

Rapportage

NEXT LEVEL GEZONDHEIDSZORG: HOE HET BETER EN EFFICIËNTER KAN

Den Haag, november 2016

Dr. Jan-Peter Heida
Jori Hoendervanger, MSc



strategies in
regulated markets

Inhoud

1 Inleiding	4
2 Schotten in de zorg	5
2.1 Schotten tussen de zorg en andere maatschappelijke sectoren	6
2.2 Schotten tussen delen van de zorg	8
2.3 Schotten binnen de Zorgverzekeringswet	9
2.4 Schotten tussen ziekenhuizen	10
2.5 Schotten binnen ziekenhuizen	11
3 Kanteling naar zorg waarin de patiënt centraal staat	12
3.1 De Kantelagenda	13
3.2 De Kantelagenda concreet	14
4 Conclusie	18

Inleiding

In het zorgdebat is ‘kantelen’ een van de meest gehoorde woorden, terwijl dit in de praktijk bijzonder weerbarstig blijkt te zijn. We begrijpen allemaal dat het anders moet: de patiënt dient centraal te staan en niet de instituties. We onderkennen dat het bestaande oerwoud aan regelgeving en financieringsstromen weinig kans biedt op regie en overzicht. We kijken met bewondering naar veelbelovende proeftuinen. Vaandeldragers van innovatieve projecten spreken wekelijks zalen vol ademloos luisterende bestuurders en zorgprofessionals toe. En we voelen allemaal de noodzaak om de zorg efficiënter, beter en goedkoper in te richten. Maar hoe we dat moeten doen, en wat we daarvoor moeten laten, is veel minder evident.

Dit rapport heeft niet de pretentie om het ei van Columbus te onthullen. De oorzaken die kanteling en substitutie in de praktijk frustreren zijn meervoudig. Van door de jaren steeds verder uitdijende wet- en regelgeving tot complexe culturele verschillen. Zelfs binnen een ziekenhuis kan de dialoog tussen dokters met verschillende medische disciplines soms moeizaam verlopen. Laat staan wanneer bijvoorbeeld een huisarts, een medisch specialist, een ICT-expert en een zorgverzekeraar samen om tafel gaan zitten om de beste route voor de behandeling van een ziekte uit te denken.

Stil zitten en vasthouden aan oude conventies bieden rust en zekerheid. Zeker als er ook nauwelijks (financiële) prikkels zijn om het echt anders te doen. Van tijd tot tijd verschijnen er bovendien geruststellende lijstjes met internationale vergelijkingen, waaruit blijkt dat het toch echt niet zo beroerd gesteld is met de Nederlandse gezondheidszorg. Voldoende reden om tevreden achterover te leunen?

Op basis van de vele gesprekken die wij hebben gevoerd en analyses die wij hebben uitgevoerd, zien wij niettemin brede steun voor het inzetten op ontschotting van de zorg. Omdat het beter is voor de patiënt. Omdat samenwerking altijd meer oplevert dan verkokering. Omdat het kan. En omdat het aantoonbaar leidt tot aanzienlijke besparingen.

We leggen onze troeven maar meteen op tafel. Kanteling door ontschotting en verschuiving van de zorg van ziekenhuizen en GGZ-instellingen naar huisartsen, eerstelijnsvoorzieningen en de patiënt zelf levert volgens onze inschatting minstens €1,5 miljard euro op. Daarmee kunnen we de zorg beter betaalbaar houden. Door de financiële voordelen van ontschotting te laten liggen, lopen we ook geld mis dat we zouden kunnen investeren in vernieuwing. Of zouden kunnen gebruiken om verhoging van premiegelden tegen te gaan.

Dit rapport brengt in kaart waar schotten bestaan in de Nederlandse zorg. Alleen die inventarisatie al - die nog verre van volledig is - geeft aan hoe complex kanteling en ontschotting is. Vervolgens geven we een agenda aan met actiepunten. Wij denken dat het gaat om haalbare initiatieven die echt het verschil kunnen maken. Ontschotting? Laten we het gewoon gaan doen!

