

BRENGT MENSEN SAMEN IN PLAATS, TIJD EN OPINIE  COINCIDE BV

Zorg Innovatie Event 2010

Conclusies en aanbevelingen





Deelnemers

ir. H.J.B.M. (Hein) Abeln Partner **Twynstra Gudde**
drs. J.C.H.G (Anita) Arts Lid RvB **OLVG**
J.H. (Henk) Bakker MHA Bestuurder **Koninklijke Kentalis**
drs. S.P. (Sybren) Bangma Voorzitter RvB **Dimence**
drs. M.A.M. (Marleen) Barth Voorzitter **GGZ Nederland**
drs. C.C. (Cathy) Van Beek MCM Vice Voorzitter RvB **NZa**
P. (Pauline) Bieringa Directeur Public Finance **BNG**
J. (Jos) De Blok Directeur **Buurtzorg Nederland**
drs. E.T.A. (Eelco) De Boer Directeur **Larive Venturing BV**
dr. A. (Bert) Boer Lid RvB **College voor Zorgverzekering**
drs. M.H.P. (Anemone) Bögels MBA Directeur **NFK**
mr. A.W.J.M. Alex Van Bolderen Directeur **LAD**
drs. P.F. (Frank) Bongers Voorzitter **Bogin**
H. (Hans) Bossink CEO **Philips Healthcare Benelux**
M. (Marcel) Bouhof Director Healthcare **SAP NL**
mr. R.H.L.M. (Roger) Van Boxtel Voorzitter RvB **Menzis**
J. (Jelle) Brouwer Industry Principle Healthcare **SAP NL**
drs. M. (Marten) De Bruine Voorzitter RvB **Visio**
drs. J.K. (Jankees) Cappon MBA lid RvB **Alysis Zorggroep**
ir. H.M. (Maarten) Le Clercq Lid RvB **LUMC**
drs. B.R. (Bart) Combee Directeur **Consumentenbond**
drs. P.M.E. (Petra) Van Dam Lid RvB **Arkin**
drs. M. (Monique) Daniels Commercieel Directeur **GHZ**
prof. dr. (Ronnie) Van Diemen Vz RvB **GGZ Oostbrabant**
prof.dr.J.K. (Han) Van Dijk vm voorzitter Scriptieprijs **FWG**
dr. M.A. (Michel) Dutrée Directeur **Nefarma**
prof. dr. M. (Misa) Dzoljic Lid RvB en vice decaan **AMC**
dr. S.R.A (Steven) Van Eijck Voorzitter **LHV**
drs. A.Th. (Bram) Den Engelsen Partner **Twynstra Gudde**
dr. J.G. (Gert) Van Enk Voorzitter **LAD**
Denise Farro student **iBMG**
M.C. (Marc) Van Gelder Voorzitter RvB **Mediq N.V.**
R. (Rinske) Van de Goor Secretaris **De Vrije Huisarts**
drs. (Bert) Groot Roessink Lid RvB **Zorggroep Almere**
drs. T.M. (Dorrit) Gruijters Directeur **Coincide BV**
A.(Adriaan) De Haan scriptieprijswinnaar
drs. P. (Paul) Habets Vice Voorzitter **LHV**
drs. L.A.M. (Leon) Van Halder DG Curatieve Zorg **Min.VWS**
drs. W.G.J.M. (Willem) Van der Ham Voorzitter **Orde**
dr. (Ton) Hanselaar Directeur **KWF Kankerbestrijding**
dr. P.F. (Pieter) Hasekamp Alg. Directeur **ZN**
K. (Kars) Hazelaar Voorzitter RvB **Opella**
mr. drs. L. (Lodi) Hennink Algemeen Directeur **LHV**
dr. P.C. (Dik) Hermans Voorzitter RvB **CVZ**
L.E.F. (Laurien) Herweijer Ba projectmanager **Coincide BV**
E.J. (Eric) Hisgen Directeur **Thuiszorg Rotterdam**
drs. H.J. (Bert) Van der Hoek Voorzitter RvB **Lentis**
F. (Frank) Hoogendijk medewerker Curatieve Zorg **Min. VWS**
drs. G.H.J. (Chiel) Huffmeijer Voorzitter RvB **HagaZiekenhuis**
dr. R.H.J. (Rob) Van 't Hullenaar Voorzitter RvB **Maxima MC**
dr. L.H. (Harry) Van Hulsteijn Vice Voorzitter **Orde**
E. (Elke) Ter Huurne scriptieprijswinnaar

drs. J.W. (Jorrit) De Jong Alg. Directeur **Salland Verzekeringen**
prof. dr. J.L.L. (Jan) Kimpen Voorzitter RvB **UMC Utrecht**
drs. J.P.R.G. (Jan) Kleijne Voorzitter RvB **Meander MC**
M. (Marja) Kokke Sectormanager Gezondheidszorg **ING**
R. (Roelof) Konterman Voorzitter Directie **Achmea Zorg**
drs. B. (Betty) Kooijman voorzitter **PsyQ**
J. (Jelmer) Kranenburg scriptieprijswinnaar
G. (Gijs) De Kruijf Regiodirecteur Instellingen **ING**
drs. J.W. (Jan Willem) Kuenen Partner **BCG**
H. (Hans) Van Laarhoven Plv. Directeur **Hart & Vaat Groep**
H.W. (Harry) Lassche Director Strategy **Philips Healthcare**
W. (Wouter) Van Leeuwen Projectleider **BCG**
J.G.W. (Marianne) Lensink MScN Lid RvB **MST**
R. (Robin) Linschoten voorzitter **Platform Veroz**
H. (Harry) Luik MHA voorzitter **Kennemer Gasthuis**
drs. M.H. (Rien) Meijerink Voorzitter **RVZ**
S. (Serge) Metselaar student **iBMG**
drs. E.B. (Elmer) Mulder Voorzitter RvB **VUMC**
K. (Karel) Nugteren Algemeen Directeur **FWG**
drs. J.G.J.M. (Jeroen) Van den Over Voorzitter RvB **Vierstroom**
drs. A.M.A. (Ton) Van Overbeek MIM Voorzitter RvB **Careyn**
M. (Monique) Philippens Directeur Zorg Innovatie **KPN**
M.J. (Maarten) Ploeg MHCM Directeur **Diabetesvereniging**
drs. C.M.G. (Cees) Raaijmakers Voorzitter RvB **Heliomare**
mr. W.P. (Paul) Rijksen, Alg. Directeur **KNMG**
dr. A.H.G. (Alexander) Rinnooy Kan Voorzitter **SER**
B. (Brechtje) Riphagen scriptieprijswinnaar
M. (Maarten) Rook MBA Voorzitter RvB **Antonius Ziekenhuis**
mr. (Constant) Van Schelven Voorzitter RvB **De Stromen**
dr. (Hans) Van der Schoot Voorzitter RvB **St Lucas Andreas**
mr. G.H.A. (Gert) Siemons Voorzitter RvB **CBO**
J.A. (Jan) Smits PharmD Voorzitter **KNMP**
drs. E.H.M. (Erwin) Snijders Sr. Sectormanager **ING**
drs. D. (Dik) Van Starckenburg Voorzitter RvB **Gelderse Vallei**
prof. dr. J.A. (Jan) Swinkels Lid RvB **CBO**
P. (Pauline) Terwijn Lid RvB **Saxenburgh Groep**
I.C. (Ids) Thepass Voorzitter RvB **Laurens**
drs. A.E. (Arno) Timmermans Voorzitter **NHG**
H. (Hans) Tromp Partner **KPN**
S.J. (Sjoerd) Vegter MBA Voorzitter RvB **De Trappenberg**
ir. E. (Edwin) Velzel
D.J. (Dirk Jan) Verbeek MHA Voorzitter RvB **GHZ**
R.J.R (René) Verkuylen Bestuurder **Kwadraad**
ing. C.P.J. (Cees) Verouden MHA Voorzitter RvB **ZuidZorg**
drs. H. (Henk) Van Vliet Raadsadviseur **NZa**
W.T. (Wouter) Vonk BSc project manager **Coincide BV**
F. (Femke) Van der Voort beleidsmedewerker **NZa**
L. (Laurens) Waling scriptieprijswinnaar
P.F.M (Peter) Weda Voorzitter RvB **TriviumMeulenbeltZorg**
drs. A. (Astrid) Westerbeek Innovaties in de Zorg **FWG**
drs. W.G. (Gijs) Van Wijgerden Directeur Instellingen **ING**
ir. G.J. (Gerrit Jan) Van Zoelen Voorzitter RvB **Vlietland Zkh**



Voorwoord



Tijdens het Zorg Innovatie Event op 31 mei 2010 en gedurende de Zorg Innovatie Reis naar Barcelona in februari 2010 is volop gediscussieerd over hoe de zorgsector zelf denkt € 12 miljard te kunnen bezuinigen.

