

Veranderen met draagvlak

Achtergrondstudies



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



Veranderen met draagvlak

**Een veranderstrategie op basis van een draagvlak-
verkenning voor**

**“Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid:
de nieuwe ordening”**

ir. Edwin Velzel van Velzel en Partners

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor
de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Tekst: ir. Edwin Velzel van Velzel en Partners
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Uitgave: 2010
ISBN: 978-90-5732-226-6

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 10/12.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Opdracht en achtergrond	5
1.2	De aard van dit rapport	5
1.3	Gevoerde gesprekken	6
1.4	Structuur	7
2	Samenvatting	9
3	Bevindingen uit de draagvlakverkenning	11
3.1	Reacties op de discussienota “Zorg voor je gezondheid!”	11
3.2	Overige bevindingen	19
3.2.1	Besef van de macro-economische situatie	19
3.2.2	Het wederzijds vertrouwen tussen de overheid en de zorgsector	19
4	Gevolgen van de bevindingen voor de veranderaanpak	23
4.1	Vertrouwensherstel	23
4.1.1	Creëer een nieuw elan: Ga voor de beste gezondheidszorg ter wereld	23
4.1.2	Ban de vrijblijvendheid uit	24
4.1.3	Wees als overheid voorspelbaar en betrokken	26
4.2	Een praktische en lerende veranderaanpak	26
4.3	De overgang naar prestatiegericht belonen	26
4.4	Reparaties aan het huidige stelsel	28
4.4.1	Verhoog de kwaliteitstransparantie door behandelingsvolumes openbaar te maken	29
4.4.2	Demp de volumeprikkels	29
4.4.3	Verminder belemmerende financieringsschotten	30
4.5	Een groeiemodel naar integrale verantwoordelijkheid en bekostiging voor chronische patiënten in de eerste lijn	34
4.6	Concentratie en differentiatie van ziekenhuizen via volume-eisen	36
5	Een gezamenlijk veranderprogramma	39
5.1	De hoofdlijnen van het veranderprogramma	39
5.2	Regionale aanpak, landelijke conditionering en uitrol	40

1 Inleiding

1.1 Opdracht en achtergrond

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft dit voorjaar een discussienota uitgebracht over de richting waarin de gezondheidszorg zich het komende decennium zou moeten ontwikkelen. Deze discussienota, getiteld “Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening” beschrijft de noodzaak om de focus op zorg en ziekte (zz) te veranderen in een focus op gedrag en gezondheid (gg). De Raad is met deze discussienota in discussie gegaan met de zorgsector en de overheid. Op grond van deze discussie wil de Raad een advies uitbrengen over de strategische zorgagenda 2010 - 2020. In het kader van dit advies heeft de Raad aan Edwin Velzel van Velzel en Partners verzocht om een veldverkenning uit te voeren rondom de volgende vragen:

- Wat vinden de verschillende veldpartijen van de door de Raad geadviseerde richting?
- Hoe kijken de verschillende veldpartijen aan tegen de route die de komende jaren moet worden bewandeld en welke rol zien zij voor zichzelf daarin weggelegd?

Het doel van de verkenning is om een beeld te krijgen van het draagvlak in het veld en op basis daarvan zicht te krijgen op de meest kansrijke veranderaanpak. Daarbij is ook verkend in hoeverre partijen bereid en in staat zijn een niet vrijblijvende eigen verantwoordelijkheid te nemen voor de veranderagenda.

“Het veld” wordt gedefinieerd als de overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten- en consumentenorganisaties. Door het samenspel tussen deze partijen wordt de toekomst van de gezondheidszorg bepaald.

1.2 De aard van dit rapport

Dit rapport geeft een beeld van het draagvlak dat in het veld bestaat voor de veranderingen die worden voorgesteld in de discussienota. Op basis daarvan beschrijft het rapport een veranderstrategie voor de komende jaren. Ik heb op basis van de gesprekken een inschatting gemaakt over wat noodzakelijk en haalbaar is om de veranderingen in gang te zetten en tot een goed resultaat te brengen. De aard van de gesprekken was informeel; geen van de geraadpleegde instanties is gevraagd een formeel standpunt in te nemen dat was afgestemd met de achterban. Niettemin hebben de gesprekken veel nuttige informatie opgeleverd en ook een beeld van de verandervisie en –ambitie van de verschillende partijen. Voldoende om tot een gefundeerde visie te komen over de te volgen veranderaanpak.

In de gesprekken bleek dat de politieke onzekerheid over hoe het verder moet met de AWBZ het lastig maakt om een gedetailleerd beeld te vormen over de te volgen veranderstrategie. Dat leidt ertoe dat dit rapport hoofdzakelijk ingaat over de te volgen strategie in de cure sector dan in de care sector. Waar de veranderstrategie wel betrekking heeft op de care sector, wordt dit expliciet aangegeven.

1.3 Gevoerde gesprekken

Met de volgende partijen en instanties zijn de afgelopen maanden verken- nende gesprekken gevoerd om te komen tot dit advies:

- Actiz
 - Drs. H.C.P. Noten, voorzitter
 - Drs. A. Koster, directeur
- OMS – Orde van Medisch Specialisten
 - Dr. W.G.J.M. van der Ham, voorzitter
 - Dr. H. Rutten, chirurg
 - Dr. A. van Bochove, internist oncoloog
 - Dr. F. Smeenk, longarts
- NVZ – Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
 - Drs. M. van der Starre, directeur
 - Drs. S.J.G.A. Weijnenborg, senior beleidsmedewerker Kwaliteit & Arbeid
- LHV – Landelijke Huisartsen Vereniging
 - Mr. P.C.M. Habets, huisarts, vicevoorzitter
 - Mr. Drs. L. Hennink, directeur
 - P. van den Hombergh, huisarts
- ZN – Zorgverzekeraars Nederland
 - Dr. P.F. Hasekamp, directeur
- VWS – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 - Drs. M.J. Boereboom, directeur-generaal Langdurige Zorg
 - Drs. L.A.M. van Halder, directeur-generaal Curatieve Zorg
- NPCF – Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
 - Dr. J. Coolen, manager team Kosten
- NZa – Nederlandse Zorgautoriteit
 - Mr. Drs. T.W. Langejan, voorzitter raad van bestuur
- V&VN – Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
 - A.L. Schipaanboord, directeur
- Haga Ziekenhuizen
 - Drs. G.H.J. Huffmeijer, voorzitter raad van bestuur
- KNMG – Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
 - Prof. Dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, internist, voorzitter
 - Dr. L. Wigtersma, arts, directeur beleid & advies

- GGZ Nederland
 - Drs. M.A.M. Barth, voorzitter
- IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg
 - W.M.C.L.M. Schellekens, arts, hoofdinspecteur curatieve gezondheidszorg
- NFU – Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
 - Drs. E.B. Mulder, voorzitter

De gesprekken hadden een open en informeel karakter en boden een goed inzicht in wat er leeft in de sector. Ik wil alle gesprekspartners hartelijk bedanken voor hun inbreng.

1.4 Structuur

Na de samenvatting in hoofdstuk 2 bevat hoofdstuk 3 de resultaten van de draagvlakverkenning. Voor de verschillende onderdelen van de discussienota “Zorg voor je gezondheid!” is aangegeven wat de mening van het zorgveld is. In hoofdstuk 4 wordt het aangetroffen draagvlak of het ontbreken daarvan vertaald naar een veranderaanpak op hoofdlijnen. Hoe kunnen we, gegeven het aangetroffen draagvlak, de veranderingen zo aanpakken dat de doelen zoveel mogelijk gerealiseerd worden?

In hoofdstuk 5 doe ik tenslotte een aantal praktische suggesties voor het inrichten van een gezamenlijk veranderprogramma.

2 Samenvatting

De hoofdlijn van denken van de discussienota “Zorg voor je Gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening” is de omslag van zorg en ziekte (zz) naar gedrag en gezondheid (gg). De draagvlakverkenning levert het beeld op dat deze hoofdlijn breed wordt gesteund. Wel zijn er op onderdelen verschillen van mening over bijvoorbeeld de wenselijkheid van aparte inloopcentra en de haalbaarheid van prestatiebekostiging op basis van gezondheidswinst.

De discussienota is conceptueel en visionair van karakter. Er leeft de nodige zorg in het veld dat de concepten worden uitgerold zonder voldoende praktische basis. De visies en concepten uit de discussienota moeten eerst vertaald worden naar de praktijk voordat ze landelijk worden ingevoerd. Praktisch, kleinschalig en regionaal beginnen en ervaring opdoen is een veelgehoorde behoefte.

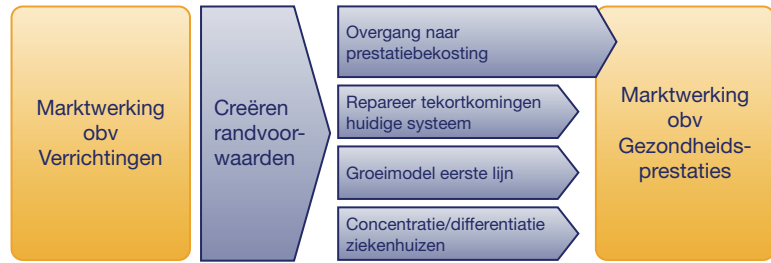
Tijdens de draagvlakverkenning kwam ongevraagd de vertrouwensrelatie tussen de overheid en het veld nogal eens aan de orde. Deze vertrouwensrelatie staat op dit moment sterk onder druk. Het bouwen aan vertrouwen moet een belangrijk element zijn in de veranderstrategie.

De overgang naar prestatiebekostiging kost tijd. Minstens vier jaar volgens de specialisten en langer volgens de huisartsen. Dit levert dus op korte termijn geen verhoging van kwaliteit of doelmatigheid van de zorg op. Om ook op korte termijn de gezondheidszorg te verbeteren in de richting van de discussienota kan binnen het huidige stelsel een aantal maatregelen worden genomen.

De langere termijn en korte termijn kunnen worden gecombineerd in de volgende aanpak op hoofdlijnen:

1. Herstel het vertrouwen tussen overheid en het zorgveld en trek gezamenlijk op.
2. Pak de veranderingen praktisch aan vanuit de regio's en leer uit de opgedane ervaringen voordat zaken landelijk worden toegepast.
3. Neem voldoende tijd om zorgvuldig over te gaan naar belonen op basis van gezondheidsprestaties.
4. Repareer ondertussen de belangrijkste tekortkomingen in het huidige stelsel.
5. Biedt de eerste lijn een groeimodel aan naar integrale verantwoordelijkheid en bekostiging voor chronische patiënten.
6. Gebruik volume-eisen en bijbehorende randvoorwaarden voor de concentratie en differentiatie van ziekenhuizen.

