. Deze vrees werd ondertussen bevestigd in het kwalitatief onderzoek bij praktijkmanagers uit 2013. (cf. supra) Voor dit probleem schuift Aghren geen oplossing naar voren. Het idee van zorgnetwerken zal niets veranderen; het kan het probleem zelfs nog erger maken doordat de moeilijke toegang voor chronische patiënt versterkt wordt.

VI. Discussie

1. Sterktes en zwaktes van deze studie

Hoe kunnen we meer inzicht krijgen in financieringsmogelijkheden om de zorg voor chronisch zieken dringend beter te faciliteren? De studie van buurlanden kan een belangrijke bron van informatie zijn. Het Kenniscentrum bestudeerde de ziekenhuisfinanciering in vijf landen, maar specifiek rond de eerste lijn bestaan weinig tot geen publicaties in ons land.
Financiering is een zeer belangrijke factor in de organisatie van de gezondheidszorg, maar moeilijk te bestuderen. Een causaal verband met harde eindresultaten bewijzen is vaak niet mogelijk, doordat vele *confounders* een rol spelen. Wanneer het Expert Panel de mogelijke gevolgen van meer commercialisering bespreekt, baseert het zich dan ook in de eerste plaats op theoretische modellen en niet op evidentie. “De evidentie in de literatuur is beperkt, zowel in de breedte als in de diepte van de beschikbare resultaten.” (18)
De interpretatie van resultaten is vaak ook politiek geladen. Welke waarden zijn voor een auteur prioritair? Als de introductie van privé-praktijk leidt tot een stijging van de patiënttevredenheid maar beperkt is tot de hogere socio-economische klassen, is dat dan een pluspunt of een minpunt? Ook het voorstellen van oplossingen is politiek geladen. Wanneer uit onderzoek blijkt dat commercialisering niet leidt tot de verwachte kostenbeheersing, is de conclusie van veel auteurs dat de marktwerking nog meer ruimte moet krijgen. Veel hangt dus af van je eigen standpunt ten opzichte van markt in de zorg.

Binnen het beperkt bestek van dit onderzoek werd ervoor gekozen om voor drie (uiteindelijk twee) landen een literatuuronderzoek te combineren met interviews met stakeholders. Het kan een basis vormen voor verder onderzoek. Ten eerste brengt het de manier van financieren en de recente veranderingen in die landen in kaart. Waar in de binnenlandse literatuur vindt men een korte en toegankelijke uitleg over de financiering van de eerstelijnszorg in onze buurlanden? Ten tweede biedt het een eerste inzicht op de belangrijkste argumenten pro en contra rond commercialisering en andere vormen van financiering.
Met twee interviews en een tiental artikels per land blijft het natuurlijk zeer bescheiden. Twee interviews kunnen onmogelijk gelden als een representatieve steekproef. De gelezen artikels en rapporten geven ons inziens een waardevolle eerste indruk van het debat in de betrokken landen, maar het gaat om een selectie die zeker niet alle publicaties over het onderwerp omvat. Elke conclusie is dus onder voorbehoud.
Toch mag het ons niet weerhouden om een aantal hypotheses te formuleren.

2. De pijlers van integrale financiering

De hoofdkenmerken van een financieringsmodel stellen beleidsmakers voor een aantal belangrijke keuzes (cf. supra). Welke conclusies kunnen we trekken uit de doorgenomen literatuur?

Geen out-of-pocket *en meer forfait*
Rond een aantal vragen kan gesteld worden dat er toch een zekere unanimiteit lijkt te bestaan. Een aantal aanbevelingen kwamen telkens terug, zowel bij het doornemen van de literatuur over chronische zorg en financiering, als bij het bestuderen van de verschillende buurlanden. Ten eerste lijkt er een consensus te bestaan dat *out-of-pocket* betaling een negatieve invloed heeft. Ten tweede stelden we een groeiende unanimiteit vast, ook in eigen land, dat betaling per prestatie een aantal onoverkomelijke nadelen met zich meebrengt en dat meer forfaitaire betaling nodig zal zijn.

In de bestudeerde landen worden de twee aanbevelingen al grotendeels toegepast. In Nederland is een eigen risico ingevoerd, maar tot vandaag is het bezoek aan de huisarts niet inbegrepen; de huisarts blijft niet betalend. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is het wel zo dat de betaling per prestatie steeds meer plaats inneemt in het budget van de huisarts. Huisartsen geven aan dat dit het 'product-denken' stimuleert (cf. infra).
In Zweden is het bezoek aan de huisarts niet gratis. In hun staatssysteem wordt veel zorg terugbetaald, maar voor een bezoek aan de huisarts wordt een forfaitaire betaling van 5 euro gevraagd. Echte betaling per prestatie is er niet. Wel is het zo dat men van vaste budgetten geëvolueerd is naar meer betaling per diagnose.