Tijdens de Zorg Innovatie Reis is deze uitdaging onder de loep genomen tijdens speciale sessies en de bedrijfsbezoeken. Er werden sterke uitspraken gedaan waaruit een aantal duidelijke opinies naar voren zijn gekomen langs de lijnen kwaliteit en doelmatigheid, collectief versus individueel en vermindering bureaucratie. Resultaten zijn opgeschreven in de Publicatie Sandidad Moderna, welke is te downloaden van www.coincide.nl.

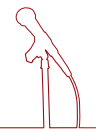
Op het Zorg Innovatie Event is verder gesproken over dit thema waarbij vijf hoofdthema's aan de orde zijn gesteld. Aan de tafels kwamen eenzelfde ideeën naar voren. Aanbevelingen die de informateur en de nieuwe coalitie ter harte kunnen nemen om in de komende regeringsperiode voldoende te bezuinigen en toch ook kwalitatieve en doelmatige zorg te kunnen blijven leveren.

In deze publicatie vindt u een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen en verslagen van de discussies die aan tafel gevoerd zijn over de thema's:

- Door met marketingwerking
- Herstructurering van het aanbod
- Patiënt als coproductent
- Op weg naar moderne solidariteit
- De zorgsector als economische kans

Hartelijk dank aan de delegatie- en discussieleiders Roger van Boxtel en Leon van Halder. Dank aan alle deelnemers voor hun bijdrage, aan de tafelvoorzitters om de discussies te leiden en de tafelsecretarissen voor het notuleren en samenvatten van de discussies.

DRS. T.M. (DORRIT) GRUIJTERS | *Directeur Coincide BV*



Samenvatting

DORRIT T.M. GRUIJTERS

Door met marktwerking

We moeten in Nederland door met marktwerking in de zorgsector. Het moet alleen andere accenten krijgen en, niet onbelangrijk, ook anders genoemd worden. Het accent in de zorgsector moet gaan liggen op vraagsturing. Want alleen met vraagsturing bestaat er een reëel vooruitzicht op het behalen van doelmatigheids- en kwaliteitswinsten. En dat waren nu ook juist de effecten, die met de introductie van de marktwerking enige jaren geleden beoogd werden.

Wanneer vraagsturing het centrale aandachtspunt wordt in de gezondheidszorg dan moeten alle partijen te weten patiënten, overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, een gelijk inzicht hebben in de geleverde en de te leveren kwaliteit. Deze transparantie is essentieel. Kortom, met kracht moet worden door gegaan met de ontwikkeling en invoering van kwaliteitsindicatoren. En dat betekent ook de vervanging van de huidige kwaliteitsinstituten door één nieuw centraal kwaliteitsinstituut.

Als randvoorwaarden voor goede vraagsturing wordt aangegeven om de DOT door te voeren. Zorginstellingen worden door de DOT gestimuleerd om de zorg optimaal te organiseren rond de patiënt. Gedeeltelijk kan de AWBZ naar ZVW waardoor verzekeraars een beter vraagsturende rol kunnen vervullen. En indien financieel mogelijk, zouden patiënten via een integraal budget zelf sturing moeten kunnen geven aan hun zorgvraag.

Kortom: vraagsturing, transparantie van kwaliteit, duidelijk kwaliteitsnormen opgesteld door één instituut.

Herstructurering van het aanbod

De patiënt wil de beste zorg, op een plaats zo dicht mogelijk bij zijn huis, geleverd door de meest geschikte aanbieder. Dit betekent dat, indien mogelijk, meer zorg geleverd moet worden door de eerste of anderhalve lijn. Maar zorg die meer specialisatie of meer ervaring vereist, moet geleverd worden in gespecialiseerde ziekenhuizen. Een goede relatie





tussen huisarts en specialist waarbij de lijnen kort zijn, kunnen onnodige verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn voorkomen worden. De zorg wordt hiermee niet alleen kostenefficiënter, maar bovenal kwalitatief beter.

Het gemiddeld volume van de Nederlandse ziekenhuizen is laag en dit komt de kwaliteit van de behandeling niet ten goede. Betere kwaliteit kan bereikt worden door minder en grotere ziekenhuizen en meer specialisatie van ziekenhuizen. Het zal leiden tot een gemiddeld grotere afstand tussen ziekenhuis en woning, maar dat is de prijs die betaald moet worden voor een hogere kwaliteit van de behandeling. Gezien de toegenomen mobiliteit van de gemiddelde Nederlander is dat ook aanvaardbaar. Ook andersom kan de mobiliteit omhoog, de specialist kan patiënten ook in de eerste lijnscentra zien.

Om te waarborgen dat bij centralisatie van de zorg alle typen zorg binnen handbereik blijven, is de gedachte om de zorg regionaal te organiseren. Om solistische doelstellingen te voorkomen en welwillendheid te creëren in de markt zouden de eerste stappen gericht moeten zijn op herstructurering van het aanbod in de regio en nog niet op vermindering van het aantal instellingen.

Meer 1e lijn, specialisatie in de 2e lijn, mobielere patiënt en specialist, regionale samenwerking met meer betere samenwerking tussen 1e en 2e lijn

Patiënt als coproducent

De rol van de patiënt in het behandelproces kan veel groter. De grote variatie in patiënten vraagt wel flexibiliteit van de professional. Niet alleen zijn kennis maar ook zijn communicatievaardigheden zijn essentieel voor patiënt en professional om elkaar over en weer te verstaan.

Meer ruimte moet worden gegeven aan patiëntengroepen (social communities, categorale patiëntengroepen of patiëntenverenigingen) om een aanjagende rol te vervullen. Vanuit hun gezamenlijke standpunt kunnen zij in de voorlichting over de kwaliteit van individuele behandelaars en van ziekenhuizen een belangrijke rol spelen. Deze patiëntengroepen kunnen patiënten ook bijstaan bij mogelijke keuzes in het behandelproces.

Ook de individuele patiënt moet een actiever rol nemen en doen wat hij/zij kan. Dit zal niet zozeer liggen in de medische aspecten maar meer aan de proceskant. Hierbij is een Elektronisch Patiënten Dossier, eigendom van de patiënt, en technische standaardisatie essentieel. Dan is meer zelfzorg, tele-zorg en doelmatige zorg veel makkelijker te bewerkstelligen.

Op weg naar moderne solidariteit

Er moet onderscheid gemaakt worden tussen inkomens- en risicosolidariteit. Inkomenssolidariteit is vrij algemeen aanvaard. Het draagvlak voor risicosolidariteit neemt af. Velen vragen zich af waarom behandeling van longkanker als gevolg van roken voor een groot gedeelte op kosten van de gemeenschap moet gebeuren. Dezelfde vraag kan gesteld worden met betrekking tot de behandeling van ziekteverschijnselen als gevolg van obesitas. Zo zijn er meer voorbeelden want bijna 50% van de zorgkosten komen voort uit ongezondgedrag.

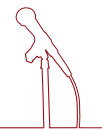
Er is met betrekking tot risicosolidariteit een systeem aanpassing én een cultuuromslag nodig. Voorlichting vanuit de spreekkamer helpt, maar is niet voldoende. Financiële prikkels zijn ook nodig. Er moet een indringend beroep gedaan worden op het verantwoordelijkheidsgevoel van burgers om hun gedrag aan te passen en zo de risico's voor ziektes te verminderen. Kijk naar hoe de commerciële sector haar klanten weet te beïnvloeden. Dat moet ook in de zorg toepasbaar zijn. Met social media kunnen we online de consumenten zelf betrekken en bewust maken van pakket, gebruik en kosten.

De zorgsector als economische kans

‘Met goede zorg kun je besparen, maar verdienen is iets anders.’