Schotten in de zorg

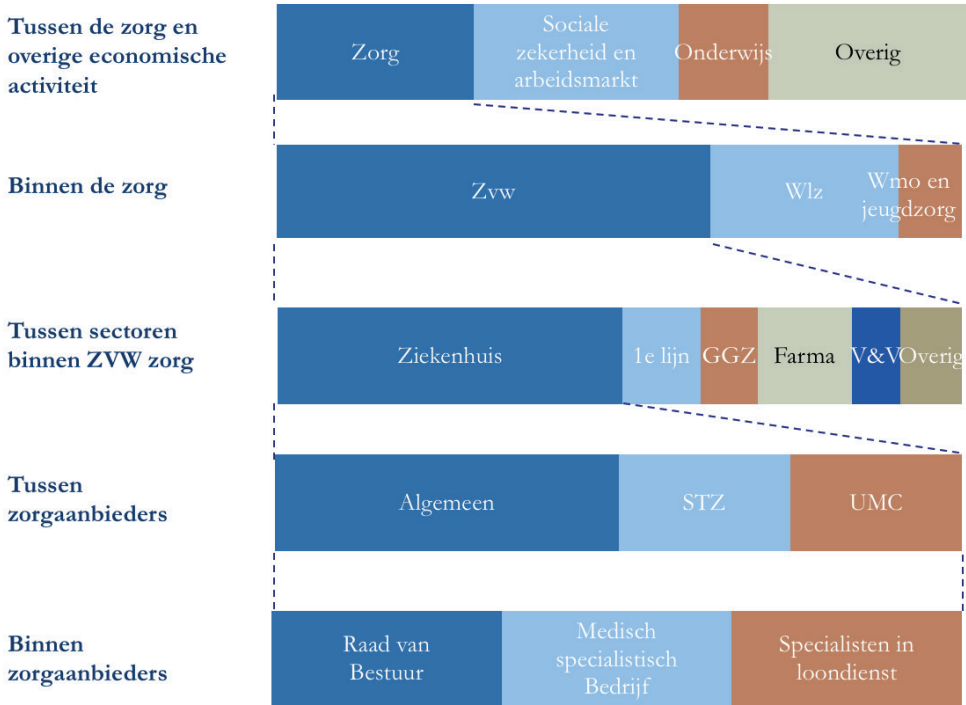
Om de bestaande ‘verschotting’ in beeld te brengen, hebben we drie hoofdcategorieën gedefinieerd: financieel, regulering en praktijk (Figuur 1). Deze driedeling passen we toe op vijf niveaus: van het abstracte macroniveau van de zorg ten opzichte van andere maatschappelijke sectoren tot schotten die binnen individuele instellingen bestaan (Figuur 2). Zo wordt niet alleen duidelijk waar mogelijkheden voor ontschotting bestaan, maar ook waar valkuilen en spanningsvelden liggen. Kansen en bedreigingen gaan soms hand in hand.

Financieel	Regulering	Praktijk
<ul style="list-style-type: none"> • Uitgaven van zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn opgedeeld • Budgettair Kader Zorg per soort zorg • Separate modellen risicoverevening • Macrobeheersingsinstrumenten 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulering en toezicht georganiseerd naar soort zorg • Regulering en toezicht georganiseerd naar soort verzekering • Specifieke verantwoording van zorgverzekeraars en zorgaanbieders over uitgegeven geld 	<ul style="list-style-type: none"> • Oude regulering deels vertaald in organisatiestructuur • Culturele barrières tussen categorieën zorgaanbieders

figuur 1: er zijn drie verschillende soorten schotten

2

figuur 2: er zijn schotten in de zorg op vijf niveaus



Met vijftien combinaties van soorten en niveaus schotten is het evident dat het perspectief van de individuele patiënt al snel uit beeld raakt. Met name omdat in het bestaande, uiterst complexe stelsel het niet altijd duidelijk is wat het (financieel) betekent om een schot(je) uit het systeem te tillen. Dat maakt vernieuwing nou niet bepaald aantrekkelijk.

2.1 Schotten tussen de zorg en andere maatschappelijke sectoren

De verdeling van de overheidsuitgaven in Nederland wordt jaarlijks vastgelegd in de Miljoenennota. In totaal geeft de Rijksoverheid zo'n €260 miljard per jaar uit. Die taart wordt verdeeld langs ministeriële lijnen. De verschotting van de gezondheidszorg begint als het ware al op Prinsjesdag. Natuurlijk vindt er ook interdepartementale samenwerking plaats. Maar de eerste focus van ieder ministerie is maximalisering van het eigen budget.

Het streven dat iedere Nederlander zo gezond mogelijk blijft en bij een ziekte zo goed mogelijk wordt behandeld, krijgt hiermee direct een institutionele vertaling. Terwijl het evident is dat ‘gezondheid’ niet een op een samenvalt met de ‘gezondheidszorg’. De gezondheid van Nederland gaat natuurlijk veel verder dan bekwame dokters en toereikende ziekenhuisbudgetten. Ook onze arbeidsomstandigheden, milieuvoorschriften en fiscale maatregelen om gezond leven te stimuleren, hebben natuurlijk (in)direct effect op het beroep dat wij op de gezondheidszorg doen. Kortom, je zou eigenlijk aan veel meer knoppen moeten draaien dan alleen aan de begroting van VWS.

Voorbeelden verschotting:

1. Financieel: er vindt geen financiële verdeling tussen ministeries plaats op basis van de baten van het ene departement door het werk van een ander departement. Zo kan een goede geestelijke gezondheidszorg ervoor zorgen dat het ministerie van Sociale Zaken minder kwijt is aan uitkeringen. En zou EZ er in het belang van de BV Nederland baat bij hebben dat meer werk wordt gemaakt van snelle re-integratie van zieke werknemers. Dat valt natuurlijk lastig te regelen. Maar er zou gewerkt kunnen worden met een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA) om op een meer geïntegreerde wijze naar beleid te kijken.

