

Sustainable HealthCare Lab: Dialoog Bijeenkomst 12 januari 2015

FINANCIERINGSPIKKELS GERICHT OP MEER GEZONDHEID PER EURO

Aanleiding en beloop

Maandagavond 12 januari 2015 kwamen ca. 80 zorgbetrokkenen en -deskundigen bij elkaar in het VvAA-hoofdkantoor 't Hart in Utrecht om te spreken over betere financieringsprikkel, met name in de Medisch Specialistische Zorg, MSZ. De bijeenkomst was georganiseerd door het Sustainable Healthcare Lab, SHCL. De missie vermeldt: "Het Sustainable HealthCare Lab wil waarde, inhoud en effectiviteit toevoegen aan het lopende maatschappelijke debat over duurzame zorg, los van bestaande structuren en belangen. Er is verandering nodig om de zorg toekomst bestendig te maken. Verandering gestoeld op duurzame principes." Het SHCL heeft, op basis van kennis en ervaring van vele deskundigen, een manifest opgesteld waarin 12 coördinaten staan voor die duurzame zorg. Voor verdere informatie over SHCL en het hele manifest: www.sustainablehealthcarelab.nl.

Coördinator 7. gaat over financiering en luidt:

Financieringsprikkel gericht op meer gezondheid per €. De huidige prikkels in het systeem zijn gericht op productie, verrichtingen, veel doen, interventies i.p.v. praten. We moeten op zoek naar prikkels die gezondheid en participatie bevorderen, zinnige en zuinige zorg belonen, en doorbehandelen tegen beter weten in belemmeren.

Inleiders waren de heren Polder van RIVM en Tranzo, Adema, bestuurder/CFO Antonius ziekenhuis, en Lévi, voorzitter Raad van Bestuur AMC. Prof. dr. Johan Polder is econoom, en veelgevraagd deskundige op het gebied van zorgstelsels en financieringsprikkel. Zijn betoog is dat alle zorgstelsels complexe systemen zijn met veel dynamiek. Met dat in het achterhoofd moeten we nadenken over het meest wenselijke systeem met de verstandigste financiële prikkels. Wout Adema RA MBA is niet alleen een zeer ervaren ziekenhuisbestuurder, maar kent ook de wereld van de zorgverzekeraars als voormalig directeur zorginkoop Cure van Achmea. Vanuit beide perspectieven kijkt hij naar de (on)mogelijkheden om met de huidige DBC/DOT-financiering de goede kant op te sturen. Prof. dr. Marcel Levi laat vanuit zijn ervaring als internist én bestuurder regelmatig kritische geluiden horen in columns en presentaties over de onwenselijke effecten van de huidige financiering van Medisch Specialistische Zorg. Hij ziet alternatieve mogelijkheden.

De presentaties van deze 3 inleiders zijn te vinden via de website, onderdeel Bijeenkomsten.

Na de inleidingen stemden de aanwezigen over 7 Stellingen, die o.a. een weerslag waren van de verhalen van de inleiders, en gingen ze in groepen de dialoog aan over één daarvan. Plenair gaven de groepen vervolgens een korte terugkoppeling, met steeds een reflectie daarop vanuit de zaal en het panel met inleiders. Over sommige stellingen bestond grote overeenstemming, andere stellingen riepen zeer uiteenlopende reacties op. Zie verder hieronder.

De gesprekken verliepen zeer geanimeerd, en vele aanwezigen gaven aan dat de bijeenkomst hun nieuwe en verdiepende inzichten had opgeleverd. Bij de borrel achteraf werd nog lang en levendig nagepraat.

Stellingen en reacties

1. [Versimpeling van het bekostigingsmodel is noodzakelijk. \(Polder\)](#)

Over deze stelling was bijna iedereen het eens. Dit maakte dat er geen groep was die de stelling nader besprak. Sommige aanwezigen wezen er wel op dat een rechtvaardig bekostigingssysteem altijd complexiteit zal kennen. De presentatie van Polder confronteerde de aanwezigen met de zeer grote complexiteit van het Nederlandse DBC/DOT-systeem, waar internationaal bekeken een tiental andere westerse landen allemaal de DRG-systematiek gebruiken: simpeler, beter doordacht, beter doorontwikkeld. Adema wees op de onvoorspelbare, ingewikkelde en grillige regelgeving rond de financiering van MSZ: zorgverzekeraars werken ieder met verschillende vergoedingen voor bijv. dure geneesmiddelen, de NZa legt regels op met terugwerkende kracht, de declaratiesystematiek wisselt jaarlijks. Er was breed begrip voor zijn wens voor rust en continuïteit, in ieder geval op de korte termijn. Maar op de langere termijn moet het niet alleen constanter, maar ook simpeler. Anders is sturing nauwelijks mogelijk, en dus ook niet sturing gericht op duurzame zorg en gezondheid.