De zorgsector levert een economische waarde die de maatschappij en niet de sector zelf ten goede komt. De verhoging van de AOW leeftijd is een vorm van kapitaliseren van de baten van de zorg. Minder ziekteverzuim en verbeterde re-integratie verhogen de arbeidsproductiviteit. Preventie en vitaliteitsbevordering verminderen het beroep dat op de gezondheidszorg wordt gedaan. Programma's ten behoeven van vroegsignalering kan helpen voorkomen dat mensen en/of werknemers ziek worden. De opbrengsten van de zorg zijn aanzienlijk maar getalsmatig moeilijk inzichtelijk te maken.

Er zijn ook terreinen binnen de zorgsector waar wel direct geld te verdienen valt. Private investeerders doen zaken binnen de sector, het gaat ze goed. Er is dus geen reden waarom dat niet uitgebreid kan worden. Nederland zou meer kennis en producten moeten exporteren. We zijn koploper in e-health en telemedicine oplossingen en ook het Nederlandse stelsel als best practice biedt mogelijkheden als export product of al kennis centrum.



1

Van marktwerking naar vraagsturing

VRAAGSTELLING

GEEF PARTIJEN IN DE ZORG TIJD EN RUIMTE OM SAMEN TE LATEN ZIEN DAT HET SYSTEEM VAN GEREGULEERDE MARKTWERKING WERKT. MET KWALITEIT ALS DRAGER RUIJEN ZIJ DE BUREAUCRATIE OP EN MAKEN ZIJ DE ZORG BETER.

Tafel 1

Doorgaan met marktwerking roept de vraag op waaruit bestaat die marktwerking? Marktwerking is ontstaan door de omwenteling van aanbodgerichte zorg naar vraaggestuurde zorg, in samenhang met kwaliteitsverbetering. De marktwerking heeft daarbij een aantal positieve punten opgeleverd. De patiënt ervaart meer service, de kwaliteit van zorg heeft weer prioriteit gekregen, en de zorginstellingen gaan steeds doelmatiger werken. Nadeel is dat het aantal zorginstellingen en zorgverzekeraars is toegenomen en dat er een overdaad is aan zorginstellingen in sommige sectoren bijvoorbeeld de mamapoli's.



In welke mate is er eigenlijk sprake van marktwerking in de gezondheidszorg? Marktwerking in zijn algemeenheid roept een ander beeld op dan waarvan sprake is in de gezondheidszorg. De patiënt heeft uiteindelijk niet echt de vrije keuze omdat de zorgverzekeraars niet participeren in de marktwerking. Daarom moet het begrip marktwerking

overboord worden gezet en vraagsturing of kwaliteitswerking binnenboord worden gehaald. Dit geeft meer duidelijkheid aan alle partijen. Hierbij dient meer aandacht besteed te worden aan de zogenaamde trade offs. Oftewel maak als zorginstelling keuzes over welke zorg de instelling wel aanbiedt en welke zorg niet. De instelling moet zich richten op zijn sterktes en de zwaktes wegsnijden. Dit levert niet alleen kwaliteitsverbetering op, maar ook doelmatigheid. Het is van belang dat het begrip kwaliteit duidelijk gedefinieerd wordt en dat bestaande kwaliteitsinstellingen opgeheven worden bij de invoering van één nieuw centraal kwaliteitsinstituut.

Van belang is ook dat de ingezette koers op liberalisering verder doorgevoerd wordt. Leg zorginstellingen geen blauwdrukken op, laat zorginstellingen ondernemers zijn. Hierdoor kunnen ook echte innovaties doorgevoerd worden wat kwaliteitsverbetering en doelmatigheid tot gevolg zal hebben. Om als zorginstelling echt liberaal te kunnen werken is het kiezen van één punt op de horizon cruciaal. Zorginstellingen moeten dat punt kiezen zodat iedereen binnen de zorginstelling weet waar hij of zij mee bezig is en wat het doel ervan is. Ook dit prikkelt weer de doelmatigheid.

Tenslotte is minder bureaucratie ook zeer wenselijk. Bureaucratie levert veelal frustratie op en werkt de doelmatigheid tegen.

De volgende adviezen moeten aan de formateur gegeven worden:

- Vermindering van bureaucratie. Hef het CIZ op.
- Voer de DOT door.
- Hef overige kwaliteitsinstellingen op als het nieuwe centrale kwaliteitsinstituut opgericht is.
- Leg zorginstellingen geen blauwdrukken op.
- Zorginstellingen moeten één punt op de horizon kiezen en dit communiceren naar het ministerie.
- Op de vraag wie voor het 12 miljard moet bloeden heeft tafel A het volgende, vervelende, antwoord:
De zorg moet groeien, de patiënt helaas bloeden, de zorgverzekeraar moet de bloeding stelpen en het ministerie moet de verbanden aan leggen.



Tafel 2

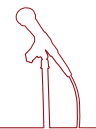
In de politieke discussies over de toekomst van de sturing en inrichting van de zorg wordt vaak de term marktwerking gebruikt. De term marktwerking is echter een te beladen term geworden, die afleidt van de inhoudelijke vraagstukken, die in de zorg moeten worden opgelost. In de zorg is geen sprake van ongebreidelde marktwerking. De premies zijn gereguleerd en deels inkomensafhankelijk. Verzekeraars hebben een acceptatieplicht.

Wel is de weg ingeslagen van vraagsturing. Dit concept beoogt zorginstellingen te stimuleren om op een doelmatige manier zo goed mogelijke zorg te leveren door niet de overheid, maar door patiënten en onderling concurrerende verzekeraars een dominante sturende rol te geven. De vraag die beantwoordt moet worden is of we moeten doorgaan op deze ingeslagen weg?

Het antwoord daarop is ja. Alleen op die manier bestaat een reëel vooruitzicht op het behalen van de doelmatigheid- en kwaliteitswinsten, die met het oog op de vergrijzing en het aankomende personeelstekort in de zorg nodig zijn. Het beleid moet daarom de komende jaren zo worden ingevuld dat alle randvoorwaarden worden vervuld om patiënten (of hun zaakwaarnemers) en verzekeraars hun sturende rol ook echt goed op te kunnen laten pakken.

- 1** Optimale toerusting van patiënten (of hun zaakwaarnemers) en verzekeraars betekent dat zij goed inzicht krijgen in de kwaliteit die geleverd wordt. Daarvoor is het nodig dat verder wordt gegaan met de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren. De overheid neemt haar verantwoordelijkheid voor een goede kwaliteitsborging o.a. door eisen te stellen aan de minimale schaal die een specialisme in een ziekenhuis moet hebben om bepaalde behandelingen te mogen uitvoeren.
- 2** Zorgaanbieders moeten zo veel mogelijk worden bekostigd op basis van het integrale zorgpakket dat zij aan een patiënt leveren in het kader van een bepaalde behandeling (DOT in de curatieve zorg) en niet bijvoorbeeld per ligdag of per ziekenhuisopname. Dit stimuleert hen de zorg optimaal rondom de patiënt te organiseren en het vergroot de sturingsmogelijkheden van verzekeraars.
- 3** In de care moeten de zorgkantoren worden afgeschaft. Delen van de AWBZ met duidelijke raakvlakken met de op basis van de ZVW verzekerde zorg kunnen naar de ZVW worden overgeheveld.
- 4** Verder zouden patiënten waar mogelijk een eigen (integraal) budget moeten krijgen waarmee zij zelf sturing kunnen geven aan de inrichting van hun zorg. De patiënten moeten zelf een prijs/kwaliteitsafweging kunnen maken.





Niet alle zorg leent zich voor vraagsturing. Sommige vormen van zorg hebben een vaste bekostigingsstroom nodig om voldoende tijdig beschikbaar te kunnen zijn. Denk hierbij aan de beschikbaarheid van spoedeisende hulp in perifere gebieden. Een dergelijke vaste vergoeding voor spoedeisende hulp in perifere gebieden moet wel vormvrij zijn. Het moet niet uitmaken of de benodigde hulp tijdig via mobiele voorzieningen of op een vaste locatie wordt geboden.

Opgepast moet worden voor een teveel aan bureaucratie. Manieren om de bureaucratie te beperken zijn het uniformeren van de in de sector gebruikte kwaliteitsindicatoren, het zorgen voor een vereenvoudigd systeem van prestatiebeschrijvingen en het afschaffen van tariefregulering waar dat verantwoord kan.