2. Regulering: verkokerde wet- en regelgeving kan ongewenste effecten hebben. Zo is de zorg vrijgesteld van BTW. Dat maakt het voor ziekenhuizen minder aantrekkelijk om bepaalde diensten uit te besteden aan andere partijen, bijvoorbeeld voor schoonmaak of de financiële administratie. De mogelijke kostenbesparingen door ‘outsourcing’ kunnen zelfs geheel verdampen wanneer er over deze dienstverlening BTW betaald moet worden.

3. Praktijk: zorgverzekeraars hebben er baat bij dat de kosten voor de zorg zo laag mogelijk zijn, terwijl arbeidsongeschiktheidsverzekeraars het liefst een zieke werknemer weer zo snel mogelijk aan de slag hebben. Dat kan leiden tot tegengestelde belangen, zelfs binnen een verzekeringsconcern. Waarom zou de zorgverzekeraar de rekening moeten betalen voor de versnelde behandeling van een werknemer, wanneer daar geen enkele beloning tegenover staat?

Alleen al de directe relatie tussen de arbeidsproductiviteit – de potentie van hetgeen wij als Nederlanders met elkaar kunnen verdienen – en de wijze waarop wij met gezondheid omgaan, maakt duidelijk dat de verschotting van beleid en budget binnen de Rijksbegroting niet leidt tot optimale uitkomsten. Een geïsoleerd debat over de uitgaven van de zorg op basis van de begroting van VWS geeft een onvolledig beeld van de effecten van ‘gezondheid’ op tal van maatschappelijke aspecten. We zouden veel meer moeten ‘omdenken’. Door een goede behandeling kunnen mensen sneller aan het werk, melden zich minder snel ziek, liggen minder lang in het ziekenhuis of hebben minder mantelzorg nodig. Maar hoe brengen we de relatie tussen kosten en baten beter in beeld, zodat we meer ‘holistische’ keuzes kunnen maken en niet alleen vanuit (ministeriële) belangen denken?

2.2 Schotten tussen delen van de zorg

Voorbeelden verschotting:

1. Financiering: verschillende zorgaanbieders vallen onder eigen wetgeving en bijbehorende financiële kaders. Neem de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Substitutie tussen deze sectoren is lastig. Sectoren van zorgaanbieders hebben er daardoor baat bij om kosten door een andere sector te laten maken en niet ten laste te laten komen van hun eigen budget. Het zou bijvoorbeeld heel goed zijn wanneer een medisch specialist een spreekuur ‘aan huis’, in de huisartsenpraktijk of in een verpleeghuis houdt. Maar zolang het onduidelijk is wie daarvoor de rekening betaalt, komen dat soort initiatieven moeizaam van de grond. Door het onvermogen om iets te regelen wat evident beter is, dwingen we patiënten zo om toch maar naar het ziekenhuis te gaan.

2. Regulering: soms staat regulering samenwerking in de weg. Bijvoorbeeld omdat de langdurige zorg wordt ingekocht door een regionale monopolist (zorgkantoor) en de curatieve zorg door (concurrerende) zorgverzekeraars. Bij sector overstijgende zorg kan dat leiden tot ‘starre’ verhoudingen waarbij ieder vooral let op de eigen kosten. Samenwerking en vernieuwing wordt daardoor gefrustreerd.

3. Praktijk: ook bij de inrichting van het ministerie van VWS zijn de verschillende soorten zorgaanbieders leidend. Voor de ‘cure’ en de ‘care’ zijn aparte afdelingen, net als voor de geestelijke en de somatische gezondheidszorg. En niet, zoals je eigenlijk zou willen, verschillende patiëntengroepen die ieder een eigen zorgpakket nodig hebben. Daarnaast vindt financiering van de GGZ bijvoorbeeld plaats vanuit verschillende wettelijke kaders (Zvw, Wlz, Wmo) waardoor de samenhang bemoedigd wordt en het perspectief van de patiënt uit beeld verdwijnt. Er vinden wel experimenten plaats, bijvoorbeeld door samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Maar over schotten heen kijken, blijft vaak lastig.

De bestaande schotten gaan uit van de illusie dat (alle) patiënten in een eenduidig vakje passen. Patiënten worden gedwongen om voor te sorteren op een bepaalde vorm van zorg. Dat je bij kiespijn naar de tandarts gaat, is logisch. Maar met name bij oudere patiënten en meer complexe aandoeningen is vaak een breed palet aan zorg nodig. Het systeem van zorgaanbod en financiering zou zich aan de patiënt moeten aanpassen. Nu is het vaak andersom. Ook zou er sprake moeten zijn van een betere kostenverdeling van initiatieven met sector overstijgende baten. Een gemeente die bijvoorbeeld in het kader van de Wmo investeert om ouderen te laten bewegen, kan bijdragen aan een lagere belasting van de Zvw. Nu vallen de kosten alleen in het bakje van de gemeente en komen de baten ‘gratis’ bij de zorgverzekeraar terecht. Het omgekeerde is ook waar: een zuinige gemeente die niets doet om ouderen fit te houden, zadelde zorgverzekeraars met hogere kosten op.