Schematisch weergegeven:



3 Bevindingen uit de draagvlakverkenning

In de gesprekken is in eerste instantie stilgestaan bij de discussienota “Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening”. Daarnaast is de toekomstvisie van de verschillende partijen aan de orde geweest en de visie op de aanpak van de veranderingen.

3.1 Reacties op de discussienota “Zorg voor je gezondheid!”

De discussienota beschrijft de contouren van de slag naar gg (gedrag en gezondheid) in een vijftal punten. Vervolgens worden vijf suggesties uitgewerkt voor veranderingen. Tenslotte worden zeven suggesties gedaan voor de sturing, financiering en bekostiging van de vraag en van het aanbod.

Onderstaande tabel somt, naast een tweetal algemene reacties, de hoofdpunten van de discussienota nog eens op en geeft daarbij weer wat de belangrijkste reacties waren uit de draagvlakverkenning.

Onderwerp uit de discussienota	Reacties uit het veld
Algemeen	
Een opmerking die diverse keren gemaakt is, is dat de discussienota vooral uitgaat van visies en percepties en niet veel feitelijke analyses en onderbouwingen bevat. Dit geldt zowel voor de probleemanalyse als voor de oplossingsrichting. De zorg is dat er nieuwe concepten worden uitgerold over de sector die zich nog niet bewezen hebben en kunnen leiden tot nieuwe problemen en fricties.	
Ondanks deze opmerking blijkt uit de draagvlakverkenning overigens, dat partijen de hoofdgedachten van het rapport wel kunnen volgen. Het visionaire karakter van de discussienota betekent dat in de verdere uitwerking voldoende aandacht gegeven moet worden aan onderbouwing en praktische ervaringen.	
Een aantal gesprekspartners ervaart de discussienota als te negatief over de Nederlandse gezondheidszorg. Woorden als “schiet tekort” suggereren dat de Nederlandse gezondheidszorg het niet goed doet. De perceptie van zorgaanbieders is juist, dat de Nederlandse gezondheidszorg het in internationaal perspectief bovengemiddeld goed doet en in sommige vergelijkingen zelfs tot de koplopers behoort. Overigens leidt deze perceptie bij diezelfde gesprekspartners niet tot zelfgenoegzaamheid. Iedereen ziet nog genoeg mogelijkheden tot verdere verbetering.	
Contouren gg	
Oriëntatie van de zorg: gedrag en gezondheid.	Voor deze gedachte bestaat een breed draagvlak in de sector. De eerstelijnsorganisaties, zowel in de somatische als in de geestelijke gezondheidszorg, zien een belangrijke taak voor zichzelf in de gedragsbeïnvloeding. Wel wordt een beroep op de overheid gedaan om nadrukkelijker dan tot nu toe op te treden in de gedragsbeïnvloeding. Roken en alcohol- en drugsgebruik zouden strenger moeten worden aangepakt.

Onderwerp uit de discussienota	Reacties uit het veld
Locatie en situering van de zorg: thuis, wijk, 2.0.	Er is algemeen erkenning voor het feit dat de zorg “naar voren” brengen zal leiden tot betere zorg. De nadruk die in de discussienota wordt gelegd op 2.0 wordt wel genuanceerd: gezondheidszorg is nu en in de komende jaren vooral ouderenzorg en deze generatie is nog niet zo 2.0. In de geestelijke gezondheidszorg, die zich vooral richt op een jongere generatie, zien we wel een sterke en vruchtbare ontwikkeling in de richting van 2.0.
Reikwijdte en focus: van mono- naar multimorbiditeit.	Dit wordt gezien als een belangrijk punt. Zowel de huisartsen als de patiëntenorganisaties geven aan dat de zorg niet moet versnipperen als gevolg van keten-DBC's per aandoening. Vooral de kwetsbare ouderen met multimorbiditeit moeten niet worden benaderd vanuit een verzameling van individuele aandoeningen. Voor hen moet er een integrale generieke aanpak zijn, wellicht zelfs apart gefinancierd.
Aan de voordeur van de zorg: expertise en actie.	Er is draagvlak voor de gedachte dat de zorg meer integraal en drempelloos moet worden georganiseerd rondom de leefsituatie van burgers en patiënten. Ook de notie van een meer proactieve, populatiegerichte benadering wordt ondersteund. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat we daar nog lang niet zijn. Naadloze samenwerking tussen thuiszorg/wijkzorg en huisarts wordt gezien als wenselijk, maar is nog geen gemeengoed. Hetzelfde geldt voor naadloze samenwerking tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen. Ook de integrale benadering van somatische zorg en geestelijke gezondheidszorg wordt wel beleden, maar slechts beperkt uitgevoerd. Er zijn diverse initiatieven in het land waar aan deze samenwerking gestalte wordt gegeven. Maar dit is nog niet het algemene beeld. De huidige bekostigingssystematiek stimuleert de integrale benadering niet: de volumeprikkels en de verschillende financieringsmethoden belemmeren substitutie en herordening van zorgtaken.
De achterdeur van de zorg: continuïteit.	Ook hier geldt dat de behoefte aan continuïteit in de zorg en ondersteuning wordt onderschreven. En ook hier is het zo dat de versnippering in financiering (ZVW, AWBZ en WMO) leidt tot oplossingen die suboptimaal zijn. Actiz geeft bijvoorbeeld aan dat compartimentloze financiering, met ruimte voor creativiteit bij de professional om oplossingen op maat te bieden, kan leiden tot betere zorg tegen lagere kosten.

Onderwerp uit de discussienota	Reacties uit het veld
Gezondheid en zorg	
Gezondheid 2.0 vervangt traditionele zorg, bevordert zelfmanagement.	De potentie en noodzaak van gezondheid 2.0 wordt onderschreven. De nadruk die op 2.0 wordt gelegd wordt echter genuanceerd. Zoals eerder gezegd: de gezondheidszorg is nu en in de komende jaren vooral ouderenzorg en deze generatie ouderen is minder vertrouwd met 2.0 mogelijkheden. Dit ligt anders in de geestelijke gezondheidszorg; die richt zich op een jongere generatie die meer affiniteit heeft met 2.0 mogelijkheden.
Inloopcentra (deels digitaal) voor huisarts. Consultatiebureau gehele levensloop. Genees- en hulp-middelenadvies.	De introductie van de inloopcentra is door een aantal partijen geïnterpreteerd als een aparte nieuwe laag in de gezondheidszorg. Dit heeft veel discussie opgeroepen, vooral bij de eerstelijnsorganisaties. De huisartsen geven aan zichzelf te zien als een belangrijke gedragsbeïnvloeder voor burgers en patiënten. In plaats van aparte inloopcentra zou een goede samenwerking tussen de huisarts, verpleegarts, bedrijfsarts en de thuiszorg / wijkzorg de laagdrempeligheid en de gedragsbeïnvloeding kunnen bewerkstelligen die bedoeld is in de discussienota.
Poortzorg (deels digitaal): huisarts, verpleegkundige, specialist in flexibele teams. Meer kennis aan voordeur.	Het streven naar integrale zorg voor met name chronische patiënten wordt ondersteund door het veld. Evenals de noodzaak om op populatieniveau specifieke risicogroepen apart te benaderen. Met de introductie van functionele bekostiging is de richting van integrale zorg voor een aantal chronische ziekten al ingezet. We staan echter aan het begin van deze ontwikkeling. Populatiegericht risicomanagement wordt hier en daar gedaan, maar dan in de vorm van pilots, en is zeker nog geen gemeengoed. De stap naar financiering op basis van prestatiebekostiging (gezondheidswinst) wordt door de huisartsen afgewezen. De LHV geeft de voorkeur aan financiering op basis van verrichte inspanningen, naast het inschrijftarief. Hun richting van denken is een abonnementstarief met daar bovenop een prestatietoelage voor het toepassen van zaken als integrale ketenzorg en populatiegericht werken. Wel geven de huisartsen aan dat op regionaal niveau sommige eerstelijnsorganisaties wellicht wel aan de slag willen met prestatiebekostiging.

Onderwerp uit de discussienota	Reacties uit het veld
<p>50 medisch-specialistische kennisnetwerken, aangesloten op voordeur.</p>	<p>Dit onderwerp leeft sterk bij de specialisten en bij de ziekenhuizen, zowel de algemene als de academische ziekenhuizen. Hoewel er best nog discussies leven in de verschillende achterbannen, is de overwegende mening dat concentratie en differentiatie van de zorg in de tweede en derde lijn zal leiden tot betere zorg tegen lagere kosten. De zorgaanbieders zijn hierbij vooral gedreven door kwaliteitsverbetering en de aandacht voor de krapper wordende arbeidsmarkt; dit zijn belangrijke aanleidingen om tot concentratie en differentiatie over te gaan. Bij de academische ziekenhuizen is de grotere wetenschappelijke ontwikkelkracht een extra argument. Bij verzekeraars en overheid is naast de focus op kwaliteit ook een belangrijke wens tot efficiencyverhoging. Dat betekent dat capaciteit die vrijkomt door concentratie en differentiatie ook daadwerkelijk moet worden afgebouwd en niet automatisch mag worden opgevuld – zoals nu vaak gebeurt – met nieuw zorgaanbod. Vanuit ziekenhuizen wordt aandacht gevraagd voor de consequenties voor de huidige infrastructuur. Kan deze optimaal benut blijven? Zo niet, wie financiert dan de afbouw? Ook voor financiers van ziekenhuizen zijn dit belangrijke vragen.</p> <p>Ziekenhuizen en specialisten geven aan dat het proces van concentratie en differentiatie wel enige druk van buitenaf nodig heeft om vrijblijvendheid te voorkomen. Overheid en verzekeraars zouden vanuit outcome- en volumennormen eisen moeten stellen aan het zorgaanbod. Zorgaanbieders zouden daarbij zelf, op regionaal niveau, aan zet moeten zijn om de herordening te realiseren.</p> <p>De ontwikkeling van outcome- en volumennormen kost tijd. De inschatting is dat het ontwikkelen van voldoende outcomenormen om te komen tot sturing wel een jaar of vier tot vijf zou kunnen duren. Het opstellen van volumennormen lijkt sneller te kunnen; de inschatting is dat dit binnen een jaar zou moeten kunnen.</p>