Multidisciplinaire eerstelijnspraktijken en zorgnetwerken: financiering maakt of kraakt samenwerking
Daarnaast komt zowel in Zweden als in Nederland sterk de discussie terug over het verband tussen het (ont)bundelen van betalingen en samenwerking tussen zorgverleners.
In beiden landen lezen we bijvoorbeeld over de enorme meerwaarde van multidisciplinaire eerstelijnspraktijken. In Zweden waren de meeste auteurs het erover eens dat de multidisciplinaire centra een van de belangrijkste verdiensten zijn van hun nordic model. In Nederland werden betalingen door de zorgverzekeraars eerder ontbundeld (meer betaling per prestatie in plaats van forfaitair). Daarom probeert men nu met extra financiering multidisciplinariteit in de praktijk te stimuleren. Zorgverzekeraars betalen een bonus aan centra die andere disciplines in de praktijk hebben. De overheid nam bovendien het initiatief om praktijkondersteuners in het leven te roepen, professionals met een subspecialisatie om een deeltje van de chronische zorg op zich te nemen, bv. voor cardiovasculaire preventie of opvolging van psychologische problemen.

Ten tweede wordt veel gedebatteerde over de meerwaarde van zorgnetwerken over de verschillende zorgniveaus heen. Indien de verschillende zorgverleners tijdens een ziekteperiode onder dezelfde instantie vallen, met gebundelde financiering (een enveloppebedrag bijvoorbeeld), is het overleg tussen de verschillende lijnen en het afstemmen van de zorg op elkaar veel makkelijker. In Nederland bestaat dit niet. Integendeel, de introductie van concurrentie via de zorgverzekeraars heeft een deel van de bestaande informele overlegnetwerken verzwakt. Het invoeren van de *bundled payments* voor keten-dbc's is een poging om die noodzakelijke samenwerking voor chronische aandoeningen toch te stimuleren . Het probleem is dat deze programma's per ziekte georganiseerd zijn, terwijl de grote uitdaging van de toekomst net de multimorbiditeit is.
In het klassiek nordic systeem van Zweden waren zorgnetwerken met gezamenlijke financiering een vanzelfsprekendheid, eerstelijnspraktijken en ziekenhuizen vielen onder dezelfde instantie, de lokale overheid. Door de liberalisering is er nu veel meer fragmentering. In de artikels over de hervormingen wordt dit als een van de grootste negatieve evoluties beschouwd, ook door voorstanders van de liberalisering.
Zowel in Nederland als in Zweden voelt men dus de noodzaak om (opnieuw) meer samenwerking te hebben tussen zorgverleners. De commercialisering in beide landen heeft in eerste instantie eerder geleid tot meer fragmentering, maar voorstanders van de liberalisering maken zich sterk dat samenwerkende zorgnetwerken ook in een vermarkte gezondheidszorg mogelijk zijn. Hun voorstellen worden verder dieper besproken.

3. Wat met commercialisering?

De centrale discussie rond financiering in Zweden en in Nederland op dit moment gaat over de rol van marktwerking en de plaats van privé-initiatief. Globaal genomen zijn er vier verschillende

modellen te onderscheiden.
- Het eerste is het Beveridge model. Het is het model van de Britse NHS en de nordic landen tot voor enkele jaren. In dit model zijn *provider* en *purchaser* dezelfde, de staat. (Model A)
- Een tweede model is het Beveridge model met interne markt. In dat model is de staat nog steeds de *purchaser*, maar is er een splitsing gekomen met de *providers*, en zijn er ook privé-*providers* op de markt gekomen. Vandaag is dit het geval in Zweden en het Verenigd Koninkrijk. (Model B)
- Het derde model is het Bismarckmodel. Patiënten kunnen kiezen tussen verschillende *providers*. De *pooling*, het inzamelen van middelen, gebeurt centraal door de sociale zekerheid, maar meestal zijn er verschillende *purchasers* voor de inkoop van zorg, vaak door terugbetaling aan de patiënt. In het klassieke Bismarckmodel gaat het om ziekenfondsen. België heeft zo'n systeem. (Model C)
- Tot slot is er het Amerikaanse model. Het verschil met het klassieke Bismarckmodel is dat *purchasers* wel privé-bedrijven met winstoogmerk zijn. In het typevoorbeeld zoals de VS gebeurt de *pooling* individueel. Inwoners zoeken zelf een verzekeraar en betalen via premies. (Model D)
Nederland bevindt zich sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet tussen model C en D. Hier is de *pooling* voor een deel wel nog collectief via centrale belastingen. Er is bovendien een strenge regulering door de overheid om individuele uitsluiting te voorkomen.

Per model kunnen we nu met de verzamelde informatie hypotheses formuleren rond hun verwachte impact op de drie hoofdkenmerken van integrale zorg die in de inleiding gekozen werden.

1) **Model A**

→ patiëntgerichtheid

+ Pluspunt is dat zorgverleners in een staatssysteem verantwoordelijk zijn voor een specifieke populatie. Dit maakt de band met gemeenschap hechter. Dit betekent meer oog voor gezondheidsproblemen op gemeenschapsniveau en makkelijker samenwerking met andere sectoren rond welzijn.
- Door het gebrek aan keuzevrijheid en marktwerking is er een gevaar dat er minder aandacht is voor patiënttevredenheid. Dit leidt tot bijvoorbeeld wachtrijen, slechte service… maar kan evengoed ook ervoor zorgen dat de zorgverlener minder oog heeft voor de verwachtingen van de patiënt zelf als het op chronische zorg aankomt.

