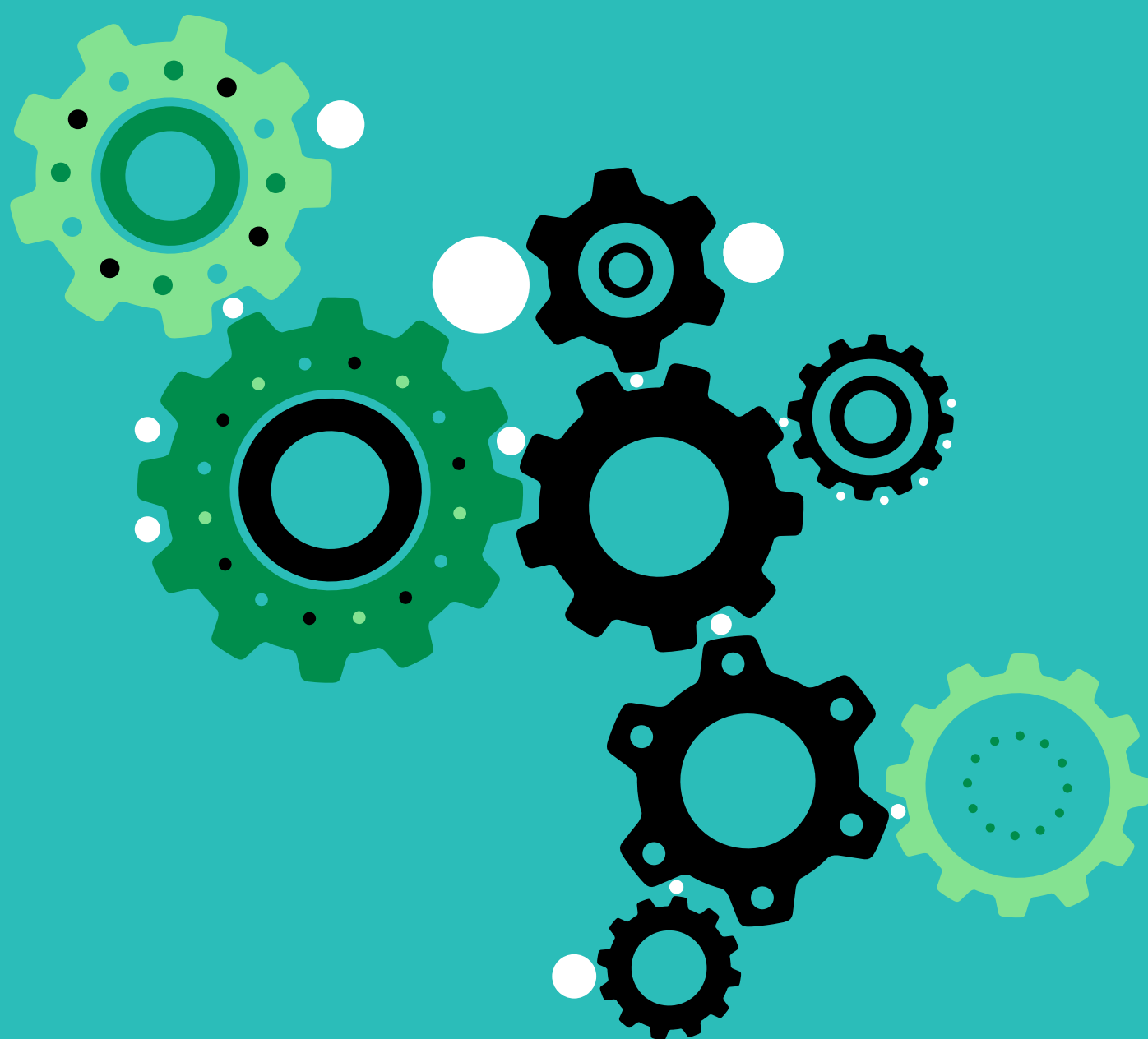


Waarom zit het systeem vast?

Belemmeringen die Waardegedreven Zorg
in de weg staan: een diagnose



Linnean

Waarom zit het systeem vast?

Belemmeringen die Waardegedreven Zorg in de weg staan: een diagnose

*Whitepaper namens Linnean werkgroep
Waardegedreven Bekostiging, versie 1.0*



Werkgroep*

Wink de Boer, MDL-arts bij Bernhoven | Monique Klerkx, Verloskundige & mede-eigenaar bij Verloskundigen Oosterhout en directielid Annature Geboortezorg | Sander Steenhuis, Senior onderzoeker en projectleider bij BUNDLE - Expertisecentrum Alternatieve Bekostiging in de Zorg.

Auteurs*

Ineke Middelveldt, Zelfstandig adviseur | Naomi Tielen, Consultant & eigenaar bij Canvas Healthcare Consulting | Geert van Hoof, Zelfstandig medisch adviseur bij Gepaste Zorg Advies | Pien Naber, Strategisch adviseur en programmamanager bij Naber Zorgadvies | Matthijs van der Linde, Programmaleider Linnean Initiatief.

Illustraties & design

Miesiyu heart to heart agency

** Deelnemers participeren op persoonlijke titel in de werkgroep*

Inhoud

1.	Inleiding	4
2.	Probleem	5
3.	Financiering en bekostiging	5
3.1	Kloof tussen domeinen en sectoren	6
3.2	Risicoverevening stimuleert substitutie en preventie niet	6
3.3	Prestatiebekostiging stimuleert productie	7
3.4	Onvoldoende differentiatie binnen bekostiging	7
3.5	Beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoopleidingen leidt tot ongelijk speelveld	7
3.6	Rendementseisen geldverstrekkers	8
3.7	Huidige bekostigingssystematiek belemmert samenwerking tussen sectoren en disciplines	9
3.8	Aanspraak op vergoeding niet altijd consistent	9
3.9	Structurele betaaltitel voor transmurale zorg ontbreekt	9
3.10	Beperkte speelruimte	10
4.	Organisatievorm en governance	10
4.1	Discrepantie in toezicht	10
4.2	Gedeelde bestuurlijke verantwoordelijkheid bemoeilijkt besluitvorming	11
4.3	Budgetverdeling binnen ziekenhuizen gezien als een verworven recht	11
5.	Contractering van ziekenhuizen	12
5.1	Verschillende zorgverzekeraars en ontbreken volgebeleid	12
5.2	Onderhandelaars aan beide kanten van de tafel financieel gedreven	13
6.	Transparantie van data en vertrouwen	13
6.1	Datasystemen zijn niet ontworpen voor zorgpaden	14
6.2	Koudwatervrees voor delen van data	14
6.3	Verschillen in interpretatie van privacywetgeving	15
7.	Leveranciers belemmeren waardegedreven zorg	15
7.1	IT-leveranciers houden uniformiteit tegen	16
7.2	Bij farma en med-tech prevaleert financieel belang boven toegevoegde waarde	16
8.	Belangen van zorgprofessionals	17
8.1	Gedrag en opleiding van zorgprofessionals	17
8.2	Professionele belangen belemmeren samenwerking en keuzes	18
9.	Tot slot	18
	Bijlage Financiering en bekostiging	20



1. Inleiding

De maatschappelijke problematiek van sterk stijgende zorgkosten, dubbele vergrijzing, grote gezondheidsverschillen en beperkte beschikbaarheid van zorgmedewerkers is voor iedereen bekend. Het is nodig om te interveniëren in het 'systeem' om de kwaliteit van zorg te borgen en de kosten in de hand te houden.