Onderwerp uit de discussienota	Reacties uit het veld
Achterdeur: regionale, transmurale verpleegdiensten voor nazorg.	De hinderlijke overgangen tussen cure en care worden herkend door het veld. Deze overgangen worden extra lastig gemaakt doordat op het moment van overdracht verschillende financieringsregimes bij elkaar komen; ZVW, AWBZ en WMO. De patiënt komt dan gauw in de knel tussen deze regimes. Actiz geeft aan dat betere zorg tegen lagere kosten zou kunnen worden gerealiseerd als de zorg compartimentloos zou kunnen worden gefinancierd. De zorgprofessional kan dan zorg op maat leveren. Doordat de regels van de verschillende financieringsregimes niet goed aansluiten op de zorgsituatie gebeurt het nu regelmatig dat te dure zorg wordt geleverd waar ook de patiënt niet op zit te wachten.
Sturing, financiering, bekostiging	
Basispakket: kleiner.	Dit is niet iets wat heel nadrukkelijk leeft in het veld. Wel is algemeen bekend dat Nederland vanuit internationaal perspectief weinig eigen betalingen vraagt van haar burgers. Daar zou dus macro-economisch wat ruimte kunnen worden gevonden, waardoor de bezuinigingen op de zorg zelf wat minder kunnen zijn. Een behoefte die wel diverse keren geuit is, is dat de overheid duidelijke grenzen stelt aan de zorg. Welke dure hightech behandelingen doen we nog wel en welke niet? Hoe ver gaan we in het rekken van de levensduur (aan de voor- en achterkant)? Dit zijn vragen waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars de overheid bij nodig hebben om normen te stellen.
Differentiatie in Zorgverzekeringswet.	Er is bij verzekeraars terughoudendheid als het gaat om leefstijlpolissen en het straffen van een ongezonde leefstijl via de polis of de premiestelling. Verzekeraars voelen meer voor verleden en belonen. Een goede leefstijl en compliance aan veranderprogramma's zouden kunnen worden beloond door bijvoorbeeld de (hoger geworden) eigen betalingen kwijt te schelden. Ook zijn verschillende verzekeraars bezig als extra klantenservice diensten aan te bieden ter ondersteuning van gezond gedrag (o.a. via internet).
Beloon gemeenten, zorgverzekeraars, burgers voor gezond gedrag: preventiebonus.	Het belonen van burgers voor gezond gedrag is hierboven aan de orde geweest. Vooral het kwijtschelden van eigen betalingen wordt hierbij als middel gezien. De preventiebonus voor verzekeraars en gemeenten is niet aan de orde geweest tijdens de draagvlakverkenning.

Onderwerp uit de discussienota	Reacties uit het veld
Nieuwe verzekeringsproducten (pensioen, zorg, hypotheek).	Op dit moment zien we op dit terrein niet veel ontwikkelingen. Ook in de draagvlakverkenning is op dit punt niet gereageerd. De markten voor pensioenen en hypotheeklen hebben op dit moment andere – grote – uitdagingen, waardoor de convergentie tussen zorg, pensioen en wonen niet de hoogste prioriteit heeft.
Prestatiebekostiging (gezondheidswinst) zorgaanbieders.	<p>Dit is een gedachte die zeker leeft bij medisch specialisten. Daar leeft de wens om meer op outcome beloond te worden. De inschatting van de specialisten is dat het mogelijk moet zijn om voor de belangrijkste behandelingen een hanteerbaar aantal relevante outcome criteria te formuleren en deze ook af te stemmen met patiëntenverenigingen en verzekeraars. Het primaat voor de ontwikkeling van deze criteria zou volgens de specialisten bij de wetenschappelijke verenigingen moeten liggen. De outcome metingen zouden transparant gemaakt moeten worden binnen de beroepsgroep en naar patiënten, toezichthouders en financiers. Er zou wel enige volume prikkel in de beloning moeten blijven (om wachtlijsten te voorkomen), maar de nadruk zou moeten liggen op beloning op basis van outcome parameters. De inschatting van de specialisten is, dat het wel vier tot vijf jaar zal duren voordat er voldoende dekkende en betrouwbare outcome parameters zijn om de financiering daarop te baseren.</p> <p>Huisartsen geven aan dat ze beloning op gezondheidswinst in de eerste lijn niet wenselijk vinden. Waar in de tweede lijn de gezondheidswinst kan worden gemeten per behandeling, is in de eerste lijn vooral de gezondheidswinst op populatieniveau relevant. Dit is lastig meetbaar en volgens de huisartsen pas op (zeer) lange termijn haalbaar. Wel is de inschatting dat op regionaal niveau een aantal eerstelijns groepen wel eerste stappen zouden willen doen in de richting van prestatiebekostiging.</p> <p>VWS en de Inspectie wijzen op het belang van de objectieve borging van de outcome metingen. Het proces van deze metingen moet een gecertificeerd proces zijn, om de vergelijkbaarheid en de betrouwbaarheid te garanderen. Dit zou door een publieke instantie moeten worden gewaarborgd, bijvoorbeeld door het nog op te richten kwaliteitsinstituut.</p>

Onderwerp uit de discussienota	Reacties uit het veld
<p>Alleen sturen op kwaliteit (met wettelijke normen).</p>	<p>Kwaliteit als leidend thema is iets wat alle partijen in de zorg aanspreekt. Met name de specialisten geven aan dat de huidige kwaliteitsnormen en –metingen teveel irrelevante procesindicatoren bevatten en te weinig relevante outcome metingen. Bij hen leeft de behoefte om meer op outcome afgerekend te worden en meer vrijheid in het proces te hebben. Overigens constateren verzekeraars en ziekenhuizen dat de specialisten moeite hebben om tijdig de gewenste outcome parameters te ontwikkelen en transparant te maken.</p> <p>Verzekeraars sturen op dit moment slechts beperkt op kwaliteit, bij gebrek aan transparantie van deze kwaliteit. Daardoor ervaart de klant van de verzekeraar het sturen niet als een kwaliteitsmaatregel in het belang van de verzekerde, maar als een maatregel uit financieel eigenbelang van de verzekeraar. Verzekeraars geven aan, dat als de kwaliteit voldoende transparant is en getoetst kan worden aan objectieve (wettelijke) normen, over te gaan tot een selectievere zorginkoop. Zorgaanbod dat dan niet voldoet aan de normen zal niet meer worden gecontracteerd.</p> <p>Verzekeraars geven ook aan dat soms gezamenlijk zal moeten worden opgetrokken met andere verzekeraars om deze sturing in te vullen (bijv. voor het selecteren van een SEH in een stad, of het sluiten van een bepaalde afdeling van een ziekenhuis) . Dit raakt aan mededingingsvraagstukken. De NZa geeft aan dat de aanwezigheid van objectieve (wettelijke) normen een belangrijke basis is om gezamenlijke zorgsturing te legitimeren.</p>

Onderwerp uit de discussienota	Reacties uit het veld
<p>Zorginkoop/bekostiging vergaand dereguleren (uurtarief, ex post verevening, dbc's, zzp's afschaffen).</p>	<p>Er is een grote behoefte aan het ontbureaucratiseren van de zorg. Ook is er erkenning voor het feit dat het huidige systeem van belonen van verrichtingen averechtse prikkels in zich heeft. Zorgaanbieders worden geprikkeld tot het in stand houden en uitbreiden van het aantal verrichtingen. Dat is weliswaar goed voor de toegankelijkheid (minder wachtlijsten), maar niet goed voor de kostenbeheersing. Bovendien belemmert de individuele volumeprikkel van zorgaanbieders de gewenste herordening tussen de eerste en tweede lijn en tussen ziekenhuizen onderling. Meer behandelingen betekent meer omzet en rendement. In het huidige systeem wordt niemand financieel geprikkeld om in belang van betere zorg bepaalde behandelingen af te stoten. Pas als de kwaliteitsnormen van de Inspectie niet meer gehaald kunnen worden ontstaat er een prikkel tot het maken van keuzes.</p> <p>Verzekeraars zien in dat de ex-post verevening remmend werkt op de substitiemogelijkheden tussen tweede en eerste lijn. Grote delen van de ex-post verevening kunnen worden afgebouwd, gecombineerd met het optimaliseren van de ex-ante budgettering. Wel hechten verzekeraars grote waarde aan het in stand houden van de macronacalculatie; deze is geen belemmering voor substitutie en beschermt verzekeraars tegen de gevolgen van politieke (tarief)beslissingen en bijvoorbeeld grote landelijke epidemieën.</p> <p>De specialisten zitten nog midden in een discussie met VWS over hun honorering en de status van de vrij gevestigde specialisten. Inmiddels is ook voor de specialisten de gedachte aanvaard dat de individuele honorering minder gekoppeld moet zijn aan de volumeproductie, maar meer aan kwaliteit en inbreng van de specialist. De contractering van specialisten zou dan op een hoger aggregatieniveau kunnen plaatsvinden dan de individuele maatschap, bijvoorbeeld op het niveau van een stafmaatschap per ziekenhuis.</p>

3.2 Overige bevindingen

3.2.1 Besef van de macro-economische situatie

In de veldverkenning kwam regelmatig de notie naar boven dat de gezondheidszorg niet alleen als kostenpost moet worden beschouwd. De gezondheidszorg levert immers maatschappelijke baten op.

Desondanks zien alle partijen wel in dat in een economische crisis als de huidige niet te ontkomen valt aan bezuinigingen, ook op de gezondheidszorg.

Veel brancheorganisaties hebben al geanticipeerd op de te verwachten bezuinigingen, door plannen te ontwikkelen om de kosten te verlagen met behoud of verbetering van kwaliteit. In meer of mindere mate van concreetheid zien we deze plannen bij Actiz, de OMS, de NVZ, GGZ-Nederland, ZN en de NFU.

3.2.2 Het wederzijds vertrouwen tussen de overheid en de zorgsector

In de verschillende gesprekken tijdens de draagvlakverkenning kwam onwillekeurig aan de orde hoe de partijen binnen de gezondheidszorg naar elkaar kijken. Dat stemde niet erg hoopvol. Kort samengevat: er is op dit moment onvoldoende vertrouwen over en weer voor een succesvol verandertraject. De vertrouwenskloof speelt vooral tussen enerzijds de overheid (VWS, NZa, NMa, RVZ) en anderzijds de zorgaanbieders. Over en weer heerst scepsis.

Zorgaanbieders hebben scepsis bij de overheid

Deze scepsis uit zich in een aantal uitspraken:

- **VWS doet alsof de Nederlandse zorg slecht is**
Dit heeft niet alleen betrekking op VWS zelf, maar ook op de RVZ en de NZa. De beleving bij het zorgaanbod is, dat de Nederlandse gezondheidszorg het in internationaal perspectief niet zo slecht doet en op sommige punten zelfs superieur is. Terwijl vanuit Den Haag en Utrecht regelmatig een negatief beeld wordt geschetst, wellicht om urgentie te creëren voor vernieuwingen. In het veld gaat de voorkeur uit naar “vanuit de huidige situatie stapsgewijs verbeteren” terwijl vanuit Den Haag vooral gestuurd wordt op “ingrijpend vernieuwen om een nieuwe situatie te realiseren”.
- **VWS houdt niet van de zorg**
Waar over sommige andere departementen het gevoel bestaat, dat ze houden van “hun” sector en de belangen van die sector verdedigen, bestaat over VWS het gevoel dat ze niet houdt van de gezondheidszorg. De beleving is dat VWS eerder tegenover de sector staat, dan in de sector of naast de sector.

