

Opbrengsten in de zorg, 10 jaar Zorgverzekeringswet

8 maart 2016 vond in het hoofdkantoor van KPMG in Amstelveen de eerste Nieuwe Zorg-bijeenkomst in 2016 plaats, de eerste in een reeks van vier. Thema van de bijeenkomst: Opbrengsten in de zorg. 10 jaar Zorgverzekeringswet, wat heeft het ons opgeleverd? En voldoet ons huidige zorgstelsel aan de uitdagingen van een veranderend zorglandschap in de 21^e eeuw? Het werd geopend door nieuwe bijeenkomstsponsor AbbVie en Henk Pastoors.

Michele Manto, general manager van AbbVie, is Italiaan, maar hij voelt zich na drie jaar in Nederland al helemaal thuis in ons land. De Nederlandse mentaliteit spreekt hem aan, de drang naar innovatie. Niet alleen, grapt hij, in onze eeuwenlange strijd tegen het water, maar ook in onze strijd om een betere kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. Die kwaliteit is goed. De Nederlandse gezondheidszorg staat al jaren op de eerste plaats van de European Powerhouse Index. Dat komt doordat arts en patiënt samen de regie dragen over beslissingen in het zorgproces.

Die kwaliteit moet overeind blijven, stelt Manto. Alleen dan kan het zorgstelsel ook in de toekomst goed, betaalbaar en toegankelijk blijven voor alle Nederlandse patiënten. Hoe dat het beste kan, daarover is veel discussie. Als deze discussie echter alleen over kosten gaat en voorbijgaat aan de rol van patiënten, zorgverleners en samenleving, dan schaadt dat het innovatieproces in de gezondheidszorg, waarschuwt Manto. ‘A healthy society is a wealthy society. AbbVie denkt daarom graag mee over de vraag hoe wij het Nederlandse zorgstelsel, tien jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet, verder kunnen ontwikkelen.’

[Bekijk hier de presentatie van Michele Manto](#)

[Bekijk hier de video van Michele Manto](#)

Weerstand

Nee, het gaat niet snel genoeg. Anna van Poucke, voorzitter KPMG gezondheidszorg Nederland, gooit de knuppel in het hoenderhok. ‘Het lijkt net alsof we in Nederland schrikken, op het moment dat het spannend wordt en we met weerstand te maken krijgen. We stoppen dan met de noodzakelijke transitie van de gezondheidszorg.’

Die transitie moet wél worden doorgezet, vindt ze, want er staan de komende jaren veel veranderingen op stapel. Zo zal het aantal ziekenhuizen fors gaan teruglopen. ‘Het aantal zorgstenen neemt af. In Noorwegen zijn er van de oorspronkelijk tachtig ziekenhuizen nog slechts dertig over. In Denemarken gebeurt hetzelfde. We zien vooral een afbouw van kleinere ziekenhuizen. De resterende ziekenhuizen zijn hoogwaardige technologische centra die steeds vaker ook op de internationale markt actief zullen zijn.’



Ook in Nederland gaat dit gebeuren. 'We zien de laatste jaren een productiedaling van vijf tot zeven procent in de ziekenhuizen. Dat betekent minder inkomsten. Ziekenhuizen zoeken naar manieren om dat op te lossen. Zowel intern, door te besparen en werknemers te ontslaan, als extern, door de regionale samenwerking te zoeken. Ziekenhuizen stemmen bijvoorbeeld steeds vaker hun zorgportfolio's op elkaar af. Het ene ziekenhuis doet dan de cardiovasculaire zorg en het andere de oncologie. En we zien dat ziekenhuizen ook over de zorggrenzen heen de samenwerking zoeken. Er ontstaan nieuwe samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld met ondernemingen zoals Philips, Google, IBM. De gezondheidszorg blijft niet langer het privilege van alleen de reguliere zorgaanbieders.'



Caring and sharing

Er gaat nog veel meer veranderen in het zorglandschap, vervolgt Van Poucke. Ook demografische veranderingen dragen hieraan bij, zoals een alsmaar ouder wordende bevolkingspopulatie. 'Dat zijn straks geen kwetsbare ouderen in een afhankelijkheidsrelatie, maar senioren die regisseur en medeontwerper zijn van hun eigen gezondheid, liefst in de eigen woonomgeving. Daarnaast gaan we van een samenleving waarin individualisme de boventoon voerde, naar een periode van *caring and sharing*. De participatiesamenleving in de 21^e eeuw, niet van bovenaf opgelegd, maar door onszelf bedacht. Kijk hoe jongeren omgaan met materiële zaken: het delen van auto's, het uitlenen van kleding. Ze doen dat op een heel andere manier dan hun ouders.'