Begin 2022 is de werkgroep Waardegedreven Bekostiging binnen het Linnean Initiatief gestart. Bij de werkgroepleden bestond de indruk dat de huidige systeemwereld van bekostiging en financiële stromen op allerlei manieren belemmerend werken voor het duurzaam inrichten van waardegedreven zorg. Natuurlijk zijn er veel goede initiatieven, projecten, programma's en subsidies gericht op innovatie van bekostiging en financiering van zorg. Allemaal met als doel de zorg 'passender' en 'doelmatiger' te maken.

Echter, dat is met variabel succes. In een pilotsetting wordt verkend óf en hoe bekostigingsvraagstukken opgelost of verbeterd kunnen worden, maar we zien daarbij vaak dat er na een subsidieperiode een terugval komt door ontbrekende randvoorwaarden. De good practices blijken vaak moeilijk te verspreiden, doordat ze arbeidsintensief en bureaucratisch zijn in het aanvragen, uitvoeren en rapporteren. Het blijven maatwerkconstructies die de systeemwereld niet kunnen veranderen.

Een uitgebreide groep experts met een achtergrond in de verschillende partijen binnen de huidige systeemwereld van bekostiging en financiële stromen onderzocht - aan de hand van casuïstiek en voorbeelden in de medisch specialistische zorg - welke knelpunten in het systeem zitten. In dit artikel geven we inzicht in de belangrijkste geïdentificeerde belemmeringen en de mogelijke oorzaken daarvan. Dit biedt de mogelijkheid om in vervolgonderzoek aandacht te besteden aan mogelijke oplossingsrichtingen.

2. Probleem

Het huidige systeem van bekostiging en financiële stromen is complex, waardoor het aanwijzen van de exacte knelpunten niet eenvoudig is. Een integrale en heldere analyse is nodig van de problemen, oorzaken, knelpunten en belemmeringen in het systeem die de beweging in de richting van waardegedreven zorg in de weg staan. Dit om te voorkomen dat iedereen naar elkaar wijst of naar oplossingen springt.

De werkgroep heeft zich verdiept in de mogelijke oorzaken van het vastzitten van het systeem. De factoren die waardegedreven werken en de samenwerking die daarvoor nodig is belemmeren, hebben we gegroepeerd in de volgende thema's:

- financiering en bekostiging;
- organisatievorm en governance;
- contractering;
- transparantie;
- leveranciers;
- bijkomende belangen en prikkels.

Er zijn in de zorg verschillende belanghebbenden die een rol spelen in het vastlopen van het systeem. Onze overtuiging is dat alle raderen in het systeem verantwoordelijkheid moeten nemen en in actie moeten komen om het geheel in de goede richting te laten bewegen.

In de hoofdstukken van dit whitepaper bespreken we de genoemde thema's. Ook geven we voorbeelden van belemmeringen en belangen in het systeem van bekostiging en financiële stromen die verandering in de weg staan. De werkgroep heeft alleen kunnen kijken naar toepassingen in de medisch-specialistische zorg. Daarom richt dit artikel zich op dat deel van het zorgstelsel.

3. Financiering en bekostiging

In dit hoofdstuk belichten we de belemmeringen die voortvloeien uit de bekostigingsstructuur van de zorg. Hierbij is het belangrijk om onderscheid te maken tussen de termen 'financiering' en 'bekostiging'. Onder financiering verstaan we de bron van het geld dat wordt besteed in en aan de zorg. Bekostiging is de wijze waarop dit geld

vanuit de verschillende financieringsbronnen wordt verdeeld. In de volgende paragrafen bespreken we de door ons gesignaleerde knelpunten. In bijlage 1 geven we een beknopt overzicht van de financieringsstructuur.

[Klik hier voor meer informatie](#) →

3.1 Kloof tussen domeinen en sectoren

Vanwege de gescheiden geldstromen en de daarmee samenhangende inkoop-, registratie- en declaratieregels per sector en domein, stuiten veel initiatieven voor integrale zorg op belemmeringen. Denk aan het verschil in Eigen Risico (Zvw) en eigen bijdragen (Wlz), en de voorwaarden voor aanspraken (Zvw en Wlz). Of de verschillende financiële kaders (Macrobudget Zorg versus gemeentebudget). Aanpassingen in de Zvw en Wlz zijn alleen mogelijk met instemming van Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit en/of het ministerie van VWS. Tijdelijke subsidieregelingen of prestaties - die in een experimenteerfase ruimte bieden - stoppen vaak weer zonder dat een structurele verandering van de bekostiging is geregeld. Ook het verschil in de hoogte van de vergoedingen in de eerste- en tweedelij is een belemmering - los van de structuur. Daardoor is het lastig om expertise vanuit de tweedelij in de eerstelij in te zetten, omdat dat dan te duur is.

[Klik hier voor meer informatie](#) →

3.2 Risicoverevening stimuleert substitutie en preventie niet

De risicoverevening heeft als doel zorgverzekeraars financieel te compenseren voor verzekerden met een hoog risico op (hoge) zorgkosten. Hierdoor ontvangen zorgverzekeraars een hogere uitkering uit het zorgverzekeringsfonds in geval van veel verzekerden met een hoge zorgconsumptie. De uitkering is gebaseerd op de zorguitgaven in voorgaande jaren. Het afremmen van het zorggebruik, bijvoorbeeld door preventieprogramma's en substitutie van de (dure) tweedelij naar de (goedkopere) eerstelij, kan leiden tot een lagere uitkering uit het zorgverzekeringsfonds aan de zorgverzekeraar(s). Dit omdat de uitgaven van preventieprogramma's en eerstelijnszorg niet worden meegeteld in de berekening van de risicoverevening die zorgverzekeraars uit het zorgverzekeringsfonds ontvangen.

[Klik hier voor meer informatie](#) →

3.3 Prestatiebekostiging stimuleert productie

In de Zvw is sprake van prestatiebekostiging. Dat wil zeggen dat vergoeding plaatsvindt op basis van verrichtingen op individueel (verzekerden) niveau. Dus hoe hoger de productie (consulten, behandelingen etc), hoe hoger de opbrengsten. In de praktijk wordt dit afgeremd door in de contracten jaarlijkse omzetplafonds af te spreken: als de kosten boven dit plafond uitkomen, vergoeden de zorgverzekeraars dit minder of helemaal niet meer. Deze directe relatie tussen productie en opbrengsten stimuleert de productie en belemmert het verleggen van de aandacht naar uitkomsten. Ook wanneer in een periode gebruik wordt gemaakt van budgetten in de vorm van een aanneemsom, wordt aan het einde van de looptijd van dergelijke afspraken de (lagere) productie in de voorgaande jaren als basis genomen voor nieuwe afspraken. Als de zorgaanbieder dan de (organisatie-)kosten onvoldoende heeft kunnen beheersen, bestaat het risico dat deze kosten van de zorgaanbieder uit de pas gaan lopen met de opbrengsten uit de productie.