- **VWS/NZa kan niet rekenen**
De financiële conflicten tussen VWS en de diverse beroepsgroepen en instellingen lopen soms hoog op. De NZa moet daarbij vaak de rol spelen als objectieve scheidsrechter, maar wordt door het veld gezien als de verlengde arm van VWS en zeker niet als objectief. De cijfers waarop het oordeel van VWS of de NZa wordt gebaseerd wijzigen nogal eens. Ofwel door actuelere informatie en voortschrijdend inzicht, ofwel door andere uitgangspunten. Dit leidt tot de beleving in het veld dat VWS en de NZa niet goed met de basiscijfers omgaan. Het gevolg is een grote hoeveelheid rechtszaken.
- **VWS verandert de spelregels tijdens het spel**
In het systeem van gereguleerde marktwerking hebben VWS en de NZa een aantal interventiemogelijkheden om in te grijpen als zaken uit de hand lopen. Deze ingrepen worden vaak als onrechtvaardig ervaren en als het veranderen van de spelregels tijdens het spel. VWS gaat uit van GEREGULEERDE marktwerking, terwijl het veld uitgaat van gereguleerde MARKTWERKING. Overigens blijken rechters en toezicht-houders als de NMa regelmatig de striktere interpretatie van het begrip marktwerking te hanteren.

De overheid heeft scepsis bij het veld

Ook hier is een aantal uitspraken en belevingen opgetekend:

- **Zorgaanbieders zijn te vrijblijvend**
Het is voor de overheid bijna niet mogelijk om afspraken te maken met brancheorganisaties in het veld. Deze organisaties vertegenwoordigen vaak een nogal verdeelde achterban en kunnen bijna nooit “ja” zeggen namens die achterban, laat staan een gemaakte afspraak afdwingen. “Nee” zeggen namens de achterban is vaak makkelijker en zo dicteert de middelmaat van de achterban de veranderingskracht en -bereidheid van de brancheorganisaties. Het gevolg is dat het veld zich in de ogen van de overheid veel te vrijblijvend gedraagt. Heldere en krachtige afspraken maken lukt bijna niet en als het al lukt worden ze niet of onvoldoende gerealiseerd.
- **Verzekeraars pakken onvoldoende hun regierol**
De overheid rekent op de verzekeraars als tegenwicht tegen de prijs- en productieprikkels bij de zorgaanbieders. Onderhandelen op prijs lukt de verzekeraars nog redelijk, maar de grip op de productievolumes en op de kwaliteit is een stuk minder. De overheid vindt dat verzekeraars hun regierol steviger moeten spelen en hun nek meer moeten uitsteken. “Daar hebben we die verzekeraars toch voor”, “Dat hadden die verzeke-raars toch allang kunnen regelen” zijn regelmatig gehoorde uitspraken.
- **Het veld maakt zich geen mede-eigenaar van de maatschappelijke problemen**
De overheid probeert de totale macro-economische ontwikkeling van de gezondheidszorg zo goed mogelijk te regelen, maar de partijen in het veld

gaan primair voor hun eigen belang. Met weinig oog voor de uitdagingen en problemen waar de overheid voor staat. “Belangenvertegenwoordiging” is de belangrijkste houding die partijen innemen, in plaats van “meedenken aan oplossingen in het algemeen belang, die eventueel in eigen vlees snijden”.

Let wel! Dit zijn allemaal belevingen. Nergens is vastgesteld of onderzocht of deze belevingen kloppen en gefundeerd zijn. Maar het feit dat deze belevingen er zijn is een feit op zich en is bepalend voor het vertrouwenskapitaal dat er is in de gezondheidszorg. En dat kapitaal is laag, te laag om het ingrijpende veranderingsproces in te gaan dat voor ons ligt.

4 Gevolgen van de bevindingen voor de veranderaanpak

Hoe kunnen we het geschetste toekomstperspectief in de discussienota “Zorg voor je gezondheid!” bereiken, gegeven de bevindingen uit het draagvlakonderzoek? Daarvoor zullen de volgende aspecten moeten worden meegenomen in de veranderaanpak:

1. Herstel het vertrouwen tussen overheid en het zorgveld en trek gezamenlijk op.
2. Pak de veranderingen praktisch aan vanuit de regio's en leer uit de opgedane ervaringen voordat zaken landelijk worden toegepast.
3. Neem voldoende tijd om zorgvuldig over te gaan naar belonen op basis van gezondheidsprestaties.
4. Repareer ondertussen de belangrijkste tekortkomingen in het huidige stelsel.
5. Biedt de eerste lijn een groeimodel aan naar integrale verantwoordelijkheid en bekostiging voor chronische patiënten.
6. Gebruik volume-eisen en bijbehorende randvoorwaarden voor de concentratie en differentiatie van ziekenhuizen.

Deze zes punten zijn in de volgende paragrafen uitgewerkt.

4.1 Vertrouwensherstel

Om het vertrouwen te herstellen moet er een aantal dingen gebeuren. In de eerste plaats moet er een nieuw uitgangspunt worden gecreëerd dat de basis legt voor een gezamenlijke ambitie en gezamenlijk optrekken tussen overheid en zorgveld. Het zorgveld moet vervolgens zijn nek uitsteken en niet-vrijblijvend zijn verantwoordelijkheid nemen. De overheid moet vooral voorspelbaar zijn gedurende het veranderproces en betrokkenheid tonen bij de ontwikkelingen.

4.1.1 Creëer een nieuw elan: Ga voor de beste gezondheidszorg ter wereld

Het is noodzakelijk om een nieuwe start te maken. Een gezamenlijke start, met alle partijen die samen verantwoordelijk zijn om de gezondheidszorg optimaal in te richten. Daarbij moet een nieuw psychologisch contract ontstaan. Niet alleen tussen de overheid en het veld, maar ook tussen de partijen in het veld onderling. De kern van dit psychologisch contract moet zijn om gezamenlijk te werken aan maximale gezondheidswinst per euro. Dus: uit de beschikbare euro's (en dat zullen er minder zijn dan we gewend waren) zoveel mogelijk gezondheidsbehoud en –winst halen voor de burgers in Nederland. Hierbij moet de ambitie voorop staan om de gezondheidszorg in Nederland in de eerste plaats beter te maken. Waarom zouden we niet gaan voor “de beste gezondheidszorg ter wereld”? Op een aantal punten zijn we daar al dichtbij en we zien tegelijkertijd nog voldoende mogelijkheden

voor verbetering. Tegelijkertijd moet bij alle partijen erkenning zijn voor het feit dat de kosten ook een rol spelen. We zitten in een economisch klimaat waarin de middelen beperkt zijn. “Kostenbeheersing door kwaliteitsverbetering” zou het motto moeten zijn. Een gezamenlijke doelstelling, een stip op de horizon die iedereen nastreeft, moet worden geformuleerd in een kwaliteitsdoelstelling (“de beste gezondheidszorg” geconcretiseerd) en in een kostenbeheersingdoelstelling (maximale ontwikkeling van de zorgkosten in de komende jaren).

Bevindingen uit de veldverkenning

De ambitie om kwaliteit te leveren en steeds beter te worden leeft breed in het veld. Samen met de overheid gaan voor de beste gezondheidszorg ter wereld raakt de juiste snaar in het veld en kan professionals mobiliseren.

Wat betreft de noodzaak voor kostenbeheersing appelleert de doelstelling: “de groei van de komende jaren opvangen binnen de huidige kosten” meer aan creativiteit, oplossend vermogen en realiteitszin dan een doelstelling van “x% of x miljard van de kosten af”.

4.1.2 Ban de vrijblijvendheid uit

In de veranderaanpak moet het bouwen aan vertrouwen worden ingebakken. Het huidige gebrek aan vertrouwen moet eerst omgezet worden in het “voordeel van de twijfel” geven aan alle partijen. Het uitgangspunt bij de ingrijpende herordeningsvraagstukken moet zelforganisatie zijn. Dat wil zeggen dat het veld zelf aan het roer staat van de veranderingen. Het “voordeel van de twijfel” moet worden omgezet in een “bewijs van betrouwbaarheid”. De twijfel die er is aan de intentie en/of de competentie van partijen kan worden weggenomen door concrete stappen af te spreken en deze afspraken consequent na te komen. Tegelijkertijd leert het verleden dat ook in deze nieuwe aanpak de vrijblijvendheid op de loer ligt. Het is dus nodig om waarborgen in te bouwen die deze vrijblijvendheid uitbannen.

De basisfilosofie voor de veranderaanpak zou moeten zijn: “niet-vrijblijvende zelforganisatie”. Met andere woorden: ieder speler krijgt de ruimte om zijn eigen verantwoordelijkheid te tonen en zijn bijdrage aan de veranderingen te leveren. Op de afgesproken tijd en met het afgesproken resultaat. Dit is “Plan A”. Als dat niet lukt doordat de intenties, de motivatie of de competenties ontbreken om de resultaten conform afspraak te realiseren, moet er een “Plan B” zijn waarmee noodzakelijke veranderingen kunnen worden doorgezet. In onderstaande tabel wordt voor de cruciale onderdelen van de veranderaanpak naast een “Plan A” ook een “Plan B” wordt voorgesteld.

Onderdeel van de veranderingaanpak	Plan A	Plan B
De integrale verantwoordelijkheid voor en financiering van chronische patiënten in de eerste lijn	De eerste lijn organiseert zichzelf op voldoende schaal om dit aan te kunnen en wordt dan gefinancierd door integrale tarieven, incl. de kosten in de tweede lijn en farmacie.	Als de integrale bekostiging haalbaar en wenselijk blijkt, wordt het abonnementstarief voor huisartsen die niet naar deze aanpak willen stapsgewijs verlaagd.
Het opstellen van volumennormen door de beroepsgroepen voor de verschillende behandelingen en ziekenhuisfuncties	De beroepsgroepen komen op tijd af met deze normen voor het overgrote merendeel van de behandelingen en functies. De minister stelt deze normen vast.	De inspectie stelt, na consultatie van de beroepsgroepen, normen voor aan VWS (eventueel op basis van internationale normenkaders) en de minister stelt deze normen vast.
Het opstellen van outcome parameters voor de belangrijkste ziektebeelden	De beroepsgroepen komen op tijd af met deze parameters. De minister stelt deze normen vast.	Het op te richten kwaliteitsinstituut stelt, na consultatie van de beroepsgroepen, deze parameters voor (eventueel op basis van internationale richtlijnen) en de minister stelt ze vast.
De herordening van functies en behandelingen in de tweede en derde lijn	De tweede en derde lijn herordenen zich volgens een afgesproken tempo conform de volumennormen en randvoorwaarden	Verzekeraars gaan de functies en behandelingen in de tweede en derde lijn inkopen conform de normen en randvoorwaarden en sturen hun patiënten naar zorgaanbieders die aan de normen voldoen
De selectieve inkoop door verzekeraars	(Zie Plan B op de vorige regel) Verzekeraars gaan de functies en behandelingen in de tweede en derde lijn inkopen conform de normen en randvoorwaarden en sturen hun patiënten naar zorgaanbieders die aan de normen voldoen	(Eigenlijk Plan C dus) Er komt één publieke inkoop- en regieorganisatie die bepaalt welke zorg waar wordt verleend. Verzekeraars zijn voor de zorginkoop dan niet meer nodig. De stap naar een publiekrechtelijke verzekering is dan niet ver meer.