2.3 Schotten binnen de Zorgverzekeringswet

Voorbeelden verschotting:

1. Financieel: de wetgevingsknoppen die de financiële koers van de Zvw bepalen, zijn ingewikkelder dan de cockpit in een vliegtuig. Er zijn vier bestuurlijke hoofdlijnakkoorden waarin afspraken staan met hoeveel procent de zorg jaarlijks mag groeien. Er zijn zeven macrobeheersingsinstrumenten waarmee de minister van VWS in kan grijpen bij zorgaanbieders. Daarnaast bestaan er vier verschillende risicovereeningsmodellen die in belangrijke mate bepalen wat zorgverzekeraars verdienen. Dat Wouter Bos vaak zegt dat het oplossen van de kredietcrisis een stuk simpeler was dan kostenbeheersing in de zorg, wekt dan ook geen verwondering.

2. Regulering: ziekenhuizen kunnen alleen declaraties indienen op basis van de regels rond bepaalde zorgproducten die deel uitmaken van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De NZa stelt die zorgproducten vast. Daarmee is de financiering in de zorg nog grotendeels gebaseerd op wat ziekenhuizen (potentieel) doen, en niet op basis van wat zij nalaten. Meer voorlichting waardoor patiënten mogelijk afzien van een bepaalde ingreep, is iets waar het ziekenhuis zelf de rekening voor betaalt. Ook het inzetten van eHealth wordt hierdoor belemmerd. Een consult in de spreekkamer wordt betaald. Een digitaal consult via het beeldscherm niet. Zo zijn er tal van voorbeelden waardoor overbodige zorg wordt ingezet of onnodige doorverwijzingen plaatsvinden.

3. Praktijk: zorgverzekeraars kopen geneesmiddelen tegen een zo gunstig mogelijke prijs in. Zij hebben er natuurlijk een direct belang bij dat de uitgaven aan geneesmiddelen zo laag mogelijk blijven. Daardoor zien ze bijvoorbeeld liever dat een schizofreniepatiënt relatief goedkope pillen slikt dan de nieuwe medicijnen die voor een langere periode worden geïnjecteerd (depotmedicatie). Dat laatste bevordert de therapietrouw sterk wat leidt tot betere zorg in de GGZ. Maar van die gezondheidswinst worden zorgverzekeraars niets wijzer.

Zorgverzekeraars zitten niet met de handen over elkaar. Zij verkennen de mogelijkheden om patiënt en aandoening meer leidend te maken en behandelingen minder langs de lijnen van het zorgaanbod te organiseren. Zo wordt gekeken naar meer regionale regie over de specialisaties van ziekenhuizen, het ondersteunen van een forse verschuiving van zorg door ziekenhuizen naar de eerstelijns en inkoop op basis van modules rond bepaalde patiënten of per type aandoening.

Ook binnen de zorg zelf zijn er prachtige voorbeelden van ontschotting. Samenwerking en ketenzorg zijn daarbij vaak trefwoorden. Er bestaan negen proeftuinen onder de titel: 'Betere zorg met minder kosten', gericht op samenwerking tussen behandelaars, zorgverzekeraars en patiënten. Binnen de geboortezorg vindt her en der meer samenwerking plaats, bijvoorbeeld in geboortecentra. Het ParinksonNet is een landelijk bekend initiatief om de zorg rond patiënten met Parkinson optimaal te organiseren en daarvoor de muren tussen behandelaars weg te slaan. Ook chance@

home is een inspirerend voorbeeld, waarbij patiënten met hartpatiënten thuis worden begeleid en de cardioloog zelfs op afstand een ECG vanuit huis kan beoordelen.

De Zorgverzekeringswet biedt zorgverzekeraars tenminste in theorie veel ruimte om de ontschotting van de zorg de goede kant op te krijgen. Zij kunnen projecten ondersteunen, samenwerking stimuleren en door inkoop zelfs afdwingen. In de praktijk is dit minder eenvoudig. Innovatieve initiatieven hangen toch vaak sterk op charismatische enkelingen, zoals Bas Bloem van Parkinson-Net, die collega's en bestuurders weten te overtuigen dat het anders moet. Het vraagt altijd om een cultuurverandering waarin iedereen mee moet gaan. Kortetermijnbelangen en de huiver om oude zekerheden los te laten, liggen voortdurend op de loer. De hamvraag blijft hoe we enkele 'best practices' om kunnen zetten in een blijvende, zorgbrede verandering. Daarvoor is meer nodig dan een visionaire enkeling of een veelbelovende proeftuin.

