

Verlag Linnean rondetafel ‘Waarom zit het systeem vast en op weg naar oplossingen’ van 1 oktober 2024



Met genoegen kijken we terug op een geslaagde middag waarin >40 experts uit alle domeinen van de Nederlandse gezondheidszorg met elkaar in gesprek gingen over oplossingsrichtingen voor het Nederlandse zorgsysteem aan de hand van de verschillende thema's en invalshoeken die in de Linnean whitepaper ‘Waarom zit het systeem vast: belemmeringen die waardegedreven zorg in de weg staan – een diagnose’ staan beschreven.

Alle aanwezigen waren ervan overtuigd dat de manier waarop het huidige zorgsysteem is ingericht niet is opgewassen tegen de uitdagingen die ons in de maatschappij en in de zorg te wachten staan. Over de oplossingsrichtingen lopen de meningen uiteen: sommigen zien ruimte voor verbetering binnen het bestaande systeem, terwijl anderen vinden dat structurele aanpassingen nodig zijn.

Disclaimer: We willen benadrukken dat de scope van dit document een verslaglegging van hetgeen op 1 oktober 2024 door de aanwezigen is benoemd. En dat de rondetafel naar aanleiding van de whitepaper is, waar de MSZ als scope is gekozen. We sluiten niet uit dat er ook andere oplossingsrichtingen zijn. Verder is het essentieel dat elk van de benoemde oplossingsrichtingen eerst en vooral verder moet worden uitgewerkt, onderbouwd met feiten en cijfers, verwachte implicaties en risico's moeten worden onderzocht, voordat besluiten en interventies in het zorgsysteem worden gedaan.

Om met de voorlopige conclusie te beginnen: tijdens de plenaire terugkoppeling was de rode draad het inzetten op regioperspectief waarin alle stakeholders betrokken zijn en waarbij een horizon van ten minste vijf, maar liever tien jaar wordt aangehouden. Verzekeraars zouden betrokken moeten worden bij de planvorming, en niet zoals nu alleen toetsend acteren. Daarbij is het uitgangspunt dat de behoefte van de burgers/cliënten leidend is en integraliteit in samenwerking en bekostiging een belangrijke voorwaarde. De reikwijdte van de samenwerking betreft niet alleen de zorg; ook sociaal domein en de buurt horen bij de integrale benadering.

Het thema schaarste werd vaak genoemd. Hoe kunnen we schaarse mensen en middelen het meest effectief en efficiënt inzetten? Hoe komen we in de spreekkamer tot meer realiteit? Er zijn

interventies nodig op richtlijnen, maar ook op het contracteren en bekostigen. Hoe komen we met zijn allen in beweging? In de verschillende deeltafels werd hierover gediscussieerd:

Deeltafel Financiering en bekostiging

Startpunt zou het perspectief van burgers en patiënten moeten zijn – wat is gezondheid en wat hebben zij nodig? Het moet eerst gaan over doel en inhoud, bij voorkeur vanuit de regio. Dat vraagt een paradigmashift; meer aandacht is nodig voor welzijn in bredere zin. We zullen keuzes moeten maken binnen de zorg, maar ook tussen sectoren, inclusief de vraag: hoe verdelen we de schaarste? Móet alles wat kan?

Geld of financiering/bekostiging is een middel om dat doel te bereiken. Waar kunnen we beginnen bij ingrepen in de bestaande bekostiging om het doel te bereiken? En vervolgens hebben we het over het verdienmodel. Kortom, er is een andere kijk nodig dan ‘wat levert het mij op?’