Nogmaals, het is niet de bedoeling om Plan B (of C) in te roepen, maar de te grote vrijblijvendheid in het verleden noodzaakt voorsnog tot het beschikbaar hebben van deze terugval opties.

4.1.3 Wees als overheid voorspelbaar en betrokken

Wil deze aanpak slagen, dan moeten ook VWS en de NZa het veld een serieuze kans geven om onder eigen regie de noodzakelijke en gewenste veranderingen te realiseren. Van tevoren moet goed gesproken worden over de gezamenlijke veranderdoelstelling, in termen van kwaliteit en kosten van de gezondheidszorg. Deze doelstelling moet voldoende gedetailleerd worden uitgewerkt om concreet en meetbaar te zijn. Als het veld de doelstellingen haalt, moet VWS het veld afschermen voor verdere interventies. Vooraf moeten de spelregels worden afgesproken, onder andere wat er gebeurt als de doelstellingen niet worden gehaald. Er is wat voor te zeggen om naast VWS ook het ministerie van Financiën te betrekken bij deze afspraken, omdat een belangrijk deel van de rijksbegroting wordt toevertrouwd aan deze gezamenlijke aanpak.

Een zichtbare inhoudelijke betrokkenheid bij het veranderingsproces vanuit VWS dient twee doelen: het veld ervaart steun en commitment vanuit VWS en VWS ontwikkelt naast allerlei formele rapportages ook een informeel gevoel of de veranderingen de goede kant op gaan.

4.2 Een praktische en lerende veranderaanpak

Veel voorstellen in de discussienota zijn nieuw en anders dan de huidige werkwijze. Ook is al gewezen op het visionaire gehalte van de discussienota. Een aantal van de geopperde ideeën zullen zich nog in de praktijk moeten bewijzen. Het heeft niet zoveel zin om heel lang vooraf te onderzoeken en te discussiëren of deze ideeën wenselijk zijn. Het is zinvoller om op kleine schaal praktisch te beginnen en te leren van de ervaringen. Alle betrokken partijen kunnen zich op deze manier ontwikkelen en de voorstellen kunnen worden bijgesteld op basis van de resultaten in de praktijk. Werkt het op kleine schaal eenmaal naar wens, dan kunnen de voorstellen worden vertaald naar een landelijke implementatie. Dat betekent ook iets voor de betrokkenheid van partijen. In eerste instantie zullen partijen (zorgaanbieders, verzekeraars) op regionaal niveau aan de slag gaan met een concreet onderdeel van de gewenste veranderingen. Bijvoorbeeld het concentreren van spoedeisende hulp, het inrichten van nieuwe samenwerkingsvormen tussen de eerste lijn en de wijkzorg, of het financieren van diabeteszorg via een integraal tarief in de eerste lijn. Hierbij kunnen regio's hun vinger opsteken voor een koplopersrol op zo'n onderwerp. Als in een regio een bepaalde aanpak goed aanslaat, kan deze worden vertaald naar een landelijke implementatie. Hierbij komen dan ook de landelijke koepelorganisaties in beeld. Deze spelen een rol in de vertaalslag van regionaal naar landelijk en in het afspreken van landelijke condities voor de implementatie.

Naast de geschetste regionale fasering kan er ook gefaseerd worden per ziektebeeld c.q. behandeling. Eerst kunnen de ziektebeelden en behandelingen

worden aangepakt waar al ervaring mee is en waar bijvoorbeeld al betrouwbare outcome parameters van bekend zijn. Of behandelingen en functies waar al minimale volume-eisen voor bekend zijn. Daarna kunnen ziektebeelden worden opgepakt die meer voorbereidingstijd vragen.

Er ontstaat zo een veranderaanpak van regionale ontwikkeling en implementatie van best-practices en een landelijke regie. Ook de ontwikkeling van normen (volumenormen, kwaliteitscriteria, outcome parameters) gebeurt landelijk, maar deze normen worden getoetst en aangepast in de regionale best-practice ontwikkelingen.

4.3 De overgang naar prestatiegericht belonen

De discussienota bepleit de overgang van de huidige bekostiging op basis van verrichtingen naar een bekostigingssystematiek op basis van gezondheidswinst. De gedachte hierachter is dat dit uiteindelijk beter is voor alle partijen. De kwaliteit van de zorg wordt gestimuleerd en verhoogd, waardoor op termijn de kosten naar beneden gaan. Ook voor zorgaanbieders levert dit interessante prikkels op. Een zorgaanbieder kan meer verdienen naarmate hij betere kwaliteit levert, immers:

- Een zorgaanbieder die bovengemiddelde kwaliteit levert krijgt een hoger tarief betaald als een zorgaanbieder met gemiddelde of ondergemiddelde kwaliteit.
- Als de kwaliteit van een zorgaanbieder transparant gemaakt kan worden voor de patiënten, zal een zorgaanbieder met bovengemiddelde kwaliteit meer patiënten aantrekken en dus meer omzet maken.
- Als er met een captivated fee model gewerkt wordt (een vast bedrag per patiënt) dan kunnen zorgaanbieders die door een goed proces de zorgkosten kunnen verlagen een marge maken op het vaste tarief.

Uit de draagvlakverkenning blijkt echter dat de overgang naar prestatiebekostiging een wisselend draagvlak heeft. De eerstelijnsorganisaties hebben grote twijfels of dit op korte of middellange termijn haalbaar is. De tweedelijnsorganisaties en de specialisten steunen deze ontwikkelingsrichting, maar geven aan dat de overgang hier naartoe zeker vier tot vijf jaar zal kosten.

Om naar een systeem van prestatiebekostiging over te gaan moet een aantal zaken worden ontwikkeld:

- Voor de eerste lijn zullen, naast criteria per behandeling, gezondheidsmetingen op populatieniveau moeten worden ontwikkeld.
- Voor de belangrijkste behandelingen in de tweede lijn moeten de outcomecriteria bepaald worden.

- Er moeten meetsystemen worden ontwikkeld voor deze criteria. De metingen spelen een belangrijke rol in de verbeterprocessen binnen zorgaanbieders, maar worden ook gebruikt als basis voor het beloningsmodel. De objectiviteit en vergelijkbaarheid van de metingen is dus van groot belang. De registratie en certificering van deze metingen zou bij een onafhankelijk instantie moeten worden belegd en in het publieke domein moeten worden geborgd. Wellicht is dit een taak die bij het nog op te richten Nationale Kwaliteitsinstituut kan worden belegd.
- Er moet een beloningssysteem worden ontwikkeld met een goede balans voor het belonen op kwaliteit en op kwantiteit.

Bevindingen uit de veldverkenning

De OMS geeft aan te willen gaan voor meten en belonen op basis van een overzichtelijke en relevante set van outcome parameters per ziektebeeld. Tegelijkertijd zien we dat de achterban van de OMS moeite heeft met het leveren van deze outcome parameters in een project als ZiZo. Zowel bij de specialisten als bij de ziekenhuizen zien we nog de nodige aarzelingen over het transparant maken van prestaties. De OMS geeft aan nog een aantal jaren nodig te hebben om betrouwbare en relevante outcome parameters te ontwikkelen voor de belangrijkste ziektebeelden.

De LHV geeft aan te willen meewerken aan het ontwikkelen en verspreiden van best practices en zien ook in dat de vrijblijvendheid bij de toepassing van best practices moet verdwijnen. Voor het stimuleren van best practices zou het beloningssysteem kunnen worden gebruikt; bijvoorbeeld een abonnementstarief met een extra beloning voor het toepassen van best practices. De stap naar belonen op basis van gezondheidsresultaten over de volle breedte gaat de LHV nu te ver, maar zou in een aantal regio's kunnen worden uitgetoetst.

Het zal een aantal jaren kosten om dit systeem betrouwbaar en robuust te ontwikkelen. De beroepsgroepen, de inspectie en de patiëntenverenigingen moeten worden betrokken bij het ontwikkelen van de belangrijkste outcome-criteria. Aanbieders, verzekeraars en de overheid moeten worden betrokken bij de ontwikkeling van het beloningsmodel. Alle partijen moeten worden betrokken bij het meetsysteem.

De ontwikkeling van deze outcomecriteria kan overigens worden meegenomen in de gefaseerde aanpak. Er is nu al een aantal behandelingen en ziektebeelden waarvoor de outcomecriteria voldoende duidelijk zijn. Hiervoor zou gestart kunnen worden, wellicht in een paar regio's, met het transparant maken van de meetresultaten en het ontwikkelen van een beloningssysteem.

4.4 Reparaties aan het huidige stelsel

De overgang naar prestatiebekostiging kost, zoals hiervoor beschreven, de nodige tijd. Op korte termijn zal deze benadering dus geen bijdrage leveren aan het verhogen van de kwaliteit en het verlagen van de kosten van

de gezondheidszorg. Dat betekent dan we nog een aantal jaren binnen het huidige systeem verder moeten. Het is dan wel van belang om de grootste tekortkomingen in het systeem enigszins te repareren. Anders blijven we in het patroon zitten van een systeem waarin de kosten uit de hand lopen en een overheid die achteraf wil ingrijpen en corrigeren. Met als gevolg een blijvende vertrouwenskloof tussen overheid en zorgveld.

De volgende maatregelen kunnen worden genomen om de grootste tekortkomingen in het huidige systeem te repareren:

- Verhoog de kwaliteitstransparantie door behandelingsvolumes openbaar te maken
- Demp de volumeprikkels
- Verminder belemmerende financieringsschotten

4.4.1 Verhoog de kwaliteitstransparantie door behandelingsvolumes openbaar te maken

Het verhogen van de kwaliteitstransparantie is een zaak van langere adem; dat kan niet heel snel worden gerealiseerd en is onderdeel van de migratie naar prestatiebekostiging. Wat wel snel gerealiseerd kan en moet worden is de transparantie over behandelingsvolumes. Deze zijn objectief meetbaar (en reeds beschikbaar bij Vektis). Per direct kan inzicht worden verstrekt aan de consument en aan verwijzers over het aantal behandelingen van een bepaald type dat een ziekenhuis uitvoert. Dit kan al een begin betekenen voor het sturen op kwaliteit. Een ziekenhuis dat een bepaalde behandeling vaak uitvoert boezemt meer vertrouwen in als een ziekenhuis voor wie zo'n behandeling een uitzondering is.