De snel voortschrijdende technologische ontwikkelingen maken dit allemaal mogelijk. 'We hebben zoveel technologie, dat we geen versnipperd zorglandschap meer hoeven te hebben. We kunnen alles met elkaar verbinden. We zijn in staat om op afstand te diagnosticeren, om robotgestuurde behandelingen uit te voeren, om zelfs de verzorging door robots te laten doen. Natuurlijk hebben we het liefst onze vrienden en familie om ons heen als we straks oud en kwetsbaar zijn, maar dat kan niet altijd. Robots kunnen dat gemis compenseren.'



Doorzettingsmacht

Van Poucke voorziet kortom een grootschalige herstructurering van het zorglandschap. 'Om dat goed te laten verlopen, is een onsje meer of minder in een of ander Zorgakkoord niet meer voldoende, daarvoor zijn andere, drastischer maatregelen nodig.'



Politiek en zorgverzekeraars behoren volgens haar de regisseurs te zijn van deze herstructurering. 'Niet in de zin van: hier heb je een zak geld, zorg maar dat het goed komt, maar door actief aan het roer te zitten. Dat gebeurt nog onvoldoende, terwijl zorgverzekeraars die regie wel kunnen nemen. De Zorgverzekeringswet biedt ze die ruimte ook. Als verzekeraars als collectief zouden zeggen: we willen planmatig deze herstructurering vormgeven, zonder daarbij de Mededingingswet te overtreden, dan kunnen ze grote stappen zetten. Dat kan binnen het huidige zorgstelsel, we hebben



daar geen ander stelsel voor nodig. Het betekent wel dat zorgverzekeraars minder schrikachtig moeten zijn. Ze mogen meer gebruik maken van hun doorzettingsmacht. Daar zijn ze tien jaar geleden voor in het leven geroepen.'

[Bekijk hier de presentatie van Anna van Poucke](#)

[Bekijk hier de video van Anna van Poucke](#)

Payment reform trajecten

Dé uitdaging voor de Nederlandse gezondheidszorg is een zorgstelsel te ontwerpen dat is gebaseerd op waardevermeerdering, stelt David Ikkersheim, partner KPMG Plexus. 'Zo'n stelsel is er nog niet. Een ziekenhuis dat besluit om een poli cardiologie te sluiten en volop in te zetten op *e-health*, omdat ze denkt dat dat de kwaliteit van zorg ten goede komt, snijdt zichzelf in de vingers. Zo'n ziekenhuis betaalt enerzijds de rekening van de e-healthprovider, en anderzijds de teruglopende inkomsten van de zorgverzekeraar. Er zitten te veel prikkels in het systeem die ertoe leiden dat het verhogen van de toegevoegde waarde voor burger en patiënt voor ziekenhuizen economisch onverstandig is. Het zorgstelsel is nog steeds gebaseerd op *fee for services*, betaling per volume. Dat belemmert een zorginnovatie die gericht is op waardecreatie.'

Voor een duurzame én kwalitatief goede zorg is echter een nieuwe wereld nodig, stelt Ikkersheim. 'Dat is een wereld van op waarde gebaseerde betalingen, waarbij we vooral integrale zorgketens contracteren en niet zozeer individuele zorgaanbieders. Een wereld waarbij aanbieders die een hogere toegevoegde waarde leveren, ook beter door ons betaald worden.'

In de Verenigde Staten worden de eerste contouren van die nieuwe wereld zichtbaar, vervolgt hij. 'We zien daar tal van voorbeelden van zorgbekostigingssystemen, *payment reform* trajecten, waarbij in plaats van op volume, op waarde wordt gestuurd. Die systemen, zoals in New York en Blue Cross Blue Shields in Massachusetts, zijn gebaseerd op vier kernelementen. Zoals werken met bundels, waarbij niet langer betaald wordt voor *fee for service*, maar voor het gehele zorgproduct. Voorheen kregen gynaecologen in New York voor iedere echo of keizerssede apart betaald, nu bevat de bundel alle geleverde geboortezorg, vanaf de start van de zwangerschap tot dertig dagen na de geboorte. De schotten in de zorg, bijvoorbeeld tussen eerste en tweede lijn, worden daarmee doorbroken én het levert betere zorg op.'