2.4 Schotten tussen ziekenhuizen

Voorbeelden verschotting:

1. Financieel: ziekenhuizen en zorgverzekeraars maken vaak afspraken over het maximale volume aan zorg voor een bepaalde behandeling. Wanneer dat maximum wordt overschreden, is meestal afgesproken dat ziekenhuizen verplicht zijn om 'door te leveren'. In de praktijk komt het toch vaak voor dat patiënten een doorverwijzing krijgen naar een ander ziekenhuis. Omdat ziekenhuizen dan geld op de behandeling moeten toelagen. Dit is vanuit het patiëntenbelang niet gewenst en levert per saldo ook niets op; de kosten voor een behandeling worden alleen op een andere plek gemaakt. Met de ontschotting van ziekenhuisbudgetten is dit makkelijk op te lossen.

2. Praktijk: ziekenhuizen hebben vaak verschillende ICT-systemen voor het bijhouden van elektronische patiëntendossiers. De gemeenschappelijke behandeling van een patiënt door meerdere ziekenhuizen wordt natuurlijk sterk bemoeilijk wanneer medische data niet goed uitwisselbaar zijn. Het blijkt nu nog vaak voor te komen dat een patiënt zelf met een cd-rom zijn of haar gegevens bij een overdracht mee moet nemen naar het nieuwe ziekenhuis. Met alle risico's van dien.

Het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie heeft het anders aangepakt. Voor 13 vormen van kanker zijn zorgketens ingericht, met een medisch specialist als ketenregisseur die zorgt voor afstemming met alle partijen binnen de keten. Ook is er een satellietkliniek bij het Maasziekenhuis in Boxmeer ingericht, zodat patiënten in die regio ook lokaal geholpen kunnen worden. Dat we dit initiatief noemen, is al veelzeggend genoeg. Eigenlijk zou samenwerking tussen ziekenhuizen de gewoonste zaak van de wereld moeten zijn.

2.5 Schotten binnen ziekenhuizen

Voorbeelden verschotting:

1. Financieel: het ziekenhuis wordt betaald in verschillende segmenten; het gereguleerde A-segment, het vrije B-segment en nog enkele aparte regelingen. Sinds 2015 zijn de betalingen voor ziekenhuis en medisch specialist niet meer gescheiden. Doordat delen van de zorg worden bekostigd vanuit het B-segment, kunnen de prijzen tussen ziekenhuizen verschillen. Hierdoor is het verwarrend hoe het ziekenhuis precies wordt afgerekend

2. Regulering: in de publieke beleving is een ziekenhuis een geheel, met de Raad van Bestuur als eindverantwoordelijke. Ook zorgverzekeraars maken tegenwoordig afspraken met de ziekenhuisbestuurders en niet met afzonderlijke medisch specialisten. Toch zijn de Raad van Bestuur en het Medisch Specialistisch Bedrijf – het vehikel waarin alle medisch specialisten zijn georganiseerd (de vroegere maatschappen) – twee gescheiden entiteiten die nogal eens tegenover elkaar in plaats van naast elkaar staan. Het verdienmodel van medisch specialisten is bovendien nog steeds gericht op het doen van verrichtingen – zij rekenen elkaar onderling af op hun productie - terwijl het ziekenhuis als geheel misschien juist streeft naar meer tijd voor de patiënt die mogelijk niet direct declarabel is, omdat die niet gekoppeld is aan een bekostigingsparameter.

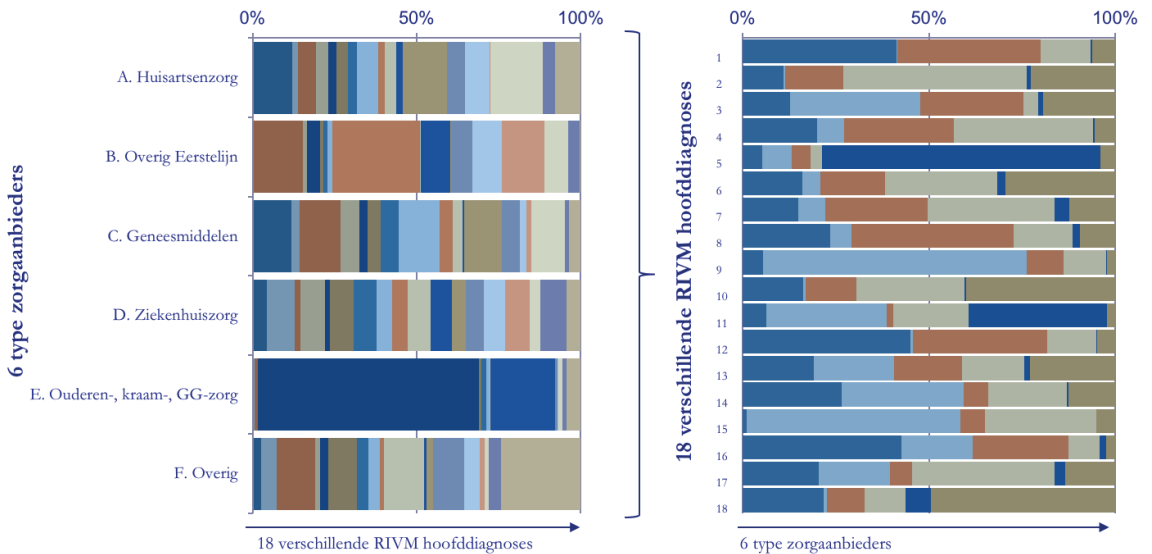
3. Praktijk: de cultuurverschillen tussen medisch specialisten onderling en met andere behandelaars zijn vanouds groot. Onder medisch specialisten zijn er dokters die hoger op de ‘apenrots’ zitten en met enig dedain kijken naar hun ‘lagere’ collega’s. Dat geldt nog meer voor hun visie op apothekers, paramedici en zelfs huisartsen. Dat werkt natuurlijk niet voor de bevordering van multidisciplinaire samenwerking. En dat terwijl daar vanuit patiëntenperspectief juist steeds meer behoefte aan bestaat. De belangrijkste ‘klanten’ van ziekenhuizen zijn oudere patiënten met vaak meerdere aandoeningen, soms ook op het snijvlak van somatische en psychische klachten. Het is van groot belang dat behandelaars samen optrekken bij het stellen van diagnoses, het verrichten van onderzoek en het voorschrijven van geneesmiddelen en andere behandelingen. De complexe ziektebeelden van een groot deel van de patiënten vallen niet samen met de strikt gescheiden loketten die binnen ziekenhuizen nog vaak bestaan.