2 Herstructurering van aanbod

VRAAGSTELLING

DE UITGAVEN AAN DE ZORG ZULLEN AANZIENLIJK AFNEMEN ALS MEER ZIEKENHUIZEN ZICH GAAN SPECIALISEREN EN ER MINDER ZIEKENHUIZEN KOMEN. HUISARTSEN KUNNEN JUIST MEER ZORG NAAR ZICH TOETREKKEN. HET IS TIJD VOOR TOEKOMSTGERICHTE KEUZES OVER DE STRUCTUUR EN INRICHTING VAN DE ZORG, GEBASEERD OP REGIONALE BEHOEFTES.

Tafel 3

In het licht van de heroverwegingen hebben de bezuinigingsvoorstellen ook de zorg bereikt. In het Nederlandse zorgstelsel staan de belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid niet alleen centraal maar ook op gespannen voet. Een beweging van het ene belang kan een tegenovergestelde beweging van het andere belang betekenen. Hoe bereiken we nu een goed en efficiënt evenwicht van deze belangen met de nodige bezuinigingen in ons achterhoofd?

Het doel

Herstructurering van het aanbod is geen doel maar een middel om tot een doel te komen. Het doel is om binnen de grenzen van de betaalbaarheid de kwaliteit te laten stijgen. Indien dit lukt, zal naar verwachting ook de betaalbaarheid toenemen. Immers, een betere kwaliteit leidt tot minder complicaties en hersteloperaties en doordat kwaliteit meer volume aantrekt ook tot efficiëntere processen.

Wat betekent dat?

Bij de introductie van gereguleerde marktwerking hoort vraagsturing. De patiënt staat centraal. Deze patiënt wil dat de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek en door de juiste aanbieder geleverd wordt. Dat betekent dat zorg welke dichtbij huis ontvangen kan worden, ook dichtbij huis geleverd moet worden. Oftewel, de zorg zoveel als mogelijk in de eerste lijn of anderhalve lijn organiseren.

De electieve zorg die specialisatie en ervaring vereist van artsen en ondersteuners moet op een meer geconcentreerde manier georganiseerd worden. Juist op die manier kan de beste kwaliteit gewaarborgd worden. Dit betekent dus minder ziekenhuizen per ziektebeeld, derhalve specialisatie in ziekenhuizen, en goede samenwerking tussen en binnen de lijnen. Zowel patiënten als zorgaanbieders zullen geprikkeld moeten worden om samen te werken en de zorg daar te halen of aan te bieden waar de efficiëntie het hoogst is.

De weg er naar toe

Opnieuw een verandering in ons zorgstelsel is hiervoor niet nodig en leidt af van de echte doelstelling om de zorg te verbeteren. Wel moeten de prikkels op de juiste manier gelegd worden. Op dit moment is alleen kosteninformatie beschikbaar. De kern is kwaliteitsinformatie, die ontbreekt echter nog steeds.

Kwaliteitsinformatie staat of valt dus bij transparantie. Inzichtelijkheid in kwaliteit is van groot belang om de prikkels zo te leggen dat een hogere doelmatigheid in de zorg wordt bereikt. Bij transparante uitkomsten zijn controleerbare afspraken te maken. Een sterkere eerste lijn zorgt voor een verkleining van de tweede lijn waar mogelijk vanuit kwaliteitsoogpunt. Daarnaast zal kwaliteitstransparantie de prikkels creëren voor de tweede lijn om zorg te concentreren daar waar dat kwaliteitsvoordelen oplevert.



Hoe komen we tot deze transparantie? Hier is een belangrijke rol weggelegd voor het nieuwe kabinet. In de eerste zes maanden van de kabinetsperiode dient de basis gelegd te worden om naar een efficiënt en doelmatig zorgmodel te werken. Taak voor het kabinet is om overheid, consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders dezelfde (goede) richting in te krijgen. In een zogenaamd zorgakkoord wordt kwaliteit als doel benoemd, met daarbij ook de weg er naar toe. Wie gaat dit bepalen, wat en hoe moet er gemeten worden en hoe is deze informatie vervolgens transparant te maken?

Conclusie

Transparantie van kwaliteit leidt tot doelmatigheid. Doelmatigheid betekent een goede kwaliteit voor een betaalbare prijs. Dit zal dus leiden tot de noodzakelijke veranderingen in het aanbod van de zorg.

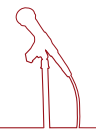
Tafel 4

Inleiding

Uitgangspunt van de tafeldiscussie is het bezuinigen in de totale zorgsector, waarbij een bedrag van € 12 miljard als vertrekpunt is genomen. De uitgaven aan de zorg in Nederland kunnen aanzienlijk afnemen als het aanbod van ziekenhuizen op regionaal niveau beter op elkaar wordt afgestemd. Eerste en tweede lijn dienen tevens nauwer samen te werken, waardoor meer zorg door de relatief goedkopere eerste lijn verleend kan worden. Het is tijd voor toekomstgerichte keuzes voor de structuur en inrichting van de zorg, gebaseerd op regionale behoeftes.

Probleemanalyse

In het rapport 'Kiezen voor kwaliteit' concludeert de Boston Consulting Group (BCG) dat het gemiddeld volume van Nederlandse ziekenhuizen laag is, terwijl alle ziekenhuizen (bijna) alle soorten zorg bieden. De vraag is of het huidige model houdbaar is, of dat de zorgsector zich op moet maken voor een herstructurering van het aanbod. Het dient duidelijk te zijn dat deze discussie zich beperkt tot de electieve (planbare) zorg vanwege het locatiegebonden karakter van acute en chronische zorg. Tevens wordt enkel naar perifere



en topreferente ziekenhuizen gekeken, universitair medisch centra worden in deze discussie buiten beschouwing gelaten vanwege hun maatschappelijke functie in onderwijs en onderzoek. De discussie dient te draaien om de vraag hoe de zorgsector zo doelmatig mogelijk kan bijdragen aan de kwaliteit van leven. Zijn andere ordeningsprincipes daarbij denkbaar?

Naast dit onderwerp wordt ook de relatie tussen huisarts en specialist beschouwd. Vaak staan deze lijnrecht tegenover elkaar en wordt er niet voldoende samengewerkt tussen beide partijen. De mening is dat bij een goede relatie tussen huisarts en specialist waarbij de lijnen kort zijn onnodige verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn voorkomen kunnen worden, doordat een huisarts direct met een specialist kan overleggen. De zorg wordt hiermee niet alleen kostenefficiënter, maar bovenal kwalitatief beter.

Tegelijk met de steeds groter wordende druk op transparantie, kwaliteit en kostenefficiëntie zijn een aantal trends zichtbaar. Nederland wordt bijvoorbeeld steeds mobieler, wat zijn weerslag heeft op een kleinere noodzaak tot geografische overwegingen voor de zorgorganisatie. Naast dat een patiënt eenvoudiger grotere afstanden kan overbruggen, zou ook een arts meer dynamisch kunnen optreden. Het aantal

plaatsen waar een daadwerkelijke ingreep wordt gedaan kan daarmee verkleind worden. Een effect waarvoor gewaakt zal moeten worden is dat bij een verwijzing de diagnose niet opnieuw gesteld wordt. Hiervoor is een hoge mate van onderling vertrouwen en transparantie in het zorgproces noodzakelijk.

Herstructurering van aanbod

In lijn met het rapport van BCG is de gedachte dat ziekenhuizen in onderlinge afstemming keuzes dienen te maken voor het type zorg waarop ze kunnen excelleren en extra volume kunnen aantrekken. Om te waarborgen dat alle typen zorg binnen handbereik blijven, is de gedachte om de zorg regionaal te organiseren. Deze aanpak is (qua organisatie, niet qua financiering) enigszins vergelijkbaar met het Catalaanse model zoals ervaren tijdens de Zorg Innovatie Reis naar Barcelona. De aanwezige partijen zijn het eens met deze insteek, wel wordt regionale vormgeving als een complex proces ervaren. Bij het creëren van samenwerking (zowel tussen ziekenhuizen onderling als tussen eerste en tweede lijn) dienen solistische prikkels onderdrukt te worden, waarbij de vraag is wat de juiste prikkel is om de gewenste infrastructuur voor elkaar te krijgen. Om welwil-





lendheid te bereiken bij alle partijen, zullen bestaande instellingen vertrouwen moeten hebben en zekerheid in de vorm van continuïteit. Dit betekent dat de focus bij een herstructurering in het begin niet zal moeten liggen op een vermindering van het aantal ziekenhuizen, maar allereerst bij het differentiëren van het zorgaanbod. De vraag blijft echter op welke plekken er uiteindelijk gesneden zal moeten worden in het aanbod. Wie neemt de herstructureringsbeslissingen?