→ *comprehensiviteit*

+ De grote meerwaarde in Zweden zijn de multidisciplinaire centra (cf. supra). In andere modellen werken verschillende disciplines vaak nog afzonderlijk. Het oprichten van multdisciplinaire praktijken hangt af van het initiatief van individuele providers, eventueel gestimuleerd door financieringsinitiatieven (cf. Nederland). Een staatssysteen kan ervoor kiezen om dit systeem te behouden, zoals bijvoorbeeld in Denemarken. Maar de meeste staatssystemen kiezen voor het oprichten van multidisciplinaire centra. Vandaar het duidelijk verschil in de Qualicopc-studie tussen landen met model A en deze met model C.

→ coördinatie

+ Zonder marktwerking is er geen fragmentering. Zorgverleners in de verschillende lijnen werken voor dezelfde instantie en zijn verantwoordelijk voor dezelfde populatie. Overleg, samenwerking en onderlinge afstemming van de zorg is veel makkelijker te organiseren.

2) **Model B**

→ *patiëntgerichtheid*

+ Meer aandacht voor patiënttevredenheid.

- De keerzijde van de verhoogde aandacht voor het houden van patiënten, is het gevaar dat chronisch zieken relatief minder aandacht krijgen en uit de boot vallen. De Zweedse praktijken geven dit aan als een reële verandering in hun werking.
- Werk dat geen resultaat op korte termijn geeft, krijgt minder aandacht. Preventie, gezondheidspromotie… zijn minder belangrijk om patiënten te binden. Met *pay-for-performance* kan de overheid een aantal zaken zoals rookstopgesprekken, voedingsadvies… stimuleren, maar een populatiegerichte aanpak zal meestal ontbreken.

→ *comprehensiviteit*

Liberalisering heeft niet meteen een invloed op multidisciplinaire samenwerking. Financiering met volledig onafhankelijke budgetten is natuurlijk niet meer mogelijk, maar de staat kan nog altijd kiezen hoe men praktijken dan wel betaalt. Enveloppes per ingeschreven patiënt of per diagnose werken samenwerking niet meteen tegen, betaling per prestatie natuurlijk meer.

→ *coördinatie*

- Het grootste nadeel van de hervormingen in Zweden is de fragmentering. De noodzakelijke netwerken tussen de verschillende zorginstellingen zijn verzwakt.

Enkele auteurs pleiten ervoor dat dit wel kan aangepast worden. Ze pleiten voor het opzetten van zorgnetwerken over de verschillende lijnen. Met nog steeds concurrentie tussen providers, maar niet tussen individuele zorgverleners, eerder tussen de ontstane zorgnetwerken. (cf. infra)

3) **Model C**

In Model C maakt het voor de patiëntgerichtheid en voor de comprehensiviteit veel uit hoe de betaling van praktijken gebeurt. Zowel fee-for-service als meer gebundelde betalingen zijn mogelijk. Het tweede heeft wel voordelen t.o.v. het eerste.

→ *patiëntgerichtheid*

Afhankelijk van manier van betalen.

→ *comprehensiviteit*

- De mogelijkheden tot samenwerking hangen af van de manier van betalen. Indien de sociale zekerheid kiest voor meer forfaitaire betaling, wordt samenwerken makkelijker. Algemeen genomen ziet men wel veel minder samenwerking in landen die historisch voor het Bismarckmodel gekozen hebben dan in deze die voor het Beveridgemodel kozen.

→ *coördinatie*

- Dezelfde problemen van fragmentering als in Model B.

4) **Model D**

→ *patiëntgerichtheid*

- De kritiek in Nederland is dat het product-denken van de zorgverzekeraars in conflict komt met het willen aanbieden van patiëntgerichte zorg. Zorgverzekeraars proberen het gedrag van artsen te controleren door steeds meer financiële prikkels. Processen en *outcomes* moeten gestandaardiseerd worden. Voor de individuele doelen van de patiënt met multimorbiditeit is minder aandacht. "Maatwerking met zorg-op-maat met individuele zorgplannen met een integrale benadering enerzijds en anderzijds marktwerking met uniforme zorgprogramma's zijn conflicterende begrippen."
- Nog meer dan in model B is er het gevaar van verminderde aandacht voor chronisch zieken. Het gevaar bestaat dat chronisch zieken niet aanvaard worden of hogere premiers moeten betalen. Dit probeert men in Nederland te voorkomen door acceptatieplicht en financiële correctiemechanismen. Eenmaal aanvaard zijn er echter vaak weinig uitgewerkte zorgprogramma's voor hen. Verzekeraars zijn bang om nog meer chronische patiënten aan te trekken, of zien het nut niet van de investering