4.4.2 Demp de volumeprikkels

Er is een aantal mogelijkheden om de al te sterke volumeprikkels van dit moment wat af te dempen:

1. Verschuif de verhouding tussen inschrijftarief en consulttarief; meer inschrijftarief, minder beloning per consult.
2. Ontkoppel de directe relatie tussen DBC-productie en het persoonlijk inkomen van de specialist. Dit kan op verschillende manieren worden gerealiseerd, die er allemaal op neerkomen dat niet de individuele specialist wordt gecontracteerd en beloond, maar dat de beloning op een hoger aggregatieniveau plaatsvindt. Dat hogere aggregatieniveau kan het ziekenhuis zijn of een stafmaatschap. Wellicht is het verstandig om enige vormvrijheid toe te laten, want ook de optie van ziekenhuisoverstijgende maatschappen kan interessant zijn. Zeker in het perspectief van de gewenste concentratie en specialisatie in de tweede lijn.
3. Voor zover er volumegerelateerde tarieven zijn moet meer- (of minder) productie vergoed worden tegen een marginale meer- of minderprijs. De DBC-tarieven zijn gebaseerd op een inschatting van het te realiseren

volume en de vaste en variabele kosten die voor dat volume gemaakt moeten worden. De vaste kosten (het grootste deel, nl. de ziekenhuis infrastructuur en de salarissen) zijn dus al gedekt in het DBC tarief bij het normale volume. Als een ziekenhuis en/of specialist meer volume produceert dan begroot in het DBC tarief, zou het tarief voor de overproductie gebaseerd moeten zijn op de marginale meerprijs, die aanzienlijk lager ligt dan het integrale DBC-tarief. Het werken met marginale meerprijzen gebeurt al enigszins in het B-segment (maar zou nog veel meer kunnen) en nog helemaal niet in het A-segment.

Deze maatregelen zullen, zeker in combinatie, leiden tot een meer beheersbare ontwikkeling van de volumes en dus de zorgkosten.

Bevindingen uit de veldverkenning

In de discussies tussen de OMS en VWS over de honorering van specialisten is het aggregatieniveau waarop gehonoreerd wordt ook aan de orde. VWS stuurt daarbij aan op honorering via het ziekenhuis. De vrij gevestigde specialisten vrezen dan voor hun fiscale status, maar zijn wel bereid om de honorering te aggregeren op het niveau van stafmaatschappen. De individuele specialist zou dan veel meer op basis van zijn zorginhoudelijke prestaties beloond gaan worden.

De LHV is geen voorstander van verschuivingen tussen inschrijftarief en consulttarief. De huidige verhouding (ongeveer 50/50) is in haar ogen het goede midden tussen een te hoge en een te lage productieprikkel.

De overgang naar marginale meer- en minderprijzen is slecht beperkt besproken in de draagvlakverkenning.

4.4.3 Verminder belemmerende financieringsschotten

Er is een aantal financieringsschotten die een optimale uitvoering van de zorg belemmeren. In de cure gaat het dan met name om de verhouding tussen het A-segment en het B-segment in de ziekenhuisfinanciering en de ex-post verevening, in de care gaat het om de ZVW, de AWBZ en de WMO.

4.4.3.1 De verhouding tussen het A-segment en het B-segment

Het A-segment in de ziekenhuisfinanciering wordt nog gefinancierd via de oude FB systematiek, wat tot een vast budget leidt. Het B-segment wordt gefinancierd via vrije onderhandelingen met verzekeraars. Op dit moment is er een prikkel bij zowel ziekenhuizen als bij verzekeraars om zoveel mogelijk kosten onder het A-segment te houden, waardoor de tarieven in het B-segment zo "schoon" en concurrerend mogelijk zijn. Dat leidt ertoe dat de kosten onder het A-segment onhelder worden en niet in een duidelijke verhouding staan met de financiering.

Het A-segment zou moeten worden beperkt in omvang. Tevens moet scherp worden gedefinieerd wat wel en niet gefinancierd mag worden vanuit dit A-segment. Alle andere kosten van het ziekenhuis moeten worden gefinancierd vanuit het B-segment. Doordat dit vrij onderhandelbaar is en goed vergeleken kan worden met andere ziekenhuizen, kan de markt hier zijn werk doen en tot optimale prijzen en transparantie leiden. Zeker als verzekeraars meer risico's gaan dragen doordat de verevening wordt afgebouwd.

Het vergroten van het B-segment wakkert overigens de volume prikkel weer aan. Dit zou dan ook gecombineerd moeten worden met de volume prikkel-dempende maatregelen uit de vorige paragraaf.

4.4.3.2 De ex-post verevening

De ex-post verevening heeft betrekking op een aantal ziekenhuiskosten en kosten voor specialistische zorg. Ook patiënten met erg hoge totale zorgkosten vallen onder de ex-post verevening. Het komt er op neer dat kosten die onder de ex-post verevening vallen, worden verdeeld over alle verzekeraars. De kosten die buiten de ex-post verevening vallen komen voor rekening en risico van de individuele verzekeraar zelf. Deze financieringsconstructie belemmert de herordening tussen de eerste en de tweede lijn. Sommige behandelingen zouden beter en goedkoper in de eerste lijn kunnen plaatsvinden, maar komen dan voor rekening en risico van de verzekeraar. Als de behandeling in de tweede lijn plaatsvindt (vaak duurder) dan worden de kosten verdeeld over alle verzekeraars. Als een verzekeraar investeert in een sterkere eerste lijn, kunnen deze investeringen niet worden terugverdiend door lagere kosten in de tweede lijn, want de investeringen zijn voor eigen rekening, terwijl de opbrengsten niet kunnen worden geïncasseerd.

Bevindingen uit de veldverkenning

De gedachte om verzekeraars meer risico te laten dragen door de ex-post verevening af te schaffen leeft breed in het veld. Ook bij verzekeraars zelf is bereidheid aanwezig om hier stappen in te zetten. Een belangrijke zorg bij verzekeraars is dat ook de macro nacalculatie wordt afgeschaft, waardoor het kind met het badwater wordt weggegooid. Ook is er bij verschillende verzekeraars de behoefte om bestaande onevenwichtigheden in de ex-ante budgettering op te heffen voordat de ex-post verevening wordt afgeschaft.

De ex-post verevening zou dus grotendeels moeten worden afgeschaft om de wenselijke verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn te stimuleren.

Grotendeels, want er zijn twee elementen in de ex-post verevening die niet belemmerend werken op deze verschuivingen en wel een belangrijk onderdeel zijn voor een evenwichtige financiering. Dat betreft de compensatie voor verzekerdenaantallen en de macro nacalculatie.

- **De compensatie voor verzekerdenaantallen**

De budgetten van verzekeraars worden ex-ante bepaald op basis van de verzekerdenaantallen per verzekeraar voor 1 januari van een bepaald jaar. Per 1 januari kunnen verzekerden overstappen naar een andere verzekeraar en veranderen dus de verzekerdenaantallen. Het spreekt voor zich dat de budgetten hierop moeten worden aangepast. Het budget moet als het ware meeverhuizen met de overstappende verzekerden.

- **De macro nacalculatie**

De macro nacalculatie compenseert voor inschattingfouten die gemaakt zijn bij de ex-ante budgettering. Ook is het voorgekomen dat in de ex-ante budgettering uitgegaan werd van een politiek wenselijke kostenontwikkeling, terwijl de realistische kostenontwikkeling hoger lag. Een ander element is dat soms door het jaar heen, onder druk van een beroepsgroep, de tarieven op landelijk niveau worden aangepast. Al dit soort factoren wordt gecompenseerd door de macro nacalculatie. Zonder deze nacalculatie gaan verzekeraars een politiek risico overnemen, wat extra onvoorspelbaarheid met zich meebrengt. Bovendien ontstaat er een grilliger premiebeleid. Onvoorziene tegenvallers in enig jaar worden opgevangen door een hogere premie in het jaar erop.

De macro nacalculatie werkt overigens ook de andere kant op. Als bepaalde zorgkosten lager uitkomen dan van tevoren voorzien, worden deze opbrengsten door de macro nacalculatie geïncasseerd door de overheid. Dit is bijvoorbeeld gebeurd toen verzekeraars het preferentiebeleid invoerden voor medicijnen; de opbrengst daarvan (landelijk meer dan € 300 miljoen) is via de macro nacalculatie bij de overheid terecht gekomen.

Wellicht is het verstandig eerst de andere elementen uit de ex-post verevening af te bouwen, voordat de macro nacalculatie wordt afgeschaft. Een voorwaarde voor afschaffing van de macro nacalculatie is in ieder geval, dat de onderhandelingen over tarieven in zijn geheel bij verzekeraars komt te liggen en niet meer bij VWS, NZa en CVZ. De overheveling van deze verantwoordelijkheid en de afschaffing van de macro nacalculatie zouden in de tijd gezien aan elkaar gekoppeld moeten worden.

Een neveneffect van het afschaffen van de ex-post verevening zal overigens zijn, dat de solvabiliteitseisen aan zorgverzekeraars worden verhoogd. Het risico neemt immers toe. Op dit moment hebben zorgverzekeraars een lagere solvabiliteitseis dan andere verzekeraars (9% van de premie in plaats van 25% van de premie). De solvabiliteitseis kan lager zijn, omdat de ex-ante budgettering en de ex-post verevening de risico's voor een groot deel neutraliseren. Valt de ex-post verevening weg, dan stijgt het risico en daardoor ook de solvabiliteitseis. En een hogere solvabiliteitseis zal waarschijnlijk leiden tot tijdelijk hogere premies, om de vermogens aan te vullen.

4.4.3.3 De financiering van de care

In de ouderenzorg worden instellingen geconfronteerd met drie financieringsbronnen; de ZVW, de AWBZ en de WMO. Het komt nogal eens voor dat de aanspraken die op deze financieringsbronnen gemaakt kunnen worden niet optimaal aansluiten op de optimale behandeling van een patiënt. Waardoor de patiënt tegen hogere kosten minder goede zorg krijgt, omdat het anders niet in het systeem past. Als de zorginstellingen zouden kunnen werken met een compartimentloze financiering, dan kan dat een zeer substantiële verbetering opleveren van de kosteneffectiviteit, terwijl de kwaliteit van de zorg omhoog gaat.