3.4 Onvoldoende differentiatie binnen bekostiging

Op dit moment geldt de DBC-systematiek voor de gehele medisch specialistische zorg. Er wordt in de bekostiging geen onderscheid gemaakt tussen bijvoorbeeld acute zorg, electieve poliklinische zorg of langdurige begeleiding in het kader van chronische zorg. De DBC-tarieven van veel geleverde zorg past daardoor niet altijd bij de werkelijke belasting van tijd en middelen of de mate van voorspelbaarheid van het gebruik ervan. Hierdoor bestaan er vanuit het perspectief van de organisaties hoog- en laag-risico-DBC's. Ieder met duidelijk verschillende consequenties voor de bedrijfsvoering. Zo kan er *cherry-picking* en *lemon dropping* ontstaan: electieve toelating tot de zorg van patiënten met een laag risico op complicaties en het weigeren van patiënten met een hoog risico.

3.5 Beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen leidt tot ongelijk speelveld

Voor een aantal zorgopleidingen is een subsidie beschikbaar, de zogenoemde beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen.

Klik hier voor meer informatie →

Deze vergoedt het verschil tussen de kosten van de opleiding en de opbrengsten die het genereert. Deze extra geldstroom biedt opleidingsziekenhuizen hogere inkomsten omdat zij - in vergelijking met niet-opleidende zorg-organisaties - een lagere kostenpost per

gewerkte fte hebben. Dit leidt mogelijk tot een ongelijk speelveld tussen opleidingsziekenhuizen en andere ziekenhuizen die geen gebruik kunnen maken van de subsidieregeling.

3.6 Rendementseisen geldverstrekkers

Voor het financieren van werkkapitaal en activa zijn zorginstellingen in grote mate afhankelijk van de toegankelijkheid tot de geld- en kapitaalmarkten (banken, private equity). Bij de financierbaarheid van de zorg bestaat een aantal knelpunten die het gevolg zijn van de huidige structuur van de zorgmarkt en regelgeving.

Klik hier voor meer informatie →

Door de declaratiestructuur zit er een verschil tussen het moment dat de zorg is geleverd, de gemaakte kosten, en het moment dat deze wordt vergoed door de zorgverzekeraar of gemeente. Het werkkapitaal dat zorginstellingen hiervoor moeten aanhouden komt grotendeels van de banken en in toenemende mate ook van private investeerders (private equity). Wijzigingen in de regelgeving, soms met terugwerkende kracht, leveren onzekerheid op voor zorginstellingen en financiers.

In het oude systeem van budgetbekostiging was de bekostiging vanuit de overheid georganiseerd en gegarandeerd. Sinds de invoering van de prestatiebekostiging zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor de bekostiging en moeten zij bedrijfsmatig opereren. De eigen vermogenspositie is daarom zeer belangrijk. De marges zijn dun en veel instellingen hebben weinig buffers. Steeds meer instellingen hebben een negatief rendement en zitten in de gevarezone.

Klik hier voor meer informatie →

Als er onvoldoende zicht is op een structureel gezonde exploitatie van zorginstellingen, kunnen accountants geen goedkeurende controleverklaring bij de jaarrekening van een zorginstelling afgeven. Ontbreekt een continuïteitsperspectief en/of blijven er grote twijfels bestaan over de financiële gezondheid, dan kunnen banken voor deze zorginstellingen afzien van de mogelijkheid om eenmalig af te wijken van de overeengekomen afspraken (een zogenoemde 'waiver'). Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn vervolgens aan zet om nieuwe afspraken te maken met het oog op de continuïteit van de instelling. Dit leidt vaak tot hogere tarieven en volumes - en dus hogere zorgkosten.

Klik hier voor meer informatie →

3.7 Huidige bekostigingssystematiek belemmert samenwerking tussen sectoren en disciplines

De huidige bekostigingssystematiek is weinig flexibel met betrekking tot interdisciplinaire en intersectorale samenwerking. Aangezien iedere sector een eigen systematiek kent, is het moeilijk om de juiste bekostiging te vinden voor samenwerking tussen de disciplines en over de sectoren heen. Uitgangspunt van de DBC-systematiek is de integraliteit: de medisch specialist die verantwoordelijk is voor de zorg (de hoofdbehandelaar) is ook verantwoordelijk voor de declaraties. Ook als deze zorg in netwerkverband wordt geleverd (zie verder). Door middel van Onderlinge Dienstverlening kunnen samenwerkingspartners de zorgkosten onderling verrekenen, maar dit leidt volgens de zorginstellingen tot extra administratieve lasten.

Klik hier voor meer informatie →

Daarnaast is de verdeling van de DBC-zorgproducten over de specialismen een belemmering voor intramurale samenwerking.

3.8 Aanspraak op vergoeding niet altijd consistent

Aanspraken op zorgbekostiging door bepaalde disciplines zijn niet altijd consistent beschreven. Zo is bijvoorbeeld een behandeling door een fysiotherapeut of oefentherapeut bij chronische pijn wél onderdeel van de aanspraken en bekostiging op medisch specialistische revalidatie. Maar is dezelfde zorg verleend in een multidisciplinair samenwerkingsverband in de eerstelijns, dan valt het niet binnen de aanspraken van de basisverzekering.

3.9 Structurele betaaltitel voor transmurale zorg ontbreekt

Transmurale afspraken tussen de eerste- en de tweedelijns worden meestal bekostigd via een groot aantal experimentele prestaties in segment S3 van de huisartsenzorg. Denk bijvoorbeeld aan meedenk- of meekijkconsulten door medisch specialisten. De prestaties drukken zo op het budget van de huisartsenzorg en de uitgaven van de zorgverzekeraars, omdat het eigen risico niet van toepassing is en deze zorgkosten niet meetellen in de risicoverevening. Een structurele betaaltitel voor transmurale zorg ontbreekt.

3.10 Beperkte speelruimte

De benodigde speelruimte in de bekostigingssystematiek om buiten de bestaande paden te treden, is beperkt. De Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten van de NZa biedt zorgaanbieders tijdelijk ruimte om te experimenteren met nieuwe vormen van bekostiging in de Zvw en Wlz. Maar deze biedt geen ruimte voor nieuwe interventies die (nog) niet aan de vergoedingscriteria van de Zvw en de Wlz voldoen. Voor dergelijke initiatieven kan gebruik worden gemaakt van de subsidieregeling Veelbelovende zorg, maar de ervaring leert dat hiervoor alleen dure tweedelijnsinterventies in aanmerking komen. Hierdoor zit de bekostigingssystematiek duurzame samenwerking tussen disciplines en sectoren dusdanig in de weg dat het verlenen van uitkomstgerichte zorg over de sectoren heen wordt belemmerd.