2. [Geef zorgaanbieders meer inzicht in de kosten en \(relatieve\) uitkomsten van hun zorgaanbod in relatie tot de regionale / totale zorgkosten van hun patiëntenpopulatie en betrek dat bij de inkoop / verkoop van de zorg. \(Adema\)](#)

Deze stelling kende eveneens groot draagvlak. De aanwezigen onderschreven dat benchmarken van uitkomsten en kosten van zorg, en goede resultaten belonen, enorm kan helpen bij het sturen van MSZ in de goede richting. Ook voor deze stelling kwam geen groep tot stand, gezien de grote overeenstemming.

3. [Bij 21-eeuwse geneeskunde hoort concentratie, spreiding en samenwerking van in ieder geval de Medisch Specialistische Zorg, MSZ. \(Levi\)](#)

Er zijn fascinerende ontwikkelingen in de (technische mogelijkheden van de) geneeskunde. Om deze mogelijkheden te kunnen adapteren, is een herordening van het MSZ zorglandschap noodzakelijk.

Voor deze stelling was geen enkele tegenstemmer te vinden: iedereen 'stemde groen'. Levi was dan ook zeer overtuigend in zijn verhaal: een medisch probleem vaker zien en / of doen maakt zorgaanbieders beter, en leidt qua uitkomsten tot betere kwaliteit van zorg. Ook doelmatigheid is gebaat bij meer concentratie van zorgfuncties: niet in elk ziekenhuis hoeft bijvoorbeeld een PET-scan te staan. Lastiger bleek de vraag welke partij deze herordening tot stand moet brengen: Levi maakte duidelijk dat de markt dat niet gaat doen. Want bij deze herordening spelen kwesties als prestige van dokters, lokale en regionale belangen, reputatie, en reële financiering van zorg. Over dat laatste: momenteel is sprake van overbetaling van relatief eenvoudige ingrepen, waardoor ook een academisch ziekenhuis die wel móet doen om verliesgevend dure cq academische zorg te kunnen financieren. Met al deze voorwaarden en risico's moeten we rekening houden bij een herordening van de MSZ. Maar het grootste probleem is samenwerken: dat is absoluut een voorwaarde voor een goede herordening, maar verstaat zich slecht tot marktwerken waarbinnen zorgaanbieders cq ziekenhuizen elkaars

concurrenten moeten zijn. Over de vraag wat deze herordening betekent voor professionals waren de meningen verdeeld. Enerzijds maakt specialiseren het vak interessanter, anderzijds is de vraag of dat integrale geneeskunde niet in de weg staat.

4. Om onze gezondheidszorg te hervormen moet de professional in the lead. (Levi)
Dat betekent eerherstel van de professional inclusief professionele dienstbaarheid.
(Polder)

Zoals verwacht, leverde deze stelling veel discussie op. Overall was de visie dat dokters en andere professionals een belangrijke rol kunnen spelen bij het tot stand brengen van duurzame MSZ. Maar dat vereist wel dat deze professionals naast hun patiënten gaan staan, met ze in gesprek gaan, ze serieus nemen: dienstbaar aan de patiënt. En dienstbaar aan een systeem voor duurzame zorg: op grond van wetenschap, kennis en ervaring meewerken aan goede (en betaalbare) zorg, los van de eigen belangen in termen van financiën en prestige. Professionals moeten zich goed realiseren dat ze vertrouwen moeten blijven verdienen. Als ze dat laten zien, zijn professionals in the lead een goede aanjager en waarborg voor duurzame zorg.