“Kansen en bedreigingen gaan soms hand in hand.”

3

Kanteling naar zorg waarin de patiënt centraal staat

De bestaande schotten binnen de zorg belemmeren echte en structurele vernieuwing waarin de patiënt centraal staat en efficiëntie een uitgangspunt is. Het huidige zorgstelsel bevat talrijke (financiële) prikkels die verandering onaantrekkelijk maken en behoudzucht belonen. Vernieuwing is nu nog vaak te afhankelijk van ‘moedige medici’, die tegen de stroom in durven zwemmen. Collega’s en anderen in de zorg staan soms langs de kant bewonderend te applaudisseren, maar komen zelf niet in beweging. Blijvende verandering is alleen mogelijk door te werken aan een structurele andere inrichting van het zorg-huis en het verdwijnen van schotten die een betere, efficiëntere en duurzaam betaalbare zorg in de weg staan (Figuur 3).



Bron: SiRM analyse obv Kosten van Ziekten RIVM (2011)

figuur 3: kanteling naar inkoop en organisatie per type zorg, leidt tot overzichtelijkere inrichting

Alle mensen die wij spraken, benadrukken dat wet- en regelgeving en financiële belangen vaak niet meer dan een façade vormen voor de werkelijke reden waarom innovatie zo moeizaam van de grond komt. Het zijn vooral culturele verschillen die de doorslag geven. Dat begint al binnen een ziekenhuis. Hoe verder zorgpartners van elkaar afstaan, hoe groter het wantrouwen. Geld en regelgeving versterken de huidige status quo. We kunnen daarom ook kijken hoe geld en regels een andere cultuur kunnen afdwingen.

Wanneer we de zorg als een markt beschouwen, zien we de zorgverzekeraar die langs allerlei verschillende marktkramen loopt om bepaalde behandelingen in te kopen. Zorgverzekeraars zouden aanbieders ook kunnen dwingen om samen te werken en een totaalpakket aan te bieden, gericht op bepaalde patiëntengroepen met bepaalde aandoeningen. Zorgaanbieders worden daardoor zelf gestimuleerd om de zorg zo efficiënt en kosteneffectief in te richten. Wanneer meer zorg door de relatief goedkopere eerste lijn mogelijk is, kunnen aanbieders ook een betere prijs in de markt zetten. Ziekenhuizen of andere aanbieders die samenwerking uit de weg gaan en daardoor voor relatief hoge kosten hetzelfde integrale zorgpakket voor een bepaalde patiëntengroep aanbieden, zetten zichzelf buiten spel.

Ontschotting en kanteling is nu te veel afhankelijk van pioniers. De vrijblijvendheid moet er af.

3.1 De Kantelagenda

We hebben schotten op financieel, regeltechnisch en praktisch niveau geïdentificeerd. Al die elementen werken natuurlijk op elkaar in. Het omver duwen van afzonderlijke schotten leidt daarom niet per se tot een beter totaalbeeld. We kunnen en moeten op meerdere terreinen tegelijk aan de slag. Daarvoor hebben we een agenda opgesteld, met concrete actiepunten op korte, middellange of lange termijn om de kanteling in gang te zetten, werkelijk te realiseren en ook te borgen:

- Financieel:**
 1. Maak het verschuiven van budgetten makkelijker
 2. Zorg voor realistische inschattingen van benodigde middelen
- Regulering:**
 3. Neem overbodige regeldrempels weg
 4. Stimuleer integrale zorginkoop
- Praktisch:**
 5. Zet in op patiëntgericht ondernemerschap
 6. Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg
 7. Verbeter de transparantie van kwaliteit binnen de hele keten
 8. Bouw aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces

3.2 De Kantelagenda concreet

1. Maak het verschuiven van budgetten makkelijker

Alhoewel zorgverzekeraars nu al kunnen schuiven in budgetten en stevig sturen op kostenbesparing, zorgen regelingen zoals de macrobeheersingsinstrumenten dat de bewegingsruimte in de praktijk beperkt is.