Klik hier voor meer informatie →

4. Organisatievorm en governance

In het vorige hoofdstuk zijn de belemmeringen in financiering en bekostiging benoemd die implementatie van waardegedreven zorg bemoeilijken. Maar er zijn meer oorzaken waardoor de zorg vast zit en moeilijk in beweging komt. Onder meer in de governance binnen het zorgsysteem. Hieronder verstaan we de manier waarop het zorgsysteem en de instellingen daarbinnen geleid en bestuurd worden. Zonder volledig te willen zijn, gaan we hieronder in op een aantal voorbeelden om dit te illustreren.

4.1 Discrepantie in toezicht

De sturing die wordt gegeven aan het zorgsysteem vindt plaats via de structuuronderdelen: wetgeving, financiering en toezicht. Wetgeving en financiering zijn met elkaar in lijn gebracht zodat de structuur van financiering de wetgeving in verschillende wetten volgt. Inhoudelijk toezicht op het zorgstelsel, ten aanzien van kwaliteit van de geleverde zorg, is afhankelijk van het wettelijk kader waarbinnen die zorg is geregeld. Toezicht op de inhoud en organisatie van de zorg geleverd in het kader van de Wlz en Zvw wordt uitgevoerd door de IGJ en NZa. Terwijl binnen de kaders van de Jw, Wpg en Wmo alleen door de IGJ toezicht wordt gehouden op de kwaliteit van zorg. Domeinen van kwaliteit en kosten worden zo versnipperd binnen en tussen gremia en niet in relatie tot elkaar afgewogen (denk aan effecten, veiligheid en doelmatigheid). Daarnaast heeft toezicht

geen focus op bijvoorbeeld overbehandeling en overdiagnostiek. Dit wordt soms financieel gestimuleerd en bij toezicht niet opgemerkt.

4.2 Gedeelde bestuurlijke verantwoordelijkheid bemoeilijkt besluitvorming

Ziekenhuisbesturen zijn eindverantwoordelijk voor het beleid en aanspreekbaar op de kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd hebben medisch specialisten wettelijk een niet overdraagbare medische verantwoordelijkheid voor de patiënten die zij behandelen. Omdat ziekenhuisbestuurders voor het invullen van hun eindverantwoordelijkheid afhankelijk zijn en blijven van het werk van medisch specialisten, zijn structuren, beleid en afspraken tussen medisch specialisten onderling en met de Raad van Bestuur (RvB) noodzakelijk. De medische staf is strategisch partner van de RvB en de RvB is afhankelijk van draagvlak onder de grote gemene deler van de medische staf. Gelijkgerichtheid is daarbij dus belangrijk, maar niet altijd vanzelfsprekend. Er zijn keuzes die de RvB niet maakt omdat dit geld kost, terwijl die bepaalde keuze volgens de artsen de zorg wel kan verbeteren. Daarbij is het interessant dat er veel interne prikkels zijn die gericht zijn op productie en niet op kwaliteit of doelmatigheid.

4.3 Budgetverdeling binnen ziekenhuizen gezien als een verworven recht

De impasse wordt versterkt door de vaste kostenstructuur van ziekenhuizen, waarbij een groot deel van het budget decentraal is belegd bij de medische afdelingen. De financiële speelruimte van de Raad van Bestuur is beperkt. Vaak is sprake van een historische interne verdeling van budgetten op basis van een vaste bezetting van de medische staf en de daarbij behorende capaciteit. De flexibiliteit is ook op het afdelingsniveau beperkt door het grote aandeel vaste kosten dat hiermee samenhangt. Het afdelingsmanagement is primair gericht op het optimaliseren van positie en bedrijfsvoering van de afdeling, en niet op het ziekenhuis als geheel. Er is een hoge (financiële) drempel om te 'snijden in eigen vlees' in het kader van spreiding en concentratie van zorg. In combinatie met de stevige positie van de afdelingshoofden binnen de ziekenhuizen, maakt dit het voor de Raad van Bestuur lastig om profielkeuzes te maken.

Dat verklaart voor een deel de complexiteit van het systeem waardoor er minder beweging is dan wenselijk zou zijn. Decentraal worden de losse 'winkels' geoptimaliseerd. Dit leidt niet per definitie tot een optimum voor de patiënt, de regio of het ziekenhuis. In dit whitepaper

ligt de primaire focus op MSZ en ziekenhuizen. Maar als het ziekenhuis niet in beweging komt, heeft dit effect op het hele systeem, mede gezien het grote aandeel in de kosten van MSZ binnen de Zvw.

5. Contractering van ziekenhuizen

Ziekenhuizen worden gecontracteerd door zorgverzekeraars voor de zorg die zij leveren. De wijze waarop contracteringsprocessen zijn georganiseerd helpt niet om waardegedreven zorg snel te implementeren.

5.1 Verschillende zorgverzekeraars en ontbreken volgbeleid

Zorgverzekeraars sturen binnen het zorgstelsel middels onderhandelingen met zorgaanbieders. De focus van de zorgverzekeraars ligt van oudsher vooral op zorgkostenbeheersing via budgetafspraken. De zorgverzekeraars kennen daarbij geen onderling volgbeleid. Dit betekent dat de inkoopvoorwaarden van de preferente zorgverzekeraar niet door de overige zorgverzekeraars worden overgenomen.

Om meer waardegedreven zorg te realiseren door afspraken in contractering, zal aandacht voor de inhoud van de zorg meer en meer onderdeel moeten worden van de afspraken tussen zorgverkopers van zorginstellingen en zorginkopers van verzekeraars. Verzekeraars beginnen in deze richting te bewegen door elk jaar thema's aan te dragen waarop gestuurd wordt. Er is echter geen lijn in de thema's tussen verzekeraars onderling. En het is onvoldoende afgestemd met de specifieke vraagstukken en strategieën die in een specifieke zorginstelling of regio op dat moment actueel zijn. Dit maakt het proces rommelig en weinig effectief.

De complexiteit wordt verder verhoogd doordat we anno 2024 een zorglandschap hebben met 10 zorgverzekeraars. Jaarlijks onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het beschikbare budget en de verdeling hiervan over de verschillende onderdelen van de zorg (productie). Omdat er geen volgbeleid is onder verzekeraars, gaat dit vaak gepaard met verschillen in de afspraken tussen enerzijds de ziekenhuizen en anderzijds 10 verschillende verzekeraars. Gemaakte afspraken worden vervolgens onderdeel van het prestatie management met afgeleide KPI's binnen de geledingen van de ziekenhuizen.

Om dit goed te organiseren zijn heldere en eenduidige targets nodig. Wanneer er met 10 verzekeraars verschillende kwalitatieve afspraken en afspraken gericht op transformatie in de contracten worden gemaakt, gaat dat niet goed functioneren. De versnippering maakt het opnemen van concrete doelen voor meer passende en waardegedreven zorg binnen de contractering van ziekenhuizen erg complex.