Zo'n compartimentloze financiering kan op verschillende manieren worden ingevuld. Mogelijke invullingen zijn:

- **Een vouchersysteem**

Een patiënt krijgt een voucher (een virtuele zak geld) die gevuld wordt vanuit de drie financieringsbronnen ZVW, AWBZ en WMO. De patiënt onderhandelt vervolgens met zorgaanbieders over de aanwending van het beschikbare geld. Er kan dan maatwerk voor de patiënt worden georganiseerd, los van de formele aanspraken die achter de ZVW, AWBZ en de WMO zitten. Dit systeem vereist dat de financiers van de voucher zich niet op microniveau met de aanwending bemoeien, maar hun inkooprol beperken tot het macro niveau en de gewenste outcome van de zorgaanbieders.

De indicatiestelling in dit systeem zou moeten gebeuren bij een regionale onafhankelijke instelling, bijvoorbeeld de gemeente.

- **De AWBZ ouderenzorg overhevelen naar de Zorgverzekeringswet**

Als de AWBZ ouderenzorg (na scheiden van wonen en zorg) zou worden overgeheveld naar de zorgverzekeringswet, dan vermindert het aantal loketten van drie naar twee. De zorgaanbieders hebben dan nog te maken met de verzekeraars en de gemeenten. Hiermee blijft een belangrijk financieringsschot bestaan; tussen de WMO enerzijds en de ZVW/ouderenzorg anderzijds. Wellicht kunnen verzekeraars op gemeentenniveau afspraken maken over de aanwending van de WMO, zodat niet op patiënt niveau telkens opnieuw bekeken moet worden welk beroep er op de WMO kan worden gedaan. De gemeente koopt dan als het ware een deel van de WMO in bij de zorgverzekeraar.

Naast de claimbeoordeling zou in dit systeem ook de indicatiestelling gedaan kunnen worden door de risicodragende verzekeraar.

Bevindingen uit de veldverkenning

Actiz geeft aan de het opheffen van de financieringscompartimenten een bezuiniging kan opleveren in de orde van € 2 miljard. In combinatie overigens met een verandering van mindset in de ouderen zorg. Van een mindset die gericht is op medicalisering en “recht op zorg” naar een mindset die gericht is op ze groot mogelijke zelfredzaamheid en zorg als aanvulling daarop.

Actiz geeft de voorkeur aan het vouchersysteem. ZN geeft de voorkeur aan de overheveling van de ouderenzorg naar de ZVW.

Naast praktische factoren speelt de politiek een grote rol in de systeemkeuze. De verschillende partijprogramma's geven allemaal een andere oplossing voor de toekomstige financiering van de ouderenzorg. Dat maakt het in het kader van dit rapport lastig om een veranderaanpak te adviseren. Het belangrijkste advies is: zorg voor een compartimentloze financiering van de ouderenzorg, zodat het zorgaanbod vrij is om zo creatief en praktisch mogelijk oplossingen op individueel niveau aan te bieden.

4.5 Een groeimodel naar integrale verantwoordelijkheid en bekostiging voor chronische patiënten in de eerste lijn

De eerste lijn is niet over de volle breedte in staat en bereid om met prestatiebekostiging aan de slag te gaan. Prestatiebekostiging in de eerste lijn is ook complexer dan in de tweede lijn. De tweede lijn kan worden afgerekend op de medische outcome van de behandelde patiënten. De eerste lijn zou moeten worden afgerekend op de gezondheidsontwikkeling op populatieniveau, wat een stuk lastiger meetbaar is.

Toch is het van belang om de eerste lijn integraal verantwoordelijk te maken voor chronische patiënten. Dit prikkelt de eerste lijn om, samen met andere partijen rondom de burger en de patiënt, invulling te geven aan de inloopt-functie en aan preventie. We zien ook dat een aantal eerstelijnsgroepen actief met deze ontwikkeling bezig is.

De weg naar integrale verantwoordelijkheid en bekostiging voor chronische patiënten zou via een groeimodel kunnen worden gefaciliteerd. Naast de huidige bekostiging via het inschrijftarief en het consulttarief kunnen twee bekostigingsmodellen worden aangeboden.

1. Extra toelagen voor extra inspanningen

Bovenop het huidige inschrijftarief kan een toelage worden betaald voor de extra inspanningen die de eerste lijn verricht in het kader van preventie en het invullen van de inloopt-functie. Om de integrale verantwoordelijkheid voor chronische patiënten te bevorderen kan een bonus worden gezet op minder doorverwijzen en meer zelf afhandelen.

2. Een integraal budget voor chronische patiënten

De eerste lijn krijgt voor elke chronische patiënt in haar populatie een risico-gebaseerd budget, inclusief de kosten voor farmacie en behandelingen in de tweede lijn. Financiering op deze manier stimuleert zowel de laagdrempeligheid en actieve gedragsbeïnvloeding aan de voorkant, als de integrale zorg voor chronisch zieken. Dit systeem bouwt voort op de huidige functionele bekostiging. Het verschil is dat nu in het tarief alleen de eerstelijnskosten zitten, terwijl straks in het tarief ook de kosten voor de tweede lijn en de farmacie zitten.

Bevindingen uit de veldverkenning

Het werken met integrale tarieven voor chronische patiënten, inclusief de kosten van de tweede lijn en de farmaciekosten, wordt niet gesteund door de LHV. Deze geeft de voorkeur aan de huidige inspanningsgerichte financiering. Wel is de verwachting dat op regionaal niveau zorggroepen de integrale financiering aan de slag willen gaan. Natuurlijk is een voorwaarde dat de precieze invulling in goed overleg verder wordt uitgewerkt.

De inkoop van de tweedelijns behandelingen voor chronische patiënten zou moeten worden gedaan door de eerste lijn en niet meer door de zorgverzekeraars; deze kopen in bij de eerstelijns groepen. De eerste lijn kan op het integrale tarief verdienen door meer aan preventie en gedragsbeïnvloeding te doen en door een optimaal begeleidingsproces in te richten voor de betreffende chronische patiënten. Hierdoor zijn minder uitstapjes naar de tweede lijn nodig en kunnen de kosten onder het integrale tarief worden gehouden.

Het integrale tarief voor een chronische patiënt kan worden afgeleid van het ex-ante budgetstelsel. Dit systeem berekent nu al de verwachte kosten per patiënt op basis van leeftijd, geslacht, sociaal economische status en ziektehistorie. Eerstelijns organisaties moeten wel voldoende schaal hebben om met dit model te werken. De schaal moet groot genoeg zijn om de zorgprocessen goed in te richten en om verantwoord met een gemiddeld integraal tarief te kunnen werken. Overigens volstaat de huidige contractering op jaarbasis niet voor dit systeem. Het kost enige tijd om de processen optimaal in te richten op de nieuwe, integrale verantwoordelijkheid. Het ligt dan ook voor de hand om voor deze integrale contractering met meerjarencontracten te gaan werken tussen verzekeraars en eerstelijns groepen.

De geschetste bekostigingsmodellen kunnen via een “opt-in” constructie worden aangeboden aan de eerste lijn. Een eerstelijns groep kan dus kiezen of ze via een van deze modellen, of via het traditionele inschrijftarief/consulttarief wil worden bekostigd.

Naarmate de integrale eerstelijns zorg inclusief het integrale tarief vruchten afwerpt in termen van betere gezondheid tegen lagere kosten, kan de

vrijblijvendheid in de keuze van bekostigingsmodel worden afgebouwd. De traditionele bekostiging zou bijvoorbeeld kunnen worden verlaagd, waardoor de prikkel om met integrale eerstelijns zorg tegen een integraal tarief te gaan werken wordt vergroot.

Het vergt, zoals gezegd, een behoorlijke schaal om in de eerste lijn op populatieniveau risico te dragen voor de integrale zorgkosten van chronische patiënten en de zorginkoop in de tweede lijn in te vullen. Hierbij moeten we toch wel denken aan minstens 30.000 patiënten per zorggroep. Deze omvang hoeft overigens niet alleen via fusies te worden gerealiseerd; ook is denkbaar dat via coöperaties of andere samenwerkingsvormen massa wordt gecreëerd van waaruit de risico's kunnen worden gedeeld en de zorginkoop kan worden vormgegeven. De inkoopkracht van deze eerstelijnsgroepen moeten we overigens niet onderschatten, ondanks de kleinere schaal van de zorginkoop dan de huidige zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn weliswaar veel groter, maar hebben weinig middelen om hun verzekerden/patiënten naar een ander ziekenhuis te sturen. De eerstelijnsgroepen hebben deze sturingskracht wel; het is immers de eerste lijn die grotendeels bepaalt naar welk ziekenhuis of welke specialist een patiënt wordt verwezen.

4.6 Concentratie en differentiatie van ziekenhuizen via volume-eisen

De huidige marktwerking met z'n sterke volumeprikkels leidt niet tot een optimale ordening van ziekenhuisfuncties. En het duurt nog even voordat we voldoende marktwerking hebben op basis van prestatiebekostiging. Ondertussen groeit in bij ziekenhuizen en specialisten het besef dat concentratie en differentiatie van behandelingen en ziekenhuisfuncties de kwaliteit van de zorg ten goede komt, terwijl de kosten omlaag kunnen. De ziekenhuizen en de specialisten geven aan hier zelf het voortouw in te willen nemen, maar er is wel enige druk van buitenaf nodig om de vrijblijvendheid van dit proces te verminderen.

De inschatting vanuit het veld zelf is dat het op korte termijn (medio 2011) mogelijk moet zijn om volumenormen op te stellen voor een aantal cruciale ziekenhuisfuncties. Te denken valt daarbij aan de spoedeisende hulp, de intensive care, verloskunde, complexe kankerchirurgie, hartchirurgie en neurochirurgie en wellicht nog een aantal andere behandelingen. Deze volumenormen moeten worden opgesteld op basis van een tweetal hoofdcriteria: minimale volumes die nodig zijn om voldoende *medische kwaliteit* en veiligheid te kunnen bieden en minimale volumes die nodig zijn om *bedrijfs-economisch* optimaal de noodzakelijke infrastructuur te kunnen benutten. Naast de volumenormen moeten randvoorwaarden worden opgesteld voor bereikbaarheid, gewenste landelijke spreiding en koppeling met opleiding, onderwijs en wetenschap.

Bevindingen uit de veldverkenning

In het veld wordt, hoewel er ook tegengeluiden zijn, over het algemeen erkend dat er een samenhang is tussen voldoende volume van behandelingen enerzijds, en hogere kwaliteit en lagere kosten anderzijds. Ook wordt de verwachting gedeeld dat de volumennormen voor de belangrijkste behandelingen en ziekenhuisfuncties relatief snel moeten kunnen worden vastgesteld, bijvoorbeeld voor medio 2011.