Bij het creëren van vertrouwen en zekerheid zullen, om te kunnen voorzien in een regionale basisvoorziening, zorgaanbieders en zorgverzekeraars beter op elkaar af moeten stemmen (waarbij een verzekeraar bijvoorbeeld met ‘preferred providers’ werkt). Ook toezicht dient vereenvoudigd te worden, waarbij het gevoel van wantrouwen wordt vervangen door het geven van vertrouwen volgens het principe high trust, high penalty. Een neveneffect van een meer gecentraliseerd zorgaanbod zou kunnen zijn dat ziekenhuizen op bepaalde zorgtypen een monopoliepositie kunnen ontwikkelen, en dat patiënten de keus kwijtraken. De beoogde gunstige effecten van marktwerking waar concurrentie op prijs en kwaliteit plaats vindt, neemt daarmee af. Tussen de regio’s zal daarentegen ook een benchmark kunnen ontstaan. Met een aangepast financieringssysteem (waar een vergoeding naar gelang de bewezen geleverde kwaliteit wordt uitgekeerd) zal beter op prestatie gestuurd kunnen worden. Goede kwaliteitseisen, indicatoren en het creëren van transparantie zijn hierbij noodzakelijk.

In lijn met recente ideeën op het gebied van ketenzorg en anderhalve lijnszorg, dient een nauwere samenwerking tussen specialisten en huisartsen in een dergelijke regionale samenwerking bevorderd te worden. Zorgverleners (zowel medisch specialisten als huisartsen), zouden in loondienst kunnen treden van een regionale maatschap of coöperatie waarbij wordt betaald naar prestatie. Een dergelijke regionale coöperatie, waarin de belangen van alle typen zorgverleners gelijk dienen te zijn, kan met het creëren van transparantie een oplossing bieden tegen het effect van monopolisme. Het is echter nog onbekend hoe een coöperatie zich gedraagt in de markt. Privébelangen dienen daartoe weggenomen te worden. Samenhang en samenwerking ten behoeve van een optimale dienstverlening (afgestemde zorg) aan de cliënt staan centraal. Waar tot nu toe veel inzet gericht is geweest op de tweede lijn, dient beleid nu afgestemd te worden op een uitbreiding van het netwerk van zorgverleners, dat gericht is op het zo lang mogelijk dicht bij huis verlenen van zorg.

De vraag is gesteld of deze aanpak afwijkt van marktwerking. Ervaren wordt dat dit begrip last heeft van een dubbele moraal. De waardecultuur van de authentieke zorgverlening

die beoogt de beste zorg te bieden, botst met de marktcultuur waar kostenefficiëntie en winstgevendheid centraal staan. De vraag of een regionale herinrichting van de zorg aan het principe van marktwerking toorn is gesteld maar eigenlijk irrelevant. Marktwerking is geen doel op zich, maar een middel om tot betere prestaties te komen! Dat laatste moet het uitgangspunt zijn in iedere overweging, zo ook in deze.

Tafel 5

De thema’s die hierbij over tafel kwamen betroffen:

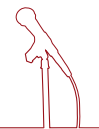
- Portfolio management. Zorgaanbieders moeten keuzes maken welke zorgdiensten men wil aanbieden.
- Ga hiervoor samenwerking aan met andere zorgaanbieders, zowel in de eerste als tweede lijn. Stem af wie wat doet.
- Kwaliteit is leidend en gaat voor marktwerking. Kwaliteit stuurt vanzelf de marktwerking. Maak deze zichtbaar en meetbaar.
- De focus verschuiven van volume naar marge en kosten bewust handelen. Doe vooral die zaken die een gezonde financiële marge hebben.
- Ontkoppelen van de diagnose van de behandeling. Dit geeft meer flexibiliteit in het aanbod.

De vraag hoe dit te operationaliseren of populair vertaald ‘Wie moet er bloeden?’ Verandering gebeurt alleen over de as van innovatie of noodzaak. Beiden kunnen gecreëerd worden mits er een heldere rolverdeling ontstaat tussen alle spelers.

- Overheid scheidt de kaders. Deze zijn consistent en duurzaam. Deze kaders bevorderen innovatie en noodzaak om het aanbod van zorg te herstructureren.
- Verzekeraars treden op als inkopers van zorgproducten voor hun klanten
- Zorgaanbieders bieden zorgproducten aan.
- Raden van Bestuur van Zorgaanbieders initiëren veranderingen en zijn eindverantwoordelijk.
- Zorgprofessionals zijn uitsluitend verantwoordelijk voor de inhoud van de zorgproducten.

Conclusie

Wet en regelgeving dient meer consistente kaders (spelregels) en heldere definities van rollen te krijgen. Hierdoor wordt de herstructurering mogelijk. Degenen die gaan bloeden zullen hun wonden moeten likken en beter hun best moeten doen.



3 Patiënt als coproductent

VRAAGSTELLING

PATIËNTEN WORDEN IN DE TOEKOMST STEEDS MEER ZELF VERANTWOORDELIJK VOOR HUN GEZONDHEID. ZIJ WERKEN ZELF ACTIEF AAN HUN GEZONDHEID EN ALS ZIJ ZIEK ZIJN, MAKEN ZIJ ZELF VERANTWOORDE KEUZES UIT HET ZORGAANBOD OP BASIS VAN KWALITEIT. MET ONDERSTEUNING VAN E-HEALTH MANAGEN PATIËNTEN HUN ZIEKTE. DE ZORG DRAAIT OM VAN CURATIEF NAAR PREVENTIEF, VAN TWEEDE NAAR NULDE LIJN.

Tafel 6

Coproductie moet van twee kanten komen. Hoe ver de regierol van de patiënt kan gaan is erg afhankelijk van de mogelijkheden van de professional. Niet alleen de patiënt moet zijn rol als coproductent leren, ook de professional moet hierin meegenomen worden. Patiënten moeten serieus genomen worden en communicatie speelt daarbij een belangrijke rol. Het is van belang om de patiënt vanaf het begin te betrekken bij het proces, omdat dit het beste resultaat tot gevolg heeft. De deskundigheid van de professional hangt dus niet alleen samen met zijn kennis, maar ook met zijn mogelijkheden om goed met de patiënt te communiceren. Het gaat niet om aanbod, maar om professionaliteit. Grenzen worden verlegd op het moment dat de professional en patiënt elkaar verstaan.

Er zijn erg veel soorten patiënten, zoals ouderen, mensen in acute situaties, mensen met chronische ziekten, mensen die niets willen en mensen die alles willen. Je kunt wellicht spreken van 16 miljoen patiënten, waarbij differentiatie tussen deze doelgroepen erg belangrijk is. De rol van de patiënt als coproductent verschilt per doelgroep en ook geen regie kan een keuze zijn. Flexibiliteit van de professional is hierbij dus gewenst. Ook worden patiëntenverenigingen aangemoedigd om een dominant aanjagende rol aan te nemen, omdat dit helpt professionals over de streep te trekken. Tot slot is het belangrijk om in technologie te investeren, omdat dit in de toekomst een steeds belangrijker rol zal gaan innemen.

Conclusie

Wanneer patiënt en professional elkaar over en weer verstaan is er veel in doelmatigheid en efficiëntie te winnen.

Tafel 7

De diversiteit van de mensen aan tafel wordt weerspiegeld in de verscheidenheid aan associaties, die naar boven komen bij het onderwerp: de patiënt als coproductent.

Een punt dat al snel ter sprake komt, is de rol van digitalisering en het ontstaan van social communities. Deze clustering van patiënten maakt informatie uitwisseling gemakkelijker; denk hierbij aan ervaringen met een bepaalde specialist of bepaalde behandeling. Dit geeft de patiënt een actievere en sterkere rol binnen zijn eigen zorgproces, waarbij de 'wisdom of the crowd' geldt als informatiebron.