5.2 Onderhandelaars aan beide kanten van de tafel financieel gedreven

Een bijkomende complicatie is dat de onderhandelaars aan tafel komen met een financieel target. Het zijn de zorginkopers van verzekeraars die onderhandelen met de zorgverkopers aan de kant van de zorgaanbieder. Door inhoud gedreven medewerkers worden meestal niet betrokken bij de jaarlijkse onderhandeling, hoewel in een toenemend aantal ziekenhuizen ook artsen deel uitmaken van het verkoopteam. In gesprekken met bestuurders en de hogere echelons van de verzekeraar is men vaak positief als gaat over het betrekken van de zorginhoud bij de onderhandelingen. Terwijl het bij de onderhandelingen met zorginkopers net lijkt of deze gesprekken niet hebben plaatsgevonden.

De financiële targets, de korte jaarlijkse cyclus en de achtergrond van de betrokkenen zijn belemmerend voor het opnemen van meer strategische bewegingen in de afspraken, gericht op aanpassing van zorgprofielen en het opnemen van WGZ-indicatoren.

Op beperkte schaal zijn er pilots geweest met een andere rol en insteek van verzekeraars en ziekenhuizen bij onderhandelingen. Inkopers werden daarbij gefaciliteerd door andere incentives. Het gaat dan bijvoorbeeld over meerjarenafspraken waarin enkele kwalitatieve targets en meer financieel comfort bij krimp. Zo is er in geval van afbouw tijd om de kosten in lijn te brengen met de DBC-opbrengsten.

6. Transparantie van data en vertrouwen

Om tot een doelmatiger zorgsysteem te komen, is het van belang inzicht te krijgen in wat wel en niet waardegedreven zorg is. En alleen die zorg in het systeem te behouden die waardegedreven is. Betrouwbare en toegankelijke data zijn hierbij onmisbaar. Alleen met behulp van klinische data, PROMs én kostendata kan de doelmatigheid van de zorgpaden bepaald en vergeleken worden.

De kwaliteit - of liever de bruikbaarheid - van data laat nog veel te wensen over. Data zijn vaak onvolledig of onjuist of niet tijdig genoeg. Als er al data beschikbaar is, dan is het vaak heel lastig om te beoordelen in hoeverre de data bruikbaar is voor het doel waarvoor je ze wilt gebruiken. Dat geldt voor primair gebruik (in het zorgproces) maar ook voor secundair gebruik (voor onderzoek en statistiek). Dit belemmert het delen van data en het hergebruik ervan in hoge mate.

6.1 Datasystemen zijn niet ontworpen voor zorgpaden

Op dit moment zijn de meeste datasystemen die gebruikt worden ingericht op het intern gebruik van gegevens binnen afdelingen van instellingen, sectoren en domeinen, en voor het declareren van geleverde zorg. Vanuit de historie is de aandacht van deze systemen vooral gericht op de financiële administratie op DBC-niveau en niet op patiëntniveau. Dit betekent dat informatie over zorgpaden, effectiviteit en uitkomsten niet eenvoudig beschikbaar is als input voor analyses op effectiviteit en gemaakte kosten.

Om toch transparantie van de zorgpaden te krijgen, wordt gewerkt aan een regionale en landelijke architectuur waarin de zorg voor een patiënt vanuit alle zorgaanbieders wordt vastgelegd. Hierbij wordt gebruikgemaakt van afgesproken datasets en zorginformatiebouwstenen (ZIBs). Zo wordt er gewerkt aan het vastleggen van landelijke standaarden en het stimuleren van implementatie (Nictiz). Echter, de implementatie gaat traag omdat er onvoldoende prioriteit aan wordt gegeven en er onvoldoende landelijke inrichting en beheer is van de informatiesystemen.

Het ontbreekt bovendien aan transparante reële kostprijsberekeningen, waarbij werkelijk gemaakte kosten inzichtelijk zijn. Dat maakt het onmogelijk om te vergelijken op uitkomsten en werkelijke kosten en om het verbeterpotentieel te herkennen.

6.2 Koudwatervrees voor delen van data

Naast drempels om data inzichtelijk te krijgen, is er ook weerstand om in openheid de data met elkaar te delen, te vergelijken en te bespreken om eventuele verbetermogelijkheden te identificeren. Er is onzekerheid over de toepassing van het vergelijken van de inzichten in doelmatigheid van zorg, maar ook over de manier waarop de kwaliteits- en kosteninformatie gebruikt worden. Een goede verhouding van kwaliteit en kosten wordt gezien als een goed uitgangspunt voor onderhandelingen met zorgverzekeraars en om verbeteringen te tonen. Maar er is ook angst om zorg en budget te verliezen als de kwaliteit niet voldoet of de kosten niet met andere ziekenhuizen kunnen concurreren. Vertrouwen is

randvoorwaardelijk en het lijkt er dan ook op dat zorgverzekeraars en overheid niet in staat zijn geweest om het vertrouwen te winnen.

Omdat binnen zorgnetwerken de uitwisseling van tarieven en kostprijzen gevoelige informatie is en de ACM hierop handhaaft, kan dit alleen op basis van strikte voorwaarden. Soms wordt er gekozen voor een benchmark op basis van inspanningen, of een uitwisseling van data met een *trusted third party*. Dit laatste leidt vaak tot onwenselijk hoge kosten van de samenwerking.

6.3 Verschillen in interpretatie van privacywetgeving

Technisch gezien is het mogelijk om data uit te wisselen als aan de juiste voorwaarden wordt voldaan. Er bestaan wel verschillende interpretaties van de privacyregels en de benodigde aanpassingen in de infrastructuur en werkwijze die belemmerend werken om tot data-uitwisseling te komen. Dit komt onder meer doordat privacywetgeving (AVG) vrij jong is en er nog beperkte jurisprudentie en richtlijnen zijn die interpretatie en de juiste omgang met data verhelderen. Daarnaast zijn er interpretatieverschillen over de eisen en randvoorwaarden waaraan data moeten voldoen om gedeeld te mogen worden. Een vraag is bijvoorbeeld wanneer data voldoen aan de definitie ‘niet tot het individu herleidbaar’. Deze onduidelijkheid leidt tot de keuze om maximaal beschermend te zijn ten aanzien van de data en het delen daarvan zoveel mogelijk te beperken. Het zorgt er ook voor dat partijen überhaupt niet aan hervormingen beginnen, omdat het op voorhand al als te ‘vermoeiend’ wordt ervaren.