Zowel specialisten als ziekenhuizen willen zoveel mogelijk zelf aan het roer staan van de herordening. Dat geeft de beste garantie voor een kwalitatief verantwoord proces. Tegelijkertijd geeft iedereen ook wel aan dat enige druk van buitenaf (verzekeraar, overheid) nodig is om de vrijblijvendheid uit het veranderproces te halen.

Diverse gesprekspartners wijzen op het belang van een regionale aanpak. De concentratie en differentiatie van ziekenhuisfuncties en de verhouding eerste lijn / tweede lijn zijn vooral regionale kwesties. De partijen in de regio moeten dan ook om tafel om de herordening ter hand te nemen. De volumennormen en kwaliteitseisen kunnen landelijk worden ontwikkeld, maar de invulling moet regionaal gebeuren.

De volumennormen worden bij voorkeur opgesteld door de beroepsgroepen zelf, omdat deze het beste inzicht hebben in de relevante factoren en het corrigeren voor zaken als casemix en dergelijke. Bij het opstellen van de volumennormen en randvoorwaarden worden de patiëntenvertegenwoordigers betrokken, zodat deze het patiëntenbelang kunnen waarborgen. De IGZ toetst de normen op kwaliteitsaspecten en de verzekeraars toetsen de normen op bedrijfseconomische aspecten. De normen en randvoorwaarden worden vervolgens wettelijk verankerd (eventueel via de WBMV).

De partijen in de tweede en derde lijn krijgen vervolgens enige tijd om zich naar deze normen en randvoorwaarden in te richten, bijvoorbeeld tot eind 2012. Dit proces moet vooral regionaal plaatsvinden, in onderling overleg tussen alle betrokken partijen in de regio. Het heeft de voorkeur als partijen in goed onderling overleg tot een optimale ordening komen. Mocht dat niet lukken, of teveel tijd kosten, dan is het aan de verzekeraars om op basis van de gestelde normen en randvoorwaarden de zorg in te kopen. De zorginkoop voor 2013, die tweede helft 2012 wordt opgestart, zou moeten uitgaan van de gestelde normen en randvoorwaarden. Bij ziekenhuizen die niet aan de normen voldoen, wordt de betreffende zorg niet meer ingekocht en vergoed. Patiënten worden naar ziekenhuizen gestuurd die wel aan de normen voldoen.

Verzekeraars hebben op dit moment het probleem van te weinig legitimering voor het sturen van patiënten. Door gebrek aan kwaliteitstransparantie verdenkt de patiënt de verzekeraar al gauw van bevoordeling van de eigen portemonnee. Als de normen opgesteld zijn door de beroepsgroepen zelf, de steun hebben van de patiëntenvertegenwoordigers en wettelijk verankerd zijn, dan is er voldoende legitimering voor de sturende inkooprol van verzekeraars. Als verzekeraars deze sturing dan nog niet ter hand nemen, dan kan

terecht getwijfeld worden aan de noodzaak van het hebben van verzekeraars voor het optimaliseren van de gezondheidszorg in Nederland. De optie van één landelijk inkooporganisatie, gekoppeld aan één publieke zorgverzekering, komt dan weer nadrukkelijk op tafel.

Er zit een risico aan het laten opstellen van volumenormenten en randvoorwaarden door de beroepsgroepen zelf. Dat is dat de normen er niet of te laat komen, of dat normen niet alleen door de zorgkwaliteit en optimale aanwending van middelen worden bepaald, maar ook door de financiële belangen van de beroepsgroep. Het is daarom aan de inspectie om de normen daarop te toetsen en om bij het niet (tijdig) opstellen van normen deze normen zelf op te stellen en te adviseren aan de minister.

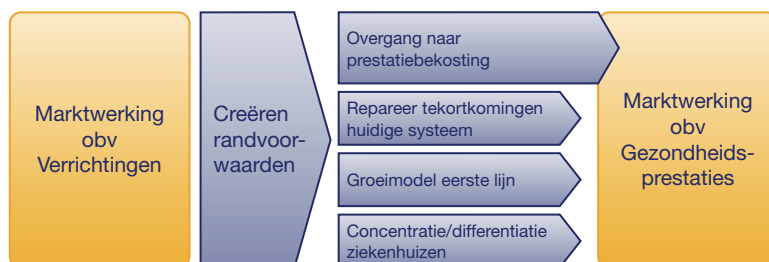
Het concentreren en differentiëren van ziekenhuisfuncties en –behandelingen leidt onvermijdelijk tot het verschuiven van werkzaamheden tussen de eerste en de tweede lijn en tussen ziekenhuizen onderling. Hierdoor zal op sommige plaatsen overcapaciteit ontstaan. Willen we de gewenste kostenbesparingen ook daadwerkelijk incasseren, dan moet deze overcapaciteit worden afgebouwd. En niet, zoals nu vaak gebeurt, weer worden opgevuld met nieuw zorgaanbod. Tegelijkertijd staan zorginstellingen voor de taak, mede onder de druk van financiers, om de aanwezige infrastructuur zo optimaal mogelijk te benutten. Deze instellingen hebben dan vrijwel niet de ruimte om de ontstane overcapaciteit ook echt af te bouwen. Een voorziening, in de vorm van een soort “vissersvlootregeling” (een saneringspot), zou het proces van capaciteitsafbouw kunnen faciliteren.

5 Een gezamenlijk veranderprogramma

De geschetste veranderingen vragen om een integraal georganiseerd veranderprogramma. Het succes van de veranderaanpak is afhankelijk van de goede samenwerking tussen alle partijen; zorgaanbieders, VWS, zorgverzekeraars, patiëntenvertegenwoordigers, toezichthouders, enz. Dit veranderproces laat zich niet sturen door op afstand aan de knoppen van de marktwerking te draaien. Er is samenhang en regie nodig om het proces goed te laten verlopen. Daarbij past een hands-on benadering vanuit VWS en een goed geborgde betrokkenheid van alle partijen. Zowel in de regio als op landelijk niveau.

5.1 De hoofdlijnen van het veranderprogramma

Het veranderprogramma zou betrekking moeten hebben op alle voorgestelde hoofdactiviteiten. Deze activiteiten hebben veel onderlinge samenhang en moeten allemaal in dezelfde richting wijzen. Het moet worden vermeden dat de korte termijn maatregelen de weg naar de langere termijn doelen belemmeren.



Het veranderprogramma zal in hoofdlijnen de volgende activiteiten bevatten:

- **Creëren randvoorwaarden**
 - Commitment creëren op de aanpak en de macrodoelstellingen (kwaliteit en kosten van de gezondheidszorg) tussen VWS en het veld
 - Inrichten programmaorganisatie en uitwerken programma-aanpak
 - Ontwikkelen regio-indeling
 - Opstellen overkoepelende fasering per ziektebeeld/behandeling
- **Ombouwen systeem van marktwerking op basis van verrichtingen naar marktwerking op basis van prestatiebekostiging (gefaseerd per ziektebeeld)**
 - Het ontwikkelen van outcome parameters voor de belangrijkste ziektebeelden en behandelingen
 - Regionaal toetsen en mee-ontwikkelen van deze outcome parameters
 - Opzetten landelijk meetsysteem voor outcome parameters

- Ontwikkelen en implementeren financieringsmodel voor beloning op basis van outcome parameters
- **Repareren tekortkomingen in het huidige systeem**
 - Afbouwen consulttarieven eerste lijn, verwerken in abonnementstarief
 - Financieren specialistische zorg op hoger aggregatieniveau
 - Meer/minder productie financieren met marginale meer/minderwerk tarieven
 - Versneld afbouwen ex-post verevening en A-segment
 - Compartimentloze financiering regelen voor ouderenzorg
- **Ontwikkelen groeimodel voor eerste lijn (gefaseerd per ziektebeeld en regio)**
 - Ontwikkelen kwaliteitsmodules en financieringsmodel voor preventie en inloofunctie
 - Ontwikkelen integraal financieringsmodel voor chronische patiënten in de eerste lijn
 - Toekennen en organiseren regionale best-practice projecten
 - Opzetten monitoring systeem voor best-practices
 - Regionaal realiseren best-practices
 - Vertalen best-practices naar landelijk niveau
 - Regionaal implementeren elders ontwikkelde best-practices
 - Monitoren ontwikkeling en implementatie best-practices
- **Concentratie en differentiatie van ziekenhuisfuncties (gefaseerd per ziektebeeld en regio)**
 - Ontwikkelen volumennormen voor ziekenhuisbehandelingen en -functies
 - Toekennen en organiseren regionale best-practice projecten
 - Opzetten monitoring systeem voor best-practices
 - Regionaal realiseren best-practices
 - Vertalen best-practices naar landelijk niveau
 - Regionaal implementeren elders ontwikkelde best-practices
 - Monitoren ontwikkeling en implementatie best-practices

5.2 Regionale aanpak, landelijke conditionering en uitrol

De basis van de veranderstrategie is een regionale aanpak, waarbij de ervaringen vanuit de regio vertaald worden naar de rest van het land. Daarbij wordt een fasering gehanteerd per ziektebeeld/behandeling.

Onderstaande tabel geeft aan welke activiteiten in de regio plaatsvinden en welke landelijk.

Regionaal	Landelijk
<ul style="list-style-type: none"> • Intekenen op best-practice ontwikkeling • Ontwikkelen best-practices • Fijnslijpen landelijke normen op basis van best-practices • Toetsen en mee-ontwikkelen van outcome parameters • Implementeren elders ontwikkelde best-practices 	<ul style="list-style-type: none"> • Bepalen fasering per ziektebeeld / behandeling • Ontwikkelen volumenormenten voor behandelingen en ziekenhuisfuncties • Ontwikkeling outcome parameters voor belangrijkste ziektebeelden • Opzetten meetsysteem voor outcome parameters • Ontwikkelen integraal financieringsmodel voor chronische ziekten • Ontwikkelen financieringsmodel voor beloning op outcome parameters • Uitzetten regionale best-practice projecten • Monitoren regionale best-practice projecten op voortgang en uitkomsten • Vertalen regionale best-practices naar landelijke normen • Landelijk uitrollen geslaagde best-practices

Het ligt voor de hand dat de regionale partijen (zorgaanbieders, verzekeraars en regionale patiëntenorganisaties) de regionale activiteiten coördineren, wellicht wel met een directe participatie vanuit VWS. De landelijke activiteiten zouden kunnen worden gecoördineerd door een nieuw op te richten platform waarin VWS participeert en de relevante koepelorganisaties en wetenschappelijke verenigingen.

Deze hoofdactiviteiten moeten natuurlijk worden uitgewerkt tot een concreet en gedetailleerd plan van aanpak. Daarbij zal ook de programmastructuur en –besturing moeten worden ingevuld. Deze uitwerking kan ter hand worden genomen als de voorgestelde aanpak zowel door VWS als door het veld wordt omarmd.