gezien de resultaten vaak pas op lange termijn zijn.
→ *comprehensiviteit*
+ Binnen de praktijk kan samenwerking wel gestimuleerd worden als een zorgverzekeraar ervoor kiest om extra bonussen toe te kennen aan praktijken met meer disciplines.
- Samenwerken met andere disciplines in de praktijk wordt wel moeilijker doordat de vermarkting van de zorg meer en meer een 'verrichtingenstelsel' heeft gemaakt. Informele contacten met collega's of overleg worden meestal niet vergoed, en worden dus minder interessant wanneer steeds meer van de inkomsten beginnen af te hangen van individuele verrichtingen.
→ *coördinatie*
- Zorgverzekeraars proberen zoveel mogelijk het consultatiegedrag van hun patiënten te sturen. De huisartsen verliezen hun centrale plaats in het proces van verwijzen. Formele en informele overlegnetwerken tussen de verschillende niveaus gaan verloren.
- Wissels van zorgverzekeraars betekent soms ook veranderen van arts of ziekenhuis. Continuïteit komt in het gedrang.
+ Verzekeraars kunnen een katalysator zijn om de verschillende providers meer te laten samenwerken, omdat ze zo kosten kunnen besparen. Zo kunnen zorgnetwerken ontstaan als Kaiser Permanente in de VS. Het verschil met een staatssysteem is dat zulke zorgnetwerken niet verantwoordelijk zijn voor een geografisch afgebakende populatie, maar voor de aangesloten patiënten van de zorgverzekeraar (cf. infra).

4. De grootste risico's: focusshift, monetariseren en fragmentering

Elk model is specifiek, elk land heeft haar eigen specifieke problemen. Toch lijkt het alsof doorheen de bespreking van de verschillende modellen een aantal gevaren verbonden met commercialisering steeds terugkeren. We onderscheiden er drie.

1) Focusshift

Kwaliteit van zorg, betaalbaarheid en *equity* zijn alle drie even belangrijk als doel van de organisatie en financiering van onze zorg. De verhalen uit Zweden en Nederland tonen hoe de *equity* onder druk komt te staan wanneer marktwerking geïntroduceerd wordt. Patiënten met een chronische aandoening dreigen niet de optimale zorg of toegang te krijgen. Bij het voorbeeld van Nederland citeerden we het rapport van het Observatory die waarschuwde waarom chronische zorg minder interessant is voor zorgverzekeraars. Ze kosten veel geld, en resultaten zijn vaak pas merkbaar op lange termijn. In Zweden voelen de managers van de eerstelijnscentra dat er een focusshift gebeurt. De aandacht verschuift van chronische patiënten naar acute problemen, omdat patiënttevredenheid belangrijk is voor de financiering. Privépraktijken tonen minder interesse voor chronische patiënten en richten zich vooral op een jonger en rijker publiek.
Zolang het doel van de zorgverlener is om winst te maken, loert het gevaar van misbruik om de hoek. Zolang zorgverleners met elkaar moeten concurreren om financiële middelen, dreigt elke praktijk op zijn minst gedeeltelijk mee gesleurd te worden in die logica. Elk betalingssysteem heeft in dat geval haar nadelen. Bij *fee-for-service* wordt zorg verwaarloosd omdat niet alle zorg voor chronische aandoeningen in prestaties vervat kan worden. Met forfaitaire betaling stelt dat zich niet, maar het gevaar bestaat dat chronisch zieken minder welkom zijn omdat ze meer werk vragen voor hetzelfde forfaitaire bedrag. In beide gevallen moeten dus financiële correctiemechanismen ingevoerd worden om dit gevaar op te vangen.

2) Monetariseren

Vermarkting zorgt ervoor dat het financiële overal centraler komt te staan. In Nederland word de term 'product-denken' gebruikt. Financiële prikkels worden gebruikt door de zorgverzekeraars in een poging om het gedrag van artsen te controleren. Enveloppefinanciering moet wijken voor f*ee-for-service en pay-for-performance*. Hoe meer een prijs op alles staat, hoe meer men als zorgverstrekker bij alles begint te rekenen. Dan nog doeltreffend werk maken van samenwerking en coördinatie begint een moeilijke opgave te worden. Om dat te corrigeren ziet men dan weer extra financieringsmechanismen verschijnen. En zo wordt op den duur elke beslissing of handeling het product van een rekensom. Zorg op maat neemt steeds minder plaats in. Het Europese Observatory waarschuwt om de motivatie voor zorgverleners te veel te laten afhangen van financiële incentives. "Professionele motivatie en flexibiliteit kunnen geschaad worden door financiële inkomsten te verbinden met het presteren van specifieke activiteiten." (16)

3) Fragmentering

De landen die historisch voor een Beveridgemodel kozen, scoren volgens de Qualicopc-studie nog altijd het best op samenwerking in de eerste lijn. Rapporten en artikels over integrale zorg pleiten voor samenwerkingsverbanden met gebundelde betalingen, per patiënt en nog beter per populatie. Daartegenover staan de problemen met fragmentering in Zweden en Nederland sinds het invoeren van de marktwerking. In Nederland deelt de functionele bekostiging met keten-dbc's patiënten op in ziektes, terwijl informele overlegnetwerken met andere zorgniveaus verwateren. In Zweden zijn de vaste structuren tussen eerste en tweede lijn opengebroken door de liberalisering.