Het volgende discussiepunt is wat de rol van de patiënt moet zijn. Gaat de patiënt de behandeling mede bepalen? Om de patiënt een actievere rol te geven in zijn eigen zorgproces, moet het uitgangspunt zijn de patiënt te laten doen wat hij/zij zelf kan. In het huidige stelsel wordt de patiënt vleugellam gemaakt en wordt alles voor hem besloten. Maar waar ligt de toegevoegde waarde van de patiënt? De mening van de tafel is dat de regie en zorginhoudelijke besluiten bij de specialist moet liggen, maar dat het hele zorgproces veel meer patiëntgericht moet worden. Informatie uitwisseling is hierbij erg belangrijk, met name als er meerdere zorgaanbieders in het proces betrokken zijn.

Dit brengt ons tot het volgende punt, namelijk overconsumptie in de zorg. Onderzoeken worden vaak dubbel uitgevoerd door verschillende specialisten, of een specialist voert meer onderzoeken uit dan strikt noodzakelijk, teneinde een maximale risico reductie te bereiken. Daar waar boetedoening vroeger diende om in de hemel te komen, lijkt deze overdiagnostiek tegenwoordig het devies om nog even uit de hemel te blijven'.

Financiële prikkels om dit tegen te gaan, lijken te ontbreken. Financiering wordt gestuurd op face-to-face contact of handeling, niet op output. Ook het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is essentieel om hier actiever op te sturen.



Dit betekent dat het EPD van de patiënt zelf is en hij dit bij elk consult of handeling meebrengt. Helaas lopen zorginstellingen al jaren tegen dezelfde, schijnbaar onoplosbare problemen aan, van gebrek aan standaardisatie en een grote verscheidenheid aan koppelingen tussen de systemen. Dit geldt ook voor tele-zorg toepassingen, die een grote stap voorwaarts zouden kunnen betekenen in het faciliteren van de patiënt, maar waarbij het daadwerkelijke resultaat nog vaak achterblijft bij de verwachtingen. Actiever sturen en het creëren van financiële prikkels zijn noodzakelijk om deze toepassingen succesvol te implementeren.

Een centrale vraag blijft wat vindt een patiënt belangrijk? Momenteel lijkt de keuze van de patiënt nog voornamelijk af te hangen van criteria als service en toegankelijkheid. Bij zwaardere en chronische aandoeningen, lijkt het dat patiënten actiever zoeken en bezig zijn met het uitwisselen van ervaringen. Categorale patiëntenorganisaties kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

4 Op weg naar moderne solidariteit

VRAAGSTELLING

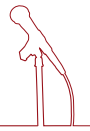
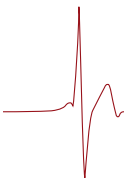
HET AANTAL JONGEREN NEEMT AF TERWIJL HET AANTAL OUDEREN TOENEEMT, DE VERHOUDING RAAKT UIT BALANS. NU PREMIES OPLOPEN, GAAN MENSEN KRITISCH NADENKEN OVER EEN ZINVOLLE BESTEDING ERVAN. WAAROM ZOU JE MEEBETALEN AAN HET ONGEZONDE GEDRAG VAN EEN ANDER, OF AAN ZORG DIE JE TOCH ZELF NIET GEBRUIKT? ER IS BEHOEFTE AAN MODERNE VORMEN VAN SOLIDARITEIT.

Tafel 8

Er is rondom tafel elf met veel enthousiasme gesproken over de verschillende vormen van solidariteit. De samenleving zet bijvoorbeeld vragen bij:

- Een blindengeleidehond biedt zijn blinde baas zelfstandigheid. De hond is onmisbaar voor veel blinde en zeer slechtziende mensen. Maar waarom worden voeding en dierenartsbezoeken vergoed?
- In verpleeghuizen zien we vaak een scootmobiel per persoon staan. Dit tast mijn rechtvaardigheidsgevoel aan.
- Moet je als werkgever roken verbieden?
- Hoe kunnen we ontsnappen aan de situatie, dat miljoenen mensen slaapmiddelen, pijnstillers, cholesterolremmers, maagzuurremmers en dergelijke gebruiken?
- Uitkeringstrekkers zitten thuis en worden uitgesloten van de samenleving.
- Hoeveel willen we investeren voor levensverlenging (uitstel van sterfte en vroeggeboorte)?





Er moet onderscheid gemaakt worden tussen inkomensolidariteit en risicosolidariteit. Inkomensolidariteit – waarbij rijk iets meer voor arm betaald – lijkt geaccepteerd te worden door de samenleving, terwijl er aanwijzingen zijn dat risicosolidariteit een groot probleem gaat worden. De bereidheid om te betalen voor een slechte leefstijl van anderen neemt af. Het besef dat je over je eigen gezondheid gaat wordt steeds groter. Het wordt steeds zichtbaarder dat een groot gedeelte van de zorgkosten (tot maar liefst 50%) ontstaat vanuit ongezond gedrag. Aan de grenzeloze solidariteit van de oorlogsgeneratie komt een einde. Het draagvlak voor het huidige systeem lijkt af te brokkelen. Er is behoefte aan een nieuw systeem, met incentives en sancties (maar prikkels werken beter) om gezond gedrag te stimuleren.

Maar er is meer voor nodig dan enkel systeemaanpassingen; er is een culturomslag noodzakelijk. Hierover bestaan verschillende standpunten: streng (wettelijk) ingrijpen of juist zacht optreden. In ieder geval deelt de groep de mening dat op korte termijn gedrag lastig te veranderen is. Financiële prikkels zijn belangrijker dan voorlichting. Geld heeft er voornamelijk voor gezorgd dat men bijvoorbeeld is gestopt met roken.

De vraag is wat kan de sector zelf? Mensen zijn moeilijk beïnvloedbare wezens met geloof en irrationaliteit. Jongeren zijn niet meer bereid om te betalen voor de ander. Dit heeft te maken met vertrouwen in het systeem. De deelnemers aan het gesprek zoeken naar mogelijkheden om het verantwoordelijkheidsgevoel te beïnvloeden. Hoe doen we dat? Als we kijken naar de manier waarop Albert Heijn zijn reclame uittest en het gedrag van mensen weet te beïnvloeden, waarom kan de zorgsector dat niet? Michelle Obama heeft het voor elkaar gekregen dat de Amerikaanse industrie minder foute voedingsmiddelen in eten stopt. Dit heeft een veel groter effect dan medicijnen. Wat gaan we in Nederland doen?

Er ligt een belangrijke uitdaging voor de Nederlandse beroepsgroep. Niet alleen in de techniek en financiële interventies zitten oplossingen. Er schuilen veel mogelijkheden in eerlijk voorlichten vanuit de spreekkamer. Wat zijn de kosten en gevolgen van medicijnen? Als we de kosten en effecten duidelijk inzichtelijk maken, beïnvloed je keuzes. Hiervoor moeten we inspelen op de (ethische) verantwoordelijkheid van de professional. Hoe wenden we het in de praktijk aan?



Op dit moment zijn de incentives en opleiding voor behandelaren hier niet op ingericht. Toch moeten we als samenleving wel dit beroep op behandelaren doen. De deelnemers vinden dat je van doktoren met een goed salaris in de praktijk een groter beroep mag doen dan op de gemiddelde burger.

Er schuilen veel mogelijkheden in het via Internet benaderen van grote groepen. Met sociale media kun je online pakketdiscussies voeren met grote delen van de bevolking. Belangrijk hierbij is dat men gaat beseffen dat het pakket zelf niet onzinnig is, maar dat de toepassing ervan vaak onzinnig is. Het gaat om gedrag. Hoe geef je dokters incentives om hun behandelwijze te beïnvloeden? Het is belangrijk om het pakket doelmatig in te zetten, maar zonder doel wordt het resultaat heel matig.

Kortom, een lastig thema. De veelverdieners in de zorg zitten vast op hun stoel. Veranderen is pijnlijk, maar noodzakelijk. Ook als het gaat om solidariteit. Hier moeten alle maatschappelijke actoren hun rol in pakken. Verzekeraars moeten bij de inkoop rekening houden met deze solidariteitsprincipes.