7. Leveranciers belemmeren Waardegedreven Zorg

Op het zorglandschap worden ook krachten uitgeoefend door partijen die zelf geen zorg leveren, maar als toeleverancier kunnen worden gezien. Bijvoorbeeld leveranciers van apparatuur en hulpmiddelen, epd's en geneesmiddelen. Deze leveranciers hebben hun eigen (omzet-) belangen en deze zijn vaak niet in lijn met het maatschappelijk belang van een zo doelmatig mogelijke zorg en ondersteunende infrastructuur. Dit is enerzijds logisch, want de zorgorganisaties leven in de wereld van gereguleerde marktwerking, maar de

partijen eromheen niet. Anderzijds is maatschappelijk verantwoord ondernemen ook voor marktpartijen steeds meer van belang, en niet alleen het maximaliseren van het financieel rendement op de korte termijn.

We gaan hier kort in op leveranciers van informatiesystemen en farmaceutische bedrijven.

7.1 IT-leveranciers houden uniformiteit tegen

Vanwege het verdienmodel van leveranciers van informatiesystemen hebben zij meer belang bij maatwerkoplossingen dan het inrichten van een landelijke uniforme oplossingen. En artsen willen dat ook graag, omdat ze denken dat hun specialisme in een bepaald ziekenhuis uniek is, waardoor elk EPD speciaal voor hen dient te worden ingeregeld. Terwijl de patiënt en arts misschien wel uniek zijn en dat moet in een EPD kunnen, maar de manier van vastleggen is niet uniek.

Vanuit maatschappelijk perspectief en vooruitgang op het gebied van waardegedreven zorg, is meer uniformiteit in de inrichting van systemen op basis van landelijke, uniforme datasets zeer zinvol. Voor de primaire zorgactiviteiten en gestroomlijnde uitwisseling van informatie binnen het netwerk, maar ook voor data-aggregatie, analyse, monitoring en benchmarking. Meer uniformiteit wordt echter niet ondersteund en soms zelfs tegengehouden door de leveranciers. In andere sectoren zien we de overheid meer uniformiteit afdwingen.

Een ander probleem is dat de informatiesystemen in silo's zijn ingericht. Het is heel ingewikkeld om data en notities te kunnen hergebruiken op andere plekken in de keten volgens het zorgpad van de patiënt. Dit bemoeilijkt het uitvoeren van economische of doelmatigheidsanalyses op patiëntniveau.

7.2 Bij farma en med-tech prevaleert financieel belang boven toegevoegde waarde

Het belang van farmaceuten ligt bij het behouden en laten groeien van de bedrijfswaarde. Deze waarde is noodzakelijk om aan rendementsverwachtingen van aandeelhouders te voldoen en onderzoeken naar nieuwe geneesmiddelen te kunnen financieren. De geneesmiddelen die op de markt zijn, moeten dan ook voldoende omzet en winst opleveren om de hoge kosten van geneesmiddelonderzoek – inclusief de kosten van gecancelde producten en studies – te kunnen dekken. Er is een groot financieel belang en sterke

behoefte aan voorspelbaarheid bij farmaceutische bedrijven. Hierdoor worden al in de ontwikkeling bepaalde keuzes gemaakt die niet leiden tot doelmatige, geïndividualiseerde en passende geneesmiddelen. Een voorbeeld is de registratie van geneesmiddelen op basis van vaste doseringen, ongeacht het gewicht van de patiënt. Daarnaast wordt de prijsstelling van geneesmiddelen gebaseerd op beoogde toegevoegde waarde voor patiënt en maatschappij. Maar de uitkomsten op de lange termijn kunnen niet altijd goed onderbouwd worden.

8. Belangen van zorgprofessionals

In voorgaande paragrafen zijn veel belemmeringen, belangen en prikkels benoemd. We beschrijven hier tot slot nog enkele voorbeelden van niet-financiële belangen en prikkels die ook van invloed zijn op het maken van waardegedreven keuzes.

8.1 Gedrag en opleiding van zorgprofessionals

Een bijkomende belemmering voor het reduceren van productie is de angst bij artsen om fouten te maken of medische issues te missen. Door deze angst zijn artsen geneigd om extra (deels overbodige) onderzoeken aan te vragen om maar niets te missen. Ook worden zorgprofessionals opgeleid om conform richtlijn te handelen. En de richtlijn is gericht op de uitzondering en is vaak niet gebaseerd op patiënt-gecentreerde-uitkomsten. Tot nu toe is evidence based medicine de basis van richtlijnen en de hiermee samenhangende protocollering. Mogelijk is hier de balans zoekgeraakt en zijn zaken als experience based en patient based wat uit het zicht geraakt. Richtlijnen hebben ook geen toets op betaalbaarheid of effectiviteit of gezondheidswinst.

De IGJ zou een meer nadrukkelijke rol zou kunnen spelen in de transitie. Een zoektocht naar een goede balans en ervaren veiligheid bij gemotiveerd en in overleg met patiënt afwijken zou zeer helpend zijn. Het afwijken van de richtlijn – bijvoorbeeld omdat de patiënt een andere keuze wil maken dan de richtlijn adviseert – wordt als risicovol ervaren en kan leiden tot missers of aanklachten. Toch vinden we het belangrijk dat samen met de patiënt alle opties de revue passeren met eventuele voor- en nadelen. En dat er ook samen een keuze voor bij de patiënt passende zorg wordt gemaakt. Hierbij zou wellicht het kostenaspect een grotere rol moeten spelen, waar dat nu niet het geval is.

8.2 Professionele belangen belemmeren samenwerking en keuzes

Zorgorganisaties en professionals hechten waarde aan zichtbaarheid, reputatie en aanzien. In de ogen van veel professionals moet dit eigenstandig bereikt worden. Het gevolg daarvan is dat deze professionele belangen en interesses – zoals het profileren als expertisecentrum en opleidingscriteria voor bepaalde professionals – bijdragen aan weerstand tegen samenwerking en het overdragen van (delen van) de zorg.

Volumenormen spelen onverminderd een rol. Deze dwingen soms tot een andere rol- en taakverdeling in de regio. In het geval van het overdragen van bepaalde zorg aan andere centra, heeft dat consequenties voor de opleidingen, onderzoekslijnen, het afschrijven van speciale apparatuur en of detacheren van expertise naar andere ziekenhuizen. Dat leidt tot weerstand omdat het beeld is dat afdelingen of vakgroepen hierdoor minder aantrekkelijk worden.

9. Tot slot

De conclusie is dat het huidige systeem van bekostiging en financiële stromen inderdaad op verschillende vlakken het pad naar waardegedreven zorg belemmert. Een belangrijk knelpunt is dat bij veel stakeholders de focus ligt op productie in plaats van het creëren van brede gezondheid voor de patiënt. Dit komt door de bekostigingssystematiek, waarbij verrichtingen betaald worden, en wetten en regels die onvoldoende op elkaar aansluiten en die samenwerking bemoeilijken. Ook ingewikkelde governance modellen op micro-, meso- en macroniveau en juridische vraagstukken staan een verandering naar gestroomlijnde patiëntenzorg in de weg.