Suggesties voor ingrepen in bestaande bekostiging:

- We moeten af van de verkokering in financiering door zorgverzekeringswet (ZVW), wet langdurige zorg (WLZ) en wet maatschappelijke ondersteuning (WMO);
- Gepleit wordt voor het loslaten van individuele aanspraken. Kijken naar bundels per groep. Loslaten van historische budgetten;
- Overweeg een regionaal budget met één verzekeraar. Eenduidig beleid en onderling vertrouwen is daarbij cruciaal. Met aandacht voor integraliteit van zorg. Aan de andere kant helpt concurrentie tussen verzekeraars om doelmatigheid te vergroten;
- Nog wat verder gaat een suggestie voor domeinoverstijgende populatiebekostiging van wieg tot graf. Bijvoorbeeld gedifferentieerd naar subgroepen. Ter overweging om zorg en welzijn daarin te combineren. Maar het verdeelvraagstuk blijft lastig;
- Vereveningsmodel; productiegerelateerde verevening afschaffen? Bad-practices die doelmatige en passende zorg in de weg staan in kaart brengen en het model aanpassen;
- We moeten af van de feeders en bleeders in ziekenhuizen; we zouden budgetneutraal kunnen schuiven op basis van reële kostprijzen. Hierdoor wordt het makkelijker om portfolioveranderingen door te voeren en in de regio zorg te verplaatsen;
- Bewegen door schaarste: de suggestie werd gedaan om alle budgetten bij alle instellingen te bevriezen voor bijvoorbeeld 10 jaar. Schaarste neemt toe met de groeiende zorgvraag en het is aan de instellingen zelf om daar oplossingen voor te vinden. Zo wordt rust gecreëerd aan de inkomstenkant en komt iedereen in beweging om de gewenste effectiviteit en efficiëntie te verhogen. Dat dwingt om keuzes te maken en doelmatiger te werken.

Deeltafel contractering

Bij het inzoomen op de contractering werd ook hier door de verschillende groepen ingezet op regionaal niveau te gaan sturen op gezondheid en welzijn in plaats van ziekte en productie. Eerst moeten duidelijke inhoudelijke doelstellingen gericht op de transformatie worden opgesteld, en vervolgens moet de bekostiging en contractering daarop aansluiten. De transformatiegelden kunnen worden gezien als financieel smeermiddel voor aanpassing van bestaande faciliteiten en infrastructuur aan de nieuwe situatie.

Primaire gedachte is om een model in te richten van coördinatie en kaders op landelijk niveau met daarbij sturing op regionaal niveau om te voldoen aan de lokale context en behoeften. Op

dat regionale niveau worden gezondheidsdoelstellingen en meetbare KPI's over de domeinen heen opgesteld en op basis daarvan budgetten gealloceerd. Een belangrijke voorwaarde is verschuiving van transactionele naar relationele contractering, waarbij samenwerking en vertrouwen centraal staan. Met de focus op lange termijn relaties en gezamenlijke doelen. Dit vergt ook gespecialiseerde scholing voor zorginkopers en -verkopers. Contractering is een vak apart, met grote financiële belangen (in totaal wordt 110 miljard euro verdeeld) en specifieke competenties. Er kan daarbij gekeken worden naar innovatieve contracteringsmethoden die het werken aan de beoogde doelen ook werkelijk ondersteunen.

Regionale samenwerking begint al tot stand te komen op basis van regiobeelden en-plannen. Volgens de deelnemers aan de rondetafel is het minimaal nodig om regionaal sterker te sturen op volgsbeleid tussen zorgverzekeraars of de zorgverzekeraarsmarkt in te dammen naar een structuur met één of twee zorgverzekeraars per regio. Analoog aan de rol van de zorgkantoren in de Wlz. Toezicht moet hierbij goed geregeld zijn om te bewaken dat de verantwoordelijke partijen efficiëntie bevorderen, de focus op gezondheid blijft en kartelvorming wordt voorkomen.

De gedachten over een regionale (infra)structuur en financiering van de zorg met domeinoverstijgende transformatiedoelstellingen leiden tot de suggestie om te starten in een afgebakende regio waar al veel initiatieven lopen. Bijvoorbeeld in Zeeland of Zuid-Limburg. Het biedt een gecontroleerde omgeving waarin nieuwe modellen voor organisatie, financiering en contractering op een veilige manier kunnen worden getest. De inzichten kunnen gebruikt worden voor het vormgeven van bredere contracteringsstrategieën en uitrol van de aanpak op grotere schaal.