Zij kunnen selectief inkopen, maar zijn hiervoor wel afhankelijk van kwaliteitsorganisaties. We zullen de discussie ook integraal met andere domeinen moeten voeren. We moeten ons niet beperken tot de zorg, maar sectoren als AWBZ, werk & inkomen, pensioenen en welzijn op een slimme manier meenemen. Ook niet publieke oplossingen, zoals een aanvullende levensverzekering die uitkeert bij gezond gedrag, zou kunnen bijdragen. Ten slotte wordt nog opgemerkt dat er nog te weinig gedegen onderzoek t.a.v. dit soort vraagstukken is, omdat niemand hier direct belang bij heeft.

Tafel 9

Focus lag vooral op intergenerationele solidariteit. Er was volop discussie over de vraag in welke mate deze solidariteit een probleem gaat vormen voor de gezondheidszorg. Geen twijfel bestond over de vraag of het een probleem is.

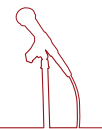
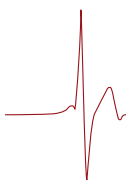
Het begrip solidariteit is niet direct eenduidig. Het kan vanuit diverse contexten worden beschreven (bijvoorbeeld een filosofische, een sociaal-economische of een financieel-economische context.) Aan de tafel werd het begrip vooral geduid als hulp bij kwetsbaarheid.

Deze hulp kent begrenzings; uiteindelijk komt echter altijd de betaalbaarheid aan de orde (sociaal-economisch draagvlak voor de hulp). Waar die grens precies ligt is een politiek vraagstuk. Dat deze grens al aan de orde is dan wel in zicht komt, is een kwestie van politiek perspectief.

Indien de grenzen van de solidariteit zijn bereikt in termen van betaalbaarheid worden de condities voor de solidariteit nader bepaald; bijvoorbeeld door beperking van het verzekerd pakket, verhoging van de eigen bijdragen, het eigen risico of de premies etc.

Deze condities kunnen echter niet eerder worden gewijzigd dan na een uiterste inzet op vermindering van kosten door bureaucratie, effectieve en efficiënte dienstverlening door zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn dus nu aan zet. Eerst als die mogelijkheden zijn benut is er begrip voor verschuiving van de last naar de patiënten en verzekerden.

Het gevaar bij het niet goed regelen van de solidariteit is dat het systeem onder druk komt (slechte service en kwaliteit). Er ontstaat dan een tweede systeem in de zorg. De 'rijken' zullen immers uiteindelijk altijd goed voor zichzelf blijven zorgen.



5 De zorgsector als economische kans

VRAAGSTELLING

DE ZORG WORDT VAAK NEERGEZET ALS KOSTENPOST MAAR IS EEN ECONOMISCHE FACTOR VAN BETEKENIS. NEDERLAND KAN KOPLOPER WORDEN OP HET GEBIED VAN E-HEALTH EN TELEMEDICINE. ONZE ZORG KAN BETER TOEGANKELIJK WORDEN VOOR HET BUITENLAND. ZO IS ZORG NIET ALLEEN KOSTENPOST MAAR OOK INKOMSTENBRON

Tafel 10

Dit advies is gebaseerd op de visies van verschillende disciplines binnen de gezondheidszorg. Tijdens het Zorginnovatie Event werd over verschillende thema's gedebatteerd, waaronder het thema 'de zorgsector als economische kans.' De zorg wordt vaak uitsluitend neergezet als kostenpost, maar is een economische factor van betekenis. In de perceptie waarmee we naar zorg kijken dienen de baten van zorg veel meer centraal te worden gesteld. Waar we voor betalen is de kwaliteit van zorg. We kunnen daarbij een voorbeeld nemen aan het onderwijs. Het onderwijs is er goed in geslaagd om politiek en beleidsmakers te overtuigen van de meerwaarde van investeringen in het onderwijs. Het zichtbaar maken van resultaten speelt daarbij een belangrijke rol. Al meer dan 20 jaar definieert het onderwijs effectiviteitswinst in de vorm van Evidence Based onderwijsmethoden. In de zorg is dat nog relatief ongebruikelijk.

De stijgende levensverwachting moet niet als een last gezien worden, maar als een economische waarde. De verhoging van de AOW-leeftijd is een vorm van het kapitaliseren van de baten van de zorg, omdat mensen langer kunnen werken, langer belasting zullen betalen en ook langer productief zullen zijn.

Verbetering van de efficiëntie/effectiviteit in de zorg moet uitgedragen worden. Organisatie van de zorg moet multidisciplinair georganiseerd worden, met minimale inzet van (dure) middelen, minimale interventies, heldere diagnosestelling en een zo groot mogelijke effectiviteit. Een voorbeeld hiervan is het verbeteren van de zorglogistiek. Daarbij moeten we niet focussen op een specifiek aspect, maar op multidisciplinaire en innovatieve samenwerking. Efficiëntie en effectiviteit moeten aangetoond kunnen worden door middel van (statistische) data.

De andere kant hiervan is dat de patiënt de knop van zorgconsumptie in de hand heeft. Onder andere door preventie, zelfmanagement, vitaliteitsbevordering via de werkgever en een betere samenwerking met de behandelaar c.q. een

interactieve totstandkoming van het behandelplan. Grote besparingsmogelijkheden liggen ook bij attitude. Wanneer beschouwt iemand zichzelf ziek en waarom?.

Medisch toerisme is niet wenselijk in Nederland, omdat dat de zorgproductie verder zal verhogen terwijl in de nabije toekomst juist een tekort aan zorgpersoneel wordt verwacht. Zorg als exportproduct is gelijk aan patiënt als importproduct.

Exporteren van kennis en producten is wel een economische kans voor Nederland. Nederland heeft nu al een bloeiende export op het terrein van medische apparaten, maar zou nog verder kunnen groeien in terreinen als innovatieve behandelmethoden en farmacie. Daartoe zou een betere aansluiting tussen de patent en octrooi-industrie in de private sector en in de publieke sector gerealiseerd moeten worden. Daarbij kan de centrale regie in de handen van investeerders worden gelaten, indien tegelijkertijd bewerkstelligd wordt dat in een korte periode een deel van de publieke sector een redelijk maatschappelijk rendement zal behalen.

We moeten exporteren waar we goed in zijn, bijvoorbeeld e-mental health, health buddy systemen in de thuiszorg en in kennis van voeding zoals die vergaard wordt aan de Universiteit van Wageningen.

Nederland moet zich profileren als vestigingsplaats/kennis- en ontwikkelcentrum. Als het Nederlandse stelsel als Best Practice in het buitenland wordt gezien, kunnen we ons profileren als aantrekkelijke vestigingsplaats en centrum voor kennis- en ontwikkeling.

Arbeidsgerelateerde zorg moet beter gekoppeld worden aan reguliere zorg en aan sociale zekerheid. Er liggen kansen in het verder terugdringen van ziekteverzuim, het verbeteren van re-integratie en het verhogen van arbeidsproductiviteit.

Vitaliteit- en gezondheidsbevordering zijn belangrijke economische groeisectoren. De reguliere gezondheidszorg kan daaraan bijdragen door kennis en expertise in te brengen



voor commerciële activiteiten. E-mental Health kan bijvoorbeeld in de GGZ gebruikt worden in combinatie met gerichte programma's bij een sportclub. Zulke constructies kunnen effectieve bijdragen leveren aan de cure/care en aan de preventie voor de patiënt op korte en lange termijn.

Conclusie

- *Baten zorg communiceren*
- *Levensverwachting à ook vertalen (AOW leeftijd verhoging)*
- *Verbetering efficiëntie/effectiviteit uitdragen: transparantie (arbeidsproductie verhoging)*
- *Medisch toerisme: nee*
- *Wel: exporteren van kennis, producten (e-health), logistiek*
- *NL als vestigingsplaats/kennis- en ontwikkelcentrum (best practices)*
- *Arbeidsgerelateerde zorg à beter koppelen reguliere zorg aan sociale zekerheid.*
- *Koppeling aan vitaliteit(industrie) fitness*

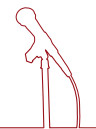
Tafel 11

Diagnostiek

Ondanks het thema zoals genoemd in de titel, wil men nog wel van de gelegenheid gebruik maken om de frustratie te ventileren over de voorgenomen bezuinigingen in de zorg. Met name het feit dat de Nederlandse gezondheidszorg al zeer efficiënt is ten opzichte van omliggende landen (in % BBP) moet meer aandacht krijgen. Het centrale probleem in de zorg is dat de arbeidsproductiviteit in de zorg achterblijft t.o.v. andere sectoren (Baumol-effect). Tijdens een recessie komt deze sector daardoor vanzelfsprekend in problemen. Men is wel van mening dat als er dan toch bezuinigd moet worden op de zorg, de sector dit dan zelf moet doen. Zij moeten er straks mee werken en in leven.