5. Is er een optimaal systeem?

Volgens het rapport van het Expert Panel kan marktwerking zowel positieve als negatieve gevolgen hebben, afhankelijk van de context waarin het beleid ze invoert. (18) Zijn bovenstaande drie gevaren inherent aan commercialisering van de zorg, of zijn ze te voorkomen mits de nodige regulering? Wat met de uitdagingen in een systeem zonder marktwerking, waar alles beslist wordt door planning?

Is een vermarkte zorg zonder fragmentering mogelijk?

De voorstanders van de liberalisering maken zich sterk dat samenwerkende zorgnetwerken ook in een vermarkte gezondheidszorg mogelijk zijn. In Nederland denkt men in de richting van zorggroepen per patiënt in plaats van per ziekte, met de tweede lijn inbegrepen. In Zweden pleit men voor vaste zorgnetwerken die ervoor zorgen dat de marktwerking kan blijven bestaan maar dat de sterke verticale integratie van vroeger wel kan hersteld worden. Beide voorstellen gaan in de richting van zorgconsortia, waar *providers* uit verschillende zorgniveaus een vast samenwerkingsverband vormen, vaak verbonden aan een vaste *purchaser*. Het model van Kaiser Permanente in de VS wordt zowel in Nederland als in Zweden geciteerd.

In zo'n model gaat men naar een gezondheidszorg die bestaat uit een beperkt aantal zorgconsortia of –netwerken. Merk op: de marktwerking wordt hier beperkt tot de onderlinge concurrentie tussen die spelers. Binnen consortia als Kaiser Permanente wordt de organisatie van de zorg van bovenuit strak gepland. Het groot verschil met de planning in een staatssysteem? De planning is in handen van een raad van bestuur met aandeelhouders, in plaats van de overheid. Voorstanders stellen dat de onderlinge concurrentie zal leiden tot een betere planning dan in een staatssysteem. Tegenstanders wijzen op het fundamenteel verschil dat winst het einddoel blijft; voor de personen die de beslissingen maken, blijft gezondheid een koopwaar. De bezordheid om *equity*, het gevaar voor

focusshift blijft. De markt kan leiden tot tweedeling: enkele consortia met hoge premies en breed aanbod voor wie het kan betalen, andere met veel minder voor de rest.

De meerwaarde van geografische zones
In een staatssysteem beslist men zelf welke praktijk verantwoordelijk is voor welke patiënten. De patiëntenpopulatie is op voorhand duidelijk afgelijnd, meestal op territoriale basis. In zulk geval bestaat het gevaar van tweedeling dus niet. Het is een meer inclusieve benadering voor de organisatie van de zorg. Het WHO-rapport van 2008 is om die reden een grote voorstander van het organiseren van eerstelijnspraktijken voor vastgelegde populaties. “Een aanpak die uitgaat van de vraag is passief en helpt niet iedereen die het nodig heeft. Sommigen zoeken niet de zorg die ze nodig hebben, om verschillende redenen. (…) Preventieve diensten die beperkt blijven tot gebruikers laten vaak diegene in de steek die het het meest nodig hebben.” (12)

Verticale integratie tussen eerste en tweede lijn op populatieniveau heeft nog voordelen. Nauwe professionele banden over de verschillende lijnen heen zijn namelijk nodig voor overleg en samenwerking, maar ook voor het afstemmen op elkaar van het zorgaanbod binnen een bepaalde regio. Om samenwerking en netwerken tussen hulpverleners in de eerste lijn onderling en met specialisten te stimuleren pleit het rapport ‘Together we change’ erg voor eerstelijnszones. (15) De auteurs verwijzen expliciet naar het kubusprincipe. Dit stelt dat “een duidelijke, niet overlappende territoriale organisatiestructuur nodig is, om zo flexibel te kunnen inspelen op de diversiteit van zones, en harmonieuze groeimodellen toe te laten in de integratie en afstemming van de zorg.” Ook in het rapport van het Kenniscentrum over de ziekenhuisfinanciering lezen we eenzelfde soort aanbeveling, voor het oprichten van zorgzones. (22) Een zorgplan op dat niveau is het beste middel om het zorgaanbod beter af te stemmen op de behoeften. De auteurs schrijven: “Er zijn verscheidene redenen waarom het onvermijdelijk lijkt om een geografische basis aan dit soort strategische planning te verschaffen. Er is een grote consensus dat de behoeften van de bevolking een goede basis voor zorgaanbodplanning vormen, maar er is haast geen andere manier om deze bevolkingsgroepen te omschrijven dan in geografische termen.”