Mogelijke actiepunten:

- Zorg voor meerjarencontracten die aanbieders tijdig in staat stellen om op omzetverlies te anticiperen;
- Beloon substitutie van duurdere zorg naar bijvoorbeeld eerstelijnszorg in de macro-beheersingsinstrumenten;
- Geef zorgverzekeraars meer macht om budgetten te verschuiven naar aanbieders die zorg beter en effectiever kunnen leveren.

2. Zorg voor realistische inschattingen van benodigde middelen

De beheersing van de zorgkosten staat soms op gespannen voet met de maatschappelijke wens om innovatie, bijvoorbeeld door de introductie van nieuwe geneesmiddelen, mogelijk te maken. Besparing kan nooit een doel in zichzelf zijn wanneer kansen op gezondheidswinst voor individuele patiënten door betere behandelingen gemist worden. Ook de NZa adviseerde recent om een betere inschatting te maken van de financiële gevolgen van de komst van innovatieve geneesmiddelen.

Mogelijke actiepunten:

- Voorspel de groei van zorgkosten niet op basis van aanbieders maar in relatie tot diagnoses en behandelingen;
- Differentieer bij nieuwe hoofdlijnenakkoorden tussen groei in de eerste en de tweede lijn (groei in eerste lijn maakt kostenbesparing in de tweede lijn mogelijk);
- Stel budgettaire kaders voor de zorg (BZK) vast op basis van clusters van diagnoses en behandeling en niet langs de lijn van de aanbieders.

3. Neem overbodige regeldrempels weg

Wantrouwen lijkt de belangrijkste drijfveer voor een groot deel van de bestaande regulering. Misbruik moet natuurlijk worden tegengegaan. Maar regels die een eigen leven gaan leiden, moeten verdwijnen. Het idee bijvoorbeeld dat 'online' contact tussen een dokter en een patiënt leidt tot mindere zorg, stamt echt uit een wereld die grotendeels niet meer bestaat.

Mogelijke actiepunten:

- Stel patiëntcontacten via een beeldverbinding gelijk aan fysiek contact;
- Maak het makkelijker om nieuwe zorgproducten te definiëren;
- Maak het mogelijk dat aanbieders ook op basis van al geregistreerde verrichtingen nieuwe zorgproducten definiëren.

4. Stimuleer integrale zorginkoop

Het afdwingen van een integraal zorgaanbod is een sterke prikkel voor innovatie. Ziekenhuizen en andere zorgaanbieders worden uitgedaagd om nieuwe zorgconcepten te ontwikkelen die tot meer efficiëntie en kwaliteit leiden. Natuurlijk moeten alle betrokkenen wel delen in de winst van dergelijke vernieuwingen.

Mogelijke actiepunten:

- Stel geld beschikbaar voor organisatie en infrastructuur van de eerste lijn om substitutie van de tweede naar de eerste lijn ook echt mogelijk te maken;
- Richt de zorginkoop in op basis van clusters van diagnoses en patiëntgroepen in plaats van zorgaanbieders. Spreek niet meer over medisch specialismen maar over diagnoses en behandelingen;
- Verlaat het begrip 'lijnen'.

5. Zet in op patiëntgericht ondernemerschap

Optimale gezondheidswinst voor de patiënt dient de gouden standaard te zijn in de zorg. Zorgaanbieders die daar het beste aanbod voor ontwikkelen, worden beloond. Organisaties die schotten in standhouden en een integrale of innovatieve aanpak frustreren, betalen daarvoor de rekening.

Mogelijke actiepunten:

- Koester je helden: zet innovatieve zorgaanbieders die 'out of the box' werken in de schijnwerpers en geef hen de ruimte om vernieuwing mogelijk te maken (bijvoorbeeld door prijzen of project-subsidies);
- Betaal voor het behaalde resultaat en niet voor verrichtingen;
- Dwing landelijke normen voor het uitwisselen van patiëntgegevens af.

6. Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg

Samenwerking tussen professionals zou het leidende cultuurkenmerk voor de zorgsector moeten zijn. Vanuit het gedeelde belang om de patiënt voorop te stellen. Het gebrek aan samenwerking

wordt door alle belanghebbenden nu als een belangrijk obstakel voor betere zorg gezien en dat is kortweg onacceptabel. De huidige verschotting onder zorgprofessionals begint nu vaak al in de opleiding. Het doorbreken van de hokjesgeest zou daarom al in de collegezaal topprioriteit moeten hebben. Voor het afstraffen van haantjesgedrag is iedereen verantwoordelijk.