Deeltafel zorgprofessionals

Passende zorg leveren is integraal onderdeel van de eed die door zorgprofessionals wordt afgelegd. Zij zijn uitstekend gepositioneerd om zinnige keuzes te maken en onderscheid te maken tussen zorg van hoge waarde en zorg van lage of zelfs geen waarde, die kan worden gestopt. Er moet dan wel daartoe worden opgeroepen. In de huidige context is defensieve geneeskunde de norm, die gepaard gaat met overdiagnostiek en overbehandeling. Dat wordt door de bekostiging ook beloond. Als we die context veranderen, dan kan nieuw meer passend gedrag opbloeien; nieuw gedrag wat aansluit op het verdelen van schaarste.

Om te kunnen veranderen moeten zorgverleners rugdekking krijgen (gelegitimeerd worden). Ze moeten rust krijgen in hun inkomen. En ze moeten geen angst hebben om gestraft te worden voor de keuzes die ze in het kader van deze nieuwe maatschappelijke opdracht maken. Alle systeemspelers moeten zich achter deze nieuwe missie en visie scharen en de bekostiging zo aanpassen dat het totaal van factoren leidt tot maximaliseren van de gezondheidswinst voor alle Nederlandse burgers met de beschikbare middelen. Het accommoderen van toenemende zorgvraag en daarmee het beperken van wachtlijsten, met dezelfde mensen en middelen, moet lonend zijn. De basiszorg moet worden versterkt en de instroom in de MSZ afgeremd door te sturen op gezondheid en preventie.

Verder moeten zorgprofessionals worden ondersteund door sterk ingekorte en minder defensieve richtlijnen. Na jaren waarin er alleen maar dingen zijn toegevoegd aan de richtlijnen, moet er nu een interbellum komen waarin het terugdringen van richtlijnen voorop staat. Zo krijgt de zorg rust om te transformeren naar: "betere zorg door minder zorg".

Deeltafel organisatie en governance

De oplossingsrichtingen die aan deze tafel besproken zijn, hebben betrekking op het wegnemen van de knelpunten ten aanzien van discrepantie in toezicht, moeizame besluitvorming in ziekenhuizen, verkokering en het uitgangspunt dat budget (van een afdeling of instelling) een verworven recht is.

Een oplossingsrichting die veelvuldig werd besproken is gericht op het verantwoordelijk maken van organisaties voor hun bijdrage aan het maatschappelijk of collectief belang van een regio (of het hele land) ten aanzien van gezondheid en gezondheidswinst. Hierop zou gestuurd moeten worden door dit in doelstellingen op te nemen en daarop te beoordelen en zelfs financieel te belonen.

De voorgestelde manier om de benodigde gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen te bewerkstelligen is met behulp van een sterke toekomstvisie en strategie die gezamenlijk door RvB en MSB is opgezet en ondersteund. De bijdrage aan de beoogde (regionale) gezondheidswinst is daarbij een essentieel uitgangspunt.

Elementen die daarbij genoemd worden als versterkend voor een dergelijke manier van werken zijn cultuurverandering naar denken vanuit collectief belang, cross-afdelingsbudgettering, een patiënt-centrale zorginrichting. Randvoorwaardelijk zijn daarbij passende wetgeving en het inzetten van interne of regionale toezichthouders met de juiste bevoegdheden, maar ook het aansturen van bepaalde ondersteunende zaken op landelijk niveau, zoals ICT, data-uitwisseling en kwaliteitsnormen.

Tot slot: In onze mening doen we de deelnemers aan de rondetafel tekort door alleen de oplossingsrichtingen te benoemen in dit verslag. Juist de minder tastbare resultaten waren wat deze rondetafel een succes maakte. Het was bijzonder om te zien hoe het groepsproces zich gedurende de middag ontwikkelde: deelnemers groeiden naar elkaar toe, met wederzijds respect en waardering voor elkaars perspectieven. Deze open en constructieve samenwerking is noodzakelijk om dit complexe vraagstuk effectief te benaderen. Dank daarvoor en bovenal: ga zo door!