Tot slot geeft het ook meer mogelijkheden om in te spelen op wijkgerelateerde gezondheidsproblemen, een voordeel dat nu verwatert volgens auteurs in Zweden. Eenmaal keuzevrijheid en concurrentie is ingesteld wordt het systeem geografisch opengebroken, wat voor de intersectorale samenwerking een stap achteruit betekent (cf. supra). De WHO herneemt het probleem als tweede reden om voor eerstelijnszones te pleiten: “Een passieve aanpak die uitgaat van de vraag mist de ambitie om lokale determinanten van gezondheidsproblemen aan te pakken.”

Intrinsieke motivatie en participatie van de patiënt
Anderzijds waren er zowel in Nederland als in Zweden ook problemen die beleidsmakers ervoor hebben doen kiezen om meer marktwerking toe te laten. In Nederland waren de wachtlijsten vaak te lang. Er zou ook te weinig kostenbewustzijn geweest zijn bij de zorgverleners. In Zweden was er een probleem van patiëntvriendelijkheid en bereikbaarheid.

Welk financieringsmodel is dan het beste? Misschien wel een die niet te veel focust op financiering? De Nederlandse onderzoekster van Dijk bestudeerde voor haar doctoraat wat de gevolgen waren van de financiering op het gedrag van huisarts. Ze komt tot het besluit dat het gedrag van artsen niet volledig kan bepaald worden door financiële prikkels. (40) Artsen worden ook door andere zaken gemotiveerd. De utiliteitstheorie uit de economie beschrijft hoe elk individu streeft naar

maximalisatie van welzijn. Maar de utiliteitsfunctie van artsen hangt naast inkomen ook af van andere elementen, zoals vrije tijd of professionele moraal. van Dijk besluit: “Initiatieven die meer focussen op de medische ethiek en richtlijnen zouden wellicht een beter instrument zijn om het gedrag van huisartsen te beïnvloeden.” Ze citeert recent wetenschappelijk onderzoek dat waarschuwt voor een overmaat aan financiële prikkels. “Door hun intrinsieke motivatie zullen huisartsen (een deel van) de zorg ook verlenen wanneer ze niet direct worden gestimuleerd door financiële prikkels (zoals in een abonnementstarief). (…) Wanneer ze stelselmatig worden geconfronteerd met een focus op financiële prikkels (bijvoorbeeld in een verrichtingensysteem), zal de intrinsieke motivatie verminderen en zullen ze minder zorg willen verlenen zonder dat er een financiële compensatie is.” Ze pleit dus resoluut voor een abonnementstarief of – nog beter – een populatiegerichte bekostiging.
Ook de auteurs van het rapport van het Observatory over chronisch zieken besluiten hun hoofdstuk over financiering met een pleidooi voor intrinsieke motivatie. “Professionals worden door meer gemotiveerd dan enkel financiële vergoedingen.” (16) Maar ook zij maken dezelfde waarschuwing: “Er is uitgebreide psychologische evidentie dat het overmatig gebruik van externe incentives, vooral financiële, de interne motivatie verdringt om goed te presteren op gebieden die niet afhangen van externe beloningen.”
Dat is wel net wat er dreigt te gebeuren bij commercialiseren. Termen als ‘product-denken’ wijzen op het gevaar dat geld een steeds grotere rol dreigt te krijgen. Wanneer gezondheid en zorg een koopwaar worden, verdwijnt intrinsieke motivatie op de achtergrond.

Wie kiest voor een staatssysteem en publieke dienstverlening, moet dus voldoende inzetten op de intrinsieke incentives van de zorgverleners. De oudste arts uit Zweden vertelde in het interview dat daar voor haar naast professionele moraal ook betrokkenheid bij het systeem bijhoort. Het systeem kan enkel werken als elk zich ervoor verantwoordelijk voelt. Het is belangrijk om dat bewustzijn te beschermen, bij de zorgverleners én bij de patiënten. Want een staatsgezondheidszorg is veel gevoeliger voor afbraak door een overheid dan het Bismarckmodel met een sociale zekerheid die paritair beheerd wordt.
Het kan de duurzaamheid van het systeem dus alleen maar ten goede komen als de patiënt meer betrokken. Het oorspronkelijk idee in het nordic model van decentralisatie en lokaal bestuur dicht bij de burger leent zich daar perfect toe. Is de patiënt echt beter af met de huidige keuzevrijheid? Uiteindelijk wordt de patiënt op die manier gereduceerd tot een klant, een individuele consument. Andere manieren kunnen bedacht worden om te waken op de service en patiëntvriendelijkheid in de zorg. Zorg voor democratische participatie aan het beheer van de lokale gezondheidszorg en stimuleer patiënten op hun burgerplichten. Want een goed werkende publieke gezondheidszorg werkt omgekeerd ook positief voor de sociale cohesie in de samenleving, het gevoel dat de gemeenschap samen voor je zorgt als je getroffen wordt door ziekte.