Uit de zorgmonitor van TNS NIPO blijkt dat ‘het niet centraal staan van de patiënt’ en ‘slechte samenwerking tussen zorgprofessionals’ herkend wordt als probleem waar iets aan gedaan moet worden. Volgens patiënten moet de overheid (incl. NZa) zorgen dat de samenwerking tussen zorgverleners verbetert. Zorgprofessionals vinden dat ze zelf hiervoor verantwoordelijk zijn.¹

Mogelijke actiepunten:

- Maak samenwerking onderdeel van beoordelings- en functioneringsgesprekken.
- Investeer in competenties en een cultuur van samenwerken in opleiding en onderwijs en in introductieprogramma's voor nieuwe medici;
- Neem samenwerking expliciet op in richtlijnen en zorgstandaarden;

7. Verbeter de transparantie van kwaliteit binnen de hele keten

Meer samenwerking en integrale zorginkoop krijgt een extra stimulans wanneer ook patiënten een helder beeld hebben van de voordelen van ontschotte zorg. Zorgaanbieders spannen zich nu vooral in om de kwaliteit van hun eigen prestaties duidelijk te maken. Nu zijn indicatoren nog vaak gericht op een bepaalde aanbieder, en is er geen geïntegreerd beeld van zorg over de keten. Transparantie over de toegevoegde waarde van een patiëntgericht aanbod leidt ertoe dat ook patiënten in beweging komen.

Mogelijke actiepunten:

- Bundel bestaande indicatoren uit delen van de keten die met elkaar te maken hebben.
- Neem indicatoren die samen iets zeggen over integrale kwaliteit op de Transparantiekalender op.
- Ontwikkel werkelijk geïntegreerde indicatoren waarmee de kwaliteit voor een groep patiënten over de gehele keten wordt getoond.

8. Bouw aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces

Voor goede onderhandelingen is vertrouwen onmisbaar. Partijen moeten met elkaar het gesprek willen aangaan, streven naar verbinding en accepteren dat het daarvoor nodig is dat iedereen water bij de wijn doet. Dat begint allemaal met het kennen en begrijpen van elkaars positie.

¹Zorgmonitor 2015/2016: Staan er schotten in de weg van patiëntgerichtheid? TNS Nipo 2016

Mogelijke actiepunten:

- Maak (persoonlijk) kennis met elkaar en wordt bewust van elkaars belangen.
- Leer samen onderhandelen, bijvoorbeeld door een gemeenschappelijke cursus, kan de basis bieden om op een andere manier het gesprek aan te gaan. Zorg daarbij dat beide partijen over dezelfde informatie beschikken.
- Wijs 'accounts' voor een langere duur toe aan inkopers. Een duurzame relatie is onmisbaar voor het opbouwen van vertrouwen.

“Ontschotting en kanteling is nu te veel afhankelijk van pioniers. De vrijblijvendheid moet er af.”

4

Conclusie

Bij ongewijzigd beleid nemen volgens de Rijksbegroting en het CPB de kosten voor de zorg in het kader van de Zvw de komende vijf jaar toe met €10,5 miljard (gemiddeld +4,3% per jaar). Ontschotting van de zorg biedt de mogelijkheid om deze groei in te dammen. Wij gaan uit van een potentiële besparing van €1,5 miljard in 2020 door het verschuiven van tweedelijnszorg naar de eerste lijn en patiënten thuis (substitutie). De uitgaven aan zorg groeien dan de komende vijf jaar 0,6% per jaar minder. Die schatting is gebaseerd op de extrapolatie van zestig succesvolle projecten naar een landelijk niveau en prognoses op basis van diverse onderzoeken. Verbreding van ontschotting en substitutie naar andere zorgsectoren die nu vallen onder de Wmo en Wlz kan zelfs leiden tot meer besparingen.

Wij realiseren ons dat deze verandering niet van het ene op het andere moment is te realiseren. Zorgaanbieders in de tweede lijn moeten de tijd krijgen om op de nieuwe werkelijkheid te anticiperen. Vaak liggen er ook meerjarige contracten onder de bestaande afspraken die alleen geleidelijk kunnen worden afgebouwd. Ook in de eerste lijn zal niet altijd meteen de capaciteit voorhanden zijn om substitutie mogelijk te maken.

De belangrijkste succesfactor voor de kanteling van de zorg is niet zozeer of we het kunnen maar of we het echt willen. Het gaat erom of we daadwerkelijk geloven dat een benadering waarin het belang van de patiënt centraal staat, haalbaar is, kan leiden tot nieuwe afspraken en andere vormen van samenwerking. De bestaande schotten zijn niet voor niets gegroeid. Zij bieden zekerheid, vertrouwen en rust. Het ter discussie stellen of zelfs slechten van deze schotten vraagt een gedeelde consensus dat de zorg beter wordt door oude perspectieven los te laten en een nieuw paradigma van de zorg waarin de patiënt centraal staat mogelijk te maken.



SiRM

Strategies in Regulated Markets B.V.
Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Contactpersoon: Jan-Peter Heida
E-mail: jp.heida@sirm.nl
Telefoonnummer: 06 41 36 23 59