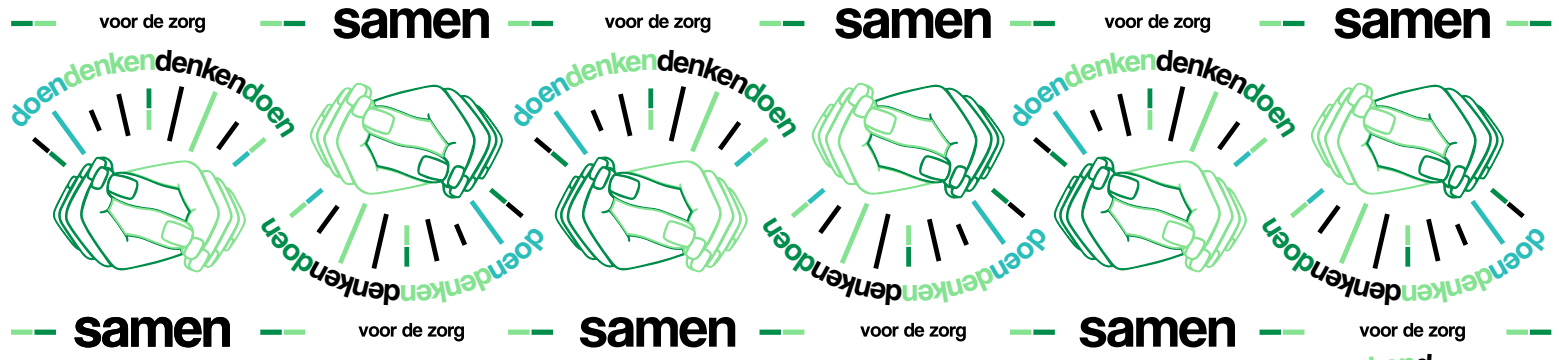
Marktwerking werkt in de hand dat elk ziekenhuis tenminste probeert om een stabiele positie in de zorg te behouden, of daarin misschien zelfs liever nog wat groeit. De terugtrekkende overheid heeft continuïteit op het bord van de bestuurder gelegd die daardoor wordt gedwongen tot financiële stabiliteit en groei. Dat betekent in de praktijk dat bij een verschuiving van veranderende rol- en taakverdeling bij patiëntengroepen gezocht wordt naar compensatie. Vaak wordt de hele portfolio van ziekenhuizen en de verdeling daarvan in de discussie betrokken. In de regel wordt gestreefd naar een win-win-situatie: als een ziekenhuis iets aan zorg inlevert is het 'logisch' dat het er iets anders voor terugkrijgt. De

uitkomst is afhankelijk van personen, de visie, de beleving van de eigen maatschappelijke rol, de status als opleidingsziekenhuis of een gerichtheid puur op financieel resultaat.

Verzekeraars zouden meer ondersteuning en comfort bij verschuivingen kunnen bieden. Maar zij worden belemmerd door hun eigen rol in het financiële systeem. Een investering moet worden terugverdiend en daar moet voldoende zekerheid over zijn. Zorginkopers hebben daarbij te maken met een prikkel om goede onderhandelingsresultaten te behalen waardoor de premie voor zorgverzekeringen concurrerend kan blijven. Ook verzekeraars zitten in een concurrentiemodel waarin ze beogen marktaandeel te behouden of te winnen.

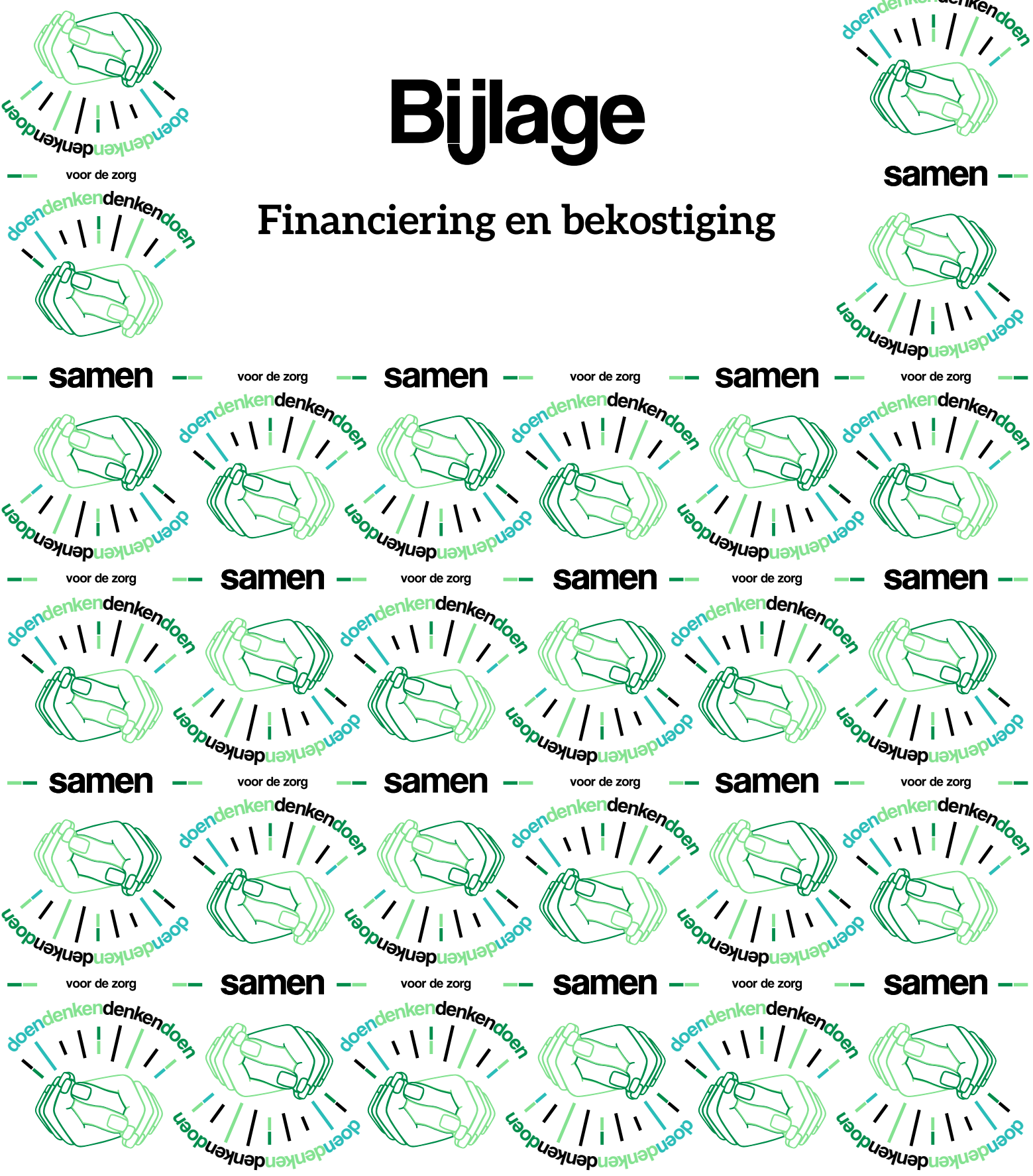
We horen vaak dat de huidige regelgeving ruimte laat voor creativiteit en meer waardegedreven keuzes. Zoals we hebben laten zien, zijn de vraagstukken zo complex, dat het voor alle betrokkenen, waaronder zorgaanbieders en zorgverzekeraars, moeilijk is om de juiste wegen te vinden. Om het geheel wel in beweging te krijgen zijn systeemveranderingen nodig. Belangen en prikkels zullen meer gelijkgericht moeten worden. We gaan graag met stakeholders in gesprek om de geïdentificeerde belemmeringen tegen het licht te houden en oplossingsrichtingen te verkennen.