Tegengestelde prikkels

Wat het lastig maakt in de gezondheidszorg om economische kansen te identificeren is de tegengestelde prikkel, die in de basis aanwezig is. Gezondheidszorg zorgt er voor dat je ouder wordt, maar dat levert geen economische winst op. Wat iets oplevert is langer werken, of misschien eerder doodgaan. Puur vanuit economisch oogpunt bekeken zouden mensen zelf keuzes moeten maken over hun leven na de behandeling. Dit levert vanzelfsprekend een discussie op, omdat er vele andere waarden zijn die een rol spelen.



Een andere tegengestelde prikkel komt voort uit het eigen belang van zorgaanbieders dat haaks kan staan op het collectieve belang. We sturen bijvoorbeeld veel patiënten naar de tweede lijn wat resulteert in enorme kosten. We zouden patiënten ook in de eerste lijn kunnen clusteren, en dan de specialist laten komen. Het ziekenhuis heeft hier echter geen baat bij vanwege inkomensderving, dus een dergelijke samenwerking komt niet van de grond.

Economische kansen

De eerste gedachte hierbij is het toelaten van private investeerders. Er wordt inmiddels al geld door investeerders verdiend in de zorg, dus dit kan geen argument meer zijn om private investeerders buiten de deur te houden. Er liggen nog voldoende kansen op de huidige markt. Deze economische kansen kun je abstract definiëren als geldstromen van partijen die direct of indirect baat hebben bij gezondheid van mensen. Hieronder zijn 3 categorieën weergegeven.

De zorg zelf

Je kunt hierbij bijvoorbeeld denk aan rijke zorg, of elitezorg. Daarvoor moet wel eerst goed de markt verkend worden. Wie wil wat betalen voor welk soort zorg? Deze kans resulteert echter ook in een discussie over voorrangzorg. Een andere mogelijke economische kans is het exporteren van zorg naar Nederlanders in het buitenland (bijvoorbeeld via E-health). Second opinions zijn eventueel ook uit te besteden of juist te importeren als de ICT voldoende goed loopt. Echter, praten over dit soort kansen is eigenlijk alleen relevant als je het hebt over hele exclusieve zorg. Om echt economisch voordeel op te leveren zou het juist gericht moeten zijn op de bulk, oftewel de 'Hema-zorg'. Aanbieders kennen echter vaak hun eigen producten niet. Ze kunnen de kostprijs-kwaliteitverhouding van hun producten niet goed inzichtelijk maken voor zorgverzekeraars. Dit is wel een voorwaarde voordat gesproken kan worden over verkopen en exporteren van zorgproducten.

Gezondheidsproducten

Nederland zou koploper kunnen worden op het gebied van E-health of telemedicine. Een goed voorbeeld zijn de applicaties voor diabetes, deze worden standaard al in 20 talen opgeleverd. Maar ook als kenniseconomie zou Nederland meer economische kansen moeten kunnen halen uit de technologische vooruitgang.

Vitaliteitsthema's

Je zou ook de aandacht kunnen verplaatsen van ziekte & zorg naar gezondheid & gedrag. Op deze manier ontstaan er een heleboel vitaliteitsthema's als economische kans. Veel zorgafnemers/patiënten zijn niet in staat regie te voeren over hun leven. Juist zij kunnen veel baat hebben bij het verwerven van inzicht in de invloed van hun gedrag op de

eigen gezondheid en daardoor meer de baas worden over hun leven.

Een ander voorbeeld is het belang van werkgevers bij vroegsignalering. Daar is waarde te creëren, laat de werkgever betalen voor het voorkomen dat werknemers ziek worden. Door bijvoorbeeld snelle revalidatie van de werknemer verdient de investering zich terug. Een ander idee is dat de werkgever met zijn werknemer afspreekt: 'als jij gezond blijft, dan is dat voor ons beide goed'. Verzin 10 indicatoren, en sta de werkgever toe er consequenties aan te verbinden.

Randvoorwaarden

Het spel moet beter gespeeld worden. Zorgverleners hebben nooit geleerd opbrengsten voor het voetlicht te brengen. Daardoor is een imago ontstaan dat de zorg alleen een kostenpost is. Dit heeft ook een negatieve invloed op de arbeidsmarkt m.b.t. nieuwe werknemers in de zorg. De grote vraag blijft natuurlijk wel hoe maken we inzichtelijk wat de zorg heeft opgeleverd? Daarnaast moet een stelselwijziging ervoor zorgen dat de schotten in de zorg verdwijnen, zowel bij de inhoud als bij de prijs. Momenteel wedden we teveel op 2 paarden tegelijk te weten marktwerking en regulering. Dat is ondernemen met je handen op je rug gebonden. Ontschotting zorgt er ook voor dat op terreinen dezelfde governance gehanteerd kan worden, en een aantal perverse prikkels in het systeem verdwijnt.

Conclusie

De conclusie is dat met zorg niet echt geld te verdienen is, wel aan gerelateerde zaken. Of zoals het door een van de gasten werd uitgedrukt: 'Met goede zorg kun je besparen, maar verdienen is iets anders.'

Colofon

UITGEVER:

© Coincide BV, juli 2010
Argonautenstraat 29
1076 KK Amsterdam
www.coincide.nl

SCHRIJVERS

Met grote dank aan de volgende deelnemers die de discussies hebben genotuleerd en samengevat.

Jelle Brouwer | SAP
Denise Farro | student iBMG
Dorrit Gruijters | Coincide BV
Adriaan de Haan | scriptieprijs FWG
Elke ter Huurne | scriptieprijs FWG
Frank Hoogendijk | Ministerie van VWS
Jelmer Kranenburg | scriptieprijs FWG
Serge Metselaar | student iBMG
Erwin Snijders | ING
Femke van der Voort | Nza
Laurens Waling | scriptieprijs FWG

EINDREDACTIE:

Dorrit Gruijters | Directeur Coincide

VORMGEVING & OPMAAK:

Petra Knip | Cairn
www.cairn-ontwerp.nl

Hoewel de tekst en conclusies met uiterste zorg is samengesteld door de schrijvers, tafelvoorzitters en eindredacteur, kan Coincide voor de aanwezigheid van fouten en onvolledigheden geen aansprakelijkheid aanvaarden. Tevens kan geen van de schrijvers, deelnemers en auteurs aansprakelijk worden gesteld voor hun bijdrage.

Overnemen met bronvermelding is toegestaan.

De zorg innovatie reis en het zorg innovatie event werden mede mogelijk gemaakt door:
Coincide, ING, Philips, SAP, The Boston Consulting Group, Twynstra Gudde Adviseurs & Partners, KPN en FWG, Scriptieprijs Innovaties in de Zorg

ING 

PHILIPS

SAP 

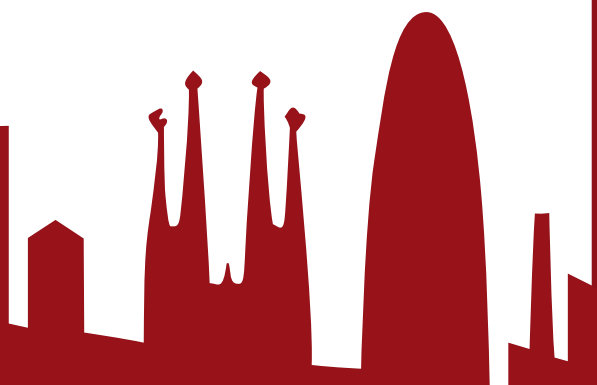
BCG
THE BOSTON CONSULTING GROUP

Twynstra Gudde 
ADVISEURS EN MANAGERS

 kpn

FWG 

 COINCIDE BV





Coincide BV

Argonautenstraat 29
1076 KK Amsterdam

T. +31-20-6768217

F. +31-84-2212829

Bestellingen:

www.coincide.nl

dorrit.gruijters@coincide.nl