VII. Conclusie

Het is verbazingwekkend als men kijkt naar de grote veranderingen die de gezondheidszorg in buurlanden als Zweden, Nederland, Engeland… heeft ondergaan. Een groot verschil met België, waar men kan stellen dat er de laatste decennia geen fundamentele veranderingen gebeurd zijn aan het financieringssysteem. Nochtans zal het nodig zijn. De vergrijzing, de toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit, is een realiteit. Tot op heden bengelt ons land nog steeds onderaan het rijtje in Europa als het gaat om samenwerking in de eerste lijn. Onze overheid bereidt een grondige hervorming van de ziekenhuisfinanciering, na uitgebreid onderzoek ook door het Kenniscentrum, maar rond de eerste lijn blijft het stil.
In het gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken van de Interministeriële Conferentie voor geïntegreerde zorg was financiering één van de 18 componenten. (4) In dat stuk gaat de aandacht dan nog vooral naar specifieke financieringsstimulansen, “innovatieve initiatieven”, en wordt er niet geschreven over de fundamentele keuzes in ons financieringssysteem. Op basis van de opinies in de doorgenomen artikels en de bestudeerde ervaringen in buurlanden, durven we te zeggen dat dat onvoldoende is. Financiering wordt er voorgesteld als iets dat op te lossen valt met enkele technische tussenkomsten, maar het is veel meer dan dat. De Belgische gezondheidszorg heeft een groot probleem van fragmentering en van gebrekkige multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, dat is minstens voor een deel het gevolg van onze manier van financieren. Er moet werk gemaakt worden van meer forfaitaire betaling, van meer multidisciplinaire eerstelijnscentra, van zorgnetwerken per regio. Zolang dat niet gebeurt, is onze gezondheidszorg en zeker onze eerste lijn onvoldoende voorbereid om de uitdagingen van de toekomst aan te gaan. De tekst ‘Together We Change’ is in dat opzicht een te ondersteunen initiatief die de weg wijst. (15)

Commercialisering is een weg die we beter vermijden met ons land. De focusshift die langs verschillende hoeken dreigt, is onverzoenbaar met de equity die onze zorg hoog in het vaandel draagt. Het monetariseren en de fragmentering maken een efficiënte samenwerking en kwaliteitsvolle zorg moeilijk. Volgens het Expert Panel van de Europese Commissie kan vermarkting ook een positieve impact hebben, afhankelijk van de manier waarop het gebruikt wordt. (18) De drie vermelde gevaren zijn inherent aan marktwerking in de zorg en zijn moeilijk volledig te vermijden door voorzorgsmaatregelen. Concurrentie kan niet de oplossing zijn als samenwerking het doel is.

VIII. Bibliografie

1. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Chronische zorg van de toekomst zet patiënt aan het stuur - 50 actiepunten voor een diepgaande hervorming van de gezondheidszorg. [Online].; 2012 [cited 2016 april 16. Available from: https://kce.fgov.be/nl/press-release/chronische-zorg-van-de-toekomst-zet-pati%C3%ABnt-aan-het-stuur-50-actiepunten-voor-een-diep#.VxY9fPmLTIV.
2. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2012. Report No.: KCE 190As.
3. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Geïntegreerde Zorg voor chronisch zieken. [Online].; 2016 [cited 2016 april 19. Available from: http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/zorgnetwerken/chronische-aandoeningen/geintegreerde#FAQ.
4. Interministeriële Conferentie. Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken: geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid. 2016..
5. Domus Medica. Kwalitatieve chronische zorg in Vlaanderen: belemmerende en bevorderende factoren. 2016..
6. Van der Heyden J, Charafeddine R. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2014.
7. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: an introduction. In Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008. p. 1-14.
8. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. International Journal of Integrated Care. 2001; 1(1).
9. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008. p. 64-91.
10. WHO. The challenges of a changing world. In The world health report 2008 : primary health care now more than ever. WHO; 2008. p. 1-22.
11. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Defintion of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. European Commission; 2014.
12. WHO. Primary care: putting people first. In The world health report 2008 : primary health care now more than ever. WHO; 2008. p. 41-62.
13. Groenewegen P, Heinemann S, Gress S, Schäfer W. Primary care practice composition in 34 countries. Health Policy. 2015; 119: p. 1576-1583.
14. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, van der Zee J, Groenwegen P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research. 2010; 10: p. 65.
15. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! 2014..
16. Busse R, Mays N. Paying for chronic disease care. In Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008. p. 195-221.
17. Vandekerckhove S. Artsen spelen soloslim. De Morgen. 2014 Augustus 7: p. 3.
18. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Competition among health care providers in the European Union. European Commission; 2015.
19. Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. Een vergelijkende studie van de financiering van ziekenhuiszorg in vijf landen. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2013. Report No.: KCE 207 As.