Bijlage

Financiering en bekostiging



Bijlage: Financiering en bekostiging

De financiering van het Nederlandse zorgveld is opgedeeld in domeinen en sectoren. De domeinen worden bepaald door de wettelijke kaders van de:

- **Zorgverzekeringswet (Zvw);**
- **Wet Langdurige zorg (Wlz);**
- **Jeugdwet (Jw);**
- **Wet Publieke Gezondheid (Wpg);**
- **Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).**

De inkoop en bekostiging van de zorg sluit aan bij deze wettelijke domeinen. Voor de Zvw en Wlz zijn de zorgverzekeraars en de zorgkantoren verantwoordelijk, waarbij de inhoud grotendeels wordt bepaald door het ministerie van VWS en het Zorginstituut Nederland en de regels voor de bekostiging door de Nederlandse Zorgautoriteit op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). De uitvoering van de overige zorgwetten (Jw, Wpg, Wmo) ligt in handen van de gemeenten. Er is geen (bestuurs-)orgaan dat toeziet op de inhoud van deze zorg. Gemeenten hebben daarvoor aanzienlijk meer beleidsvrijheid dan de zorgverzekeraars/zorgkantoren.

Binnen de Zvw en Wlz gelden verschillende aanspraken met ieder eigen regelingen over financiering en bekostiging. Het te besteden (macro-) budget wordt jaarlijks in de begroting van het ministerie van VWS vastgesteld. Daarbij worden bedragen per sector/aanspraak vastgelegd die de basis vormen voor de inkoop door zorgverzekeraars.

De bron van de financiering van de Zvw en Wlz is het Zorgverzekeringsfonds, resp. Het Fonds langdurige zorg. Deze fondsen worden gevuld uit de belastingen. Daarnaast dragen verzekerden bij aan de financiering van de Zvw via de nominale maandelijkse premies die per zorgverzekeraar verschillen. In aanvulling daarop kan een aanvullende zorgverzekering worden afgesloten voor zorg die niet onder de basisverzekering valt.

De basis voor de zorgkosten in het gemeentelijk domein ligt in het Gemeentefonds. Dit met belastinggelden gevulde fonds wordt op basis van inwoneraantal en -profielen verdeeld over de Nederlandse gemeenten. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van specifieke uitkeringen, bijvoorbeeld voor zorggerelateerde onderwerpen, zoals preventie.



Geldverstrekkers

Voor het financieren van werkkapitaal en activa zijn zorginstellingen in grote mate afhankelijk van de toegankelijkheid tot de geld- en kapitaalmarkten (banken, private equity). Bij de financierbaarheid van de zorg bestaat een aantal knelpunten die het gevolg zijn van de huidige structuur van de zorgmarkt en regelgeving. Door de declaratiestructuur zit er een verschil tussen het moment dat de zorg is geleverd, de gemaakte kosten en het moment dat deze wordt vergoed door de zorgverzekeraar of gemeente. Het werkkapitaal dat zorginstellingen hiervoor moeten aanhouden komt grotendeels van de banken en in toenemende mate ook van private investeerders (private equity).

Risicoverevening

Iedere Nederlander is verplicht zich te verzekeren voor de basisverzekering. Dat brengt met zich mee dat zorgverzekeraars geen verzekerden mogen weigeren. Met als risico dat het aantal verzekerden met een groot risico op hoge kosten niet evenredig is verdeeld over de zorgverzekeraars. Om dit risico voor de zorgverzekeraars te beperken, wordt gebruik gemaakt van een risicovereveningssysteem. Hierdoor worden zorgverzekeraars gecompenseerd met een extra bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds op grond van het risicoprofiel van hun verzekerden. Deze risicoprofielen zijn voor een groot deel gebaseerd op het zorggebruik in voorgaande jaren, zoals dat blijkt uit de gedeclareerde zorgkosten.

De risicoverevening heeft als doel zorgverzekeraars financieel te compenseren voor verzekerden met een hoog risico op (hoge) zorgkosten. Hierdoor ontvangen zorgverzekeraars een hogere uitkering uit het zorgverzekeringsfonds in geval van hoge zorgconsumptie. Afremmen van het zorggebruik – bijvoorbeeld door preventieprogramma's - zou leiden tot een lagere uitkering uit het zorgverzekeringsfonds aan de zorgverzekeraar(s).

Beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen

Voor een aantal zorgopleidingen is een subsidie beschikbaar, de zogenoemde beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen. Deze vergoedt het verschil tussen de kosten van de opleiding en de opbrengsten die het genereert. Als de subsidie hoger is dan de kosten die voor de opleiding worden gemaakt, ontstaat een ongelijk speelveld met de instellingen die geen beroep kunnen doen op de opleidingsgelden.

DBC-systematiek

De zorg die geleverd wordt door de medisch specialistische disciplines vallen onder de DBC-systematiek. Deze bestaat uit twee onderdelen:

- de DBC-zorgproducten: pakketten van verschillende handelingen die binnen een zorgpad in een bepaalde afgebakende periode plaatsvinden;
- de overige zorgproducten: losse verrichtingen die naast of in samenhang met een DBC kunnen worden gedeclareerd.

Uitgangspunt van de systematiek is de integraliteit: de medisch specialist die verantwoordelijk is voor de zorg (de hoofdbehandelaar) is verantwoordelijk voor de declaraties. Ook als deze zorg in netwerkverband wordt geleverd. Door middel van Onderlinge Dienstverlening kunnen samenwerkingspartners de zorgkosten onderling verrekenen.



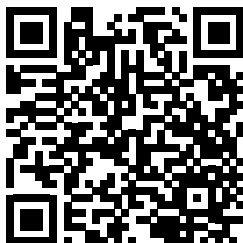
Linnean

Doendenkers voor de zorg

Betekenis 'doendenken'

doen·den·ken (*werkwoord, onbepaalde wijs*)

1 als passie voor de zorg wordt omgezet naar concrete daden, naar innovatieve prestaties die bepalend zijn, het goede voorbeeld geven en die iedereen en alles in beweging brengen.



Sluit ook aan bij het Linnean Initiatief en **doendenk** mee! Al meer dan 1.650 mensen gingen je voor. Ga naar linnean.nl of scan de QR code



Waarom zit het systeem vast?

Belemmeringen die Waardegedreven Zorg
in de weg staan: een diagnose

Linnean