5. DBC/DOT als eenheid van (financiering van) MSZ is contraproductief.

- *Het stimuleert verrichtingen, en belemmert een benodigd goed gesprek.*
- *Het vertraagt implementatie van innovatie en substitutie.*
- *Het frustriert professionaliteit: kookboekgeneeskunde, met de DBC's als recepten.*

Deze stelling kende ongeveer evenveel voor- als tegenstemmers. Argumenten tegen DBC/DOT:

- Het stimuleert verrichtingen.
- Het is erg ingewikkeld.
- Het belemmert innovatie en substitutie.
- DBC/DOT belemmert inderdaad een 'goed gesprek'. (volgens aanwezigen wel oplosbaar)

Argumenten vóór DBC/DOT:

- Je zult altijd een systematiek met producttypering nodig hebben.
- Iedere keer systematiek veranderen is fnuikend voor ontwikkeling; houd het een tijd stabiel. "Een matig systeem voor een langere termijn is te prefereren boven een jaarlijks veranderend systeem".
- Binnen dit systeem (net als ieder systeem) is genoeg ruimte om doelen te realiseren / creatief te zijn, als je maar professionaliteit eert en waardeert.
- Er zijn in principe twee systematieken: lump sum en producttypering. Lump sum heeft veel meer nadelen, en dit is dus de te prefereren systematiek. Daarbij blijft de optie open of DRG's wellicht een betere producttypering zijn.

6. Eén zorgverzekeraar voor heel Nederland leidt tot betere en efficiëntere inkoop van MSZ.

Inkoop van MSZ door 6 (of meer) zorgverzekeraars met ieder eigen kwaliteitskaders, indicatoren, verantwoording en tarieven, geeft hoge transactiekosten. Mochten de zorgverzekeraars op enig moment dezelfde (kwaliteits)criteria gaan gebruiken, dan is de

vraag waarom ze nog apart zouden inkopen: alleen vanwege verschillende tarieven? Wat hebben we eigenlijk aan meerdere zorgverzekeraars?

Met deze stelling waren net wat meer mensen het niet dan wel eens. Belangrijke redenen om meerdere zorgverzekeraars te willen handhaven, bleken in de dialooggroep en later plenair: een zekere druk vanuit de verzekerden houdt de zorgverzekeraars scherp, en verzekerden ervaren minder afhankelijkheid van één partij, zoals vroeger bij het ziekenfonds. Anderzijds waren de aanwezigen het wel eens met de voordelen van regionale dominantie van één zorgverzekeraar: anders wordt sturing op duurzame, kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg uiterst lastig. Maar alleen al het gegeven dat verzekerden kunnen opstappen bij die dominante verzekeraar, geeft scherpte. In bijv. de Openbare Farmacie geven meerdere zorgverzekeraars wel veel bureaucratie en transactiekosten: voor elk middel een andere preferente leverancier per zorgverzekeraar: grote voorraden!

7. [De beste financiering van MSZ is op basis van regiobekostiging. We moeten dit in Nederland snel gaan ontwikkelen.](#)

Elementen van de bedoelde regiobekostiging zijn:

- *Meerjarige afspraken op “global budget” niveau*
 - *Shared savings*
 - *Parameters: 1. Historische cijfers en trends; 2. Kwaliteit (input, proces, output); 3. Cliëntwaardering; 4. Gezondheidstoestand populatie*
 - *Regioregie: dus sturen van patiënten is cruciaal*
- (op basis presentatie Polder)*

Vóór deze stelling stemde een overtuigende meerderheid. Als voordelen zag men minder bureaucratie, meer belang bij en daardoor aandacht voor preventie, en een stimulans tot ketenzorg en samenwerking door gedeelde belangen: met name shared savings. Het past bij de huidige, al bestaande patiëntenstromen cq adherentie richting ziekenhuizen. Het moet wel gaan over een breder domein dan MSZ.

Als risico's kwamen naar voren: wat blijft er over van marktwerking, is er nog wel een stimulans voor innovatie? En kijk uit voor niet wéér een hype: boekhoudkundig kon het wel eens nog ingewikkelder worden dan DOT's. Hoe verdeel je de Shared Savings?

De meeste aanwezigen vinden dat we deze kant op moeten. Het zal stapje voor stapje gaan, en jaren gaan kosten. Begin simpel, en breidt langzaam uit. Maar het biedt uiteindelijk uitzicht op duurzame zorg en meer gezondheid per euro.

Hoe verder

Het was een inspirerende en inzicht gevende dialoog bijeenkomst. De deelnemers kunnen de uitkomsten meenemen naar hun eigen organisatie en omgeving. De regiegroep van het SHCL zal de uitkomsten verder onder de aandacht brengen en verwerken in een volgende versie van het Manifest voor duurzame zorg.