20. Sengupta A. Universal health coverage: Beyond rhetoric. 2013. Occasional paper.
21. Annemans L. De prijs van uw gezondheid. Leuven: LannooCampus; 2014.
22. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R. Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2014. Report No.: KCE 229As.
23. Remmen R, Lemiengre M. Het forfaitair systeem: vloek of zegen? Huisarts Nu. 2014; 43(5): p. 182-183.
24. Erkens M, Schoenmakers B. Omschakeling naar het forfaitaire betalingssysteem. Perceptie van de Vlaamse huisarts. Huisarts Nu. 2014; 43(5): p. 195-200.
25. Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, et al. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2009. Report No.: KCE Reports vol 118A.
26. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. Principal health care reforms. In The Netherlands: Health system review. WHO: Health Systems in Transition; 2010. p. 167-184.
27. Schut FT, Varkevisser M. Een economisch gezonde gezondheidszorg. Preadviezen 2012. Den Haag: Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde; 2012.
28. Maes AACM. Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel. Amsterdam: Reed Business; 2011.
29. ZorgKeus.nl. Verschil tussen eigen bijdrage en eigen risico. [Online].; 2014 [cited 2015 Augustus 19. Available from: http://www.zorgkeus.nl/zorgverzekering/verschil-tussen-eigen-bijdrage-en-eigen-risico.
30. NIVEL. Modernisering & Innovatie: aantal verrichtingen. [Online].; 2013 [cited 2015 Augustus 19. Available from: www.nivel.nl/node/3441.
31. Valentijn PP, Bruijnzeels MA. Nieuwe bekostigingsmodel eerstelijnszorg. Organisch veranderen op weg naar een (r)evolutie. Position paper. Jan Van Es Instituut; 2014.
32. Peters S. De nieuwe bekostiging: bereid u voor. De Dokter. 2014; 5(6): p. 30-1.
33. Struijs JN, van Til JT, Baan CA. Experimenteren met de keten-dbc diabetes. Bilthoven: RIVM; 2009.
34. Visser J. Manifest brengt huisartsenzorg in beweging. Medisch Contact. 2015;(18/19): p. 912-3.
35. van Eerden T. Zorg is meer gebaseerd op verzekeren dan het zorgen voor mensen. Volkskrant. 2014 December 15.
36. van Gerven H, Palm I. De huisarts aan het woord. Den Haag: SP; 2010.
37. KPMG Plexus. Evaluatie zorgverzekeringswet. Eindrapportage september 2014. KPMG Plexus; 2014.
38. van den Berg MJ, de Boer D, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN. Zorgbalans 2014. Bilthoven: RIVM; 2014.
39. Van Duppen D. Hoog eigen risico slecht voor gezondheid. Volkskrant. 2015 Juni 18.
40. van Dijk CE. Changing the GP payment system. Do financial incentives matter? Utrecht: NIVEL; 2012.
41. Leijten R. De Landelijke Zorgvoorziening. 2014 November. Wetsvoorstel Tweede Kamer.
42. Schut FT, Varkevisser M. Tackling hospital waiting times: The impact of past and current policies in the Netherlands. Health Policy. 2013; 113: p. 127– 133.
43. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. Health Policy. 2014; 118: p. 292–303.
44. van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? NIVEL; 2015.
45. Struijs JN, de Jong - van Til JT, Lemmens LC, Drewes HW, de Bruin SR, Baan CA. Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Bilthoven: RIVM; 2012.
46. Berenschot L, van der Geest L. Integrale zorg in de buurt. Utrecht: NYFER; 2012.
47. Brabers A, Verleun A, Hoefman R, de Jong J. Percentage wisselaars blijft gelijk. Premie net als in eerdere

jaren de belangrijkste reden om te wisselen. NIVEL. 2016.

48. Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB, Martinussen PE. Introduction: the Nordic model of health care. In Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges. Maidenhead: Open University Press; 2009. p. 3-20.
49. Krasnik A, Paulsen B. Reforming primary health care. In Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges. Maidenhead: Open University Press; 2009. p. 233-254.
50. Anell A. The Public-Private Pendulum: Patient Choice and Equity in Sweden. New England Journal of Medicine. 2015; 372(1).
51. Dahlgren G. Why public health services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden. International Journal of Health Services. 2014; 44(3).
52. Lundberg O, Åberg Yngwe M, Kölegård , Björk L, Fritzell J. The Nordic Experience: Welfare States and Public Health. Stockholm: Centre for Health Equity Studies; 2008.
53. Vrangbaek K, Saltman RB. Looking forward: future policy issues. In Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges. Maidenhead: Open University Press; 2009. p. 78-104.
54. Martinussen PE, Magnussen J. Health care reform: the Nordic experience. In Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges. Maidenhead: Open University Press; 2009. p. 21-52.
55. Ahgren B. Competition and integration in Swedish health care. Health Policy. 2010; 96: p. 91-97.
56. Maun A, Nilsson K, Furaker C, Thorn J. Primary healthcare in transition - a qualitative study of how managers perceived a system change. BMC Health Services Research. 2013; 13: p. 382.
57. De eerstelijnszorgcentra van Zweden. Huisarts Nu. 2015; 44(4).
58. Maun A, Wessman C, Sundvall PD, Thorn J, Björkelund C. Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership? An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres. BMC Health Services Research. 2015; 15: p. 417.
59. Hakkinen U, Jonsson PM. Harnessing diversity of provision. In Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges. Maidenhead: Open University Press; 2009. p. 198-213.