Verschil in tempo

Het pragmatisch omgaan met kwaliteitsmetingen vormt een tweede kernelement. 'Dat betekent dat je niet uitpuittend op zorguitkomsten monitort, want dat is vaak een teleurstellende exercitie. Zoveel bruikbare uitkomstindicatoren zijn er niet. In plaats daarvan werk je met potentieel vermijdbare complicaties. Als je weet dat een patiënt met diabetes een verhoogd risico loopt op cardiovasculaire problemen of nierfalen, dan ga je je je daarop richten. Dan weet je zeker dat je werkt aan kwaliteitsverbetering, én reductie van de zorgkosten.'



Risicodeling, *risk sharing*, vormt de derde bouwsteen van de *payment reform* bekostiging. 'Zorgverzekeraar en zorgaanbieder delen de kosten én opbrengsten met elkaar. En, dat is de vierde bouwsteen, ze werken met meerjarenafspraken. Veel van deze *payment reforms* gaan uit van een afbouw van de overcapaciteit in de tweedelij. Dat betekent minder inkomsten voor de ziekenhuizen. Dat kun je alleen dragen als je als zorgaanbieder een langetermijnperspectief hebt en ook financieel wordt ondersteund. Anders werkt het niet.'

Ja het tempo ligt hoog in de Verenigde Staten, constateert Ikkersheim. 'Er is een groot gevoel van urgentie. Zorgaanbieders zijn ook niet verplicht om mee te doen aan deze *payment reforms*, ze kiezen er zelf voor. Ieder ziekenhuis denkt: als ik niet meedoe, en mijn concurrent wel, dan heb ik straks een probleem. Het plan is ook dat deze transformatie klaar is in 2020. Als je dat vergelijkt met Nederland: daar zijn wel initiatieven met *payment reform* trajecten, denk aan ParkinsonNet en ziekenhuis Bernhoven in Noord-Brabant, maar het is nog slechts mondjesmaat. De richting in Nederland en de Verenigde Staten is hetzelfde, maar het verschil in tempo en ambitie is adembenemend.'

[Bekijk hier de presentatie van David Ikkersheim](#)

[Bekijk hier de video van David Ikkersheim](#)

Verdringingskosten

In het ideale ziekenhuis is elke behandeling even duur. Iedere patiënt krijgt er evenveel waar voor zijn geld. Zo'n ziekenhuis bestaat helaas niet, stelt Matthijs Versteegh, gezondheidseconoom en Business Director bij het Institute for Medical Technology Assessment (IMTA) in Rotterdam. Want de ene behandeling, zoals een behandeling met dure geneesmiddelen, is duurder dan de andere behandeling. Dat betekent dat er in een zorgsysteem, dat werkt met gesloten budgetten, automatisch verdringingskosten optreden, legt Versteegh uit. 'Je kunt een euro nu eenmaal slechts één keer uitgeven.'

Maar ook als je wél geld toevoegt aan de gezondheidszorg, bijvoorbeeld door premieverhogingen, blijft er sprake van maatschappelijke verdringing. Want het extra geld dat naar de gezondheidszorg gaat, gaat dan ten koste van uitgaven voor bijvoorbeeld onderwijs, openbaar vervoer of defensie. 'Je moet je daarom altijd afvragen of extra geld voor de gezondheidszorg meer voordeel oplevert voor de samenleving, economisch en in termen van welzijn, dan het geld dat je dan niet meer kunt besteden aan andere belangrijke voorzieningen.'

Maatschappelijk debat

Hoeveel mag een behandeling kosten? Wat is betaalbaar? Wat is duur? Het IMTA doet daar kosteneffectiviteitsonderzoek naar. 'We doen dat in economische evaluaties,' legt Versteegh uit. 'Zo vergelijken we de meerkosten en -opbrengsten van het ene, nieuwe geneesmiddel met dat van het andere, reeds bestaande geneesmiddel. Dat gaat verder dan alleen gezondheidszorg. We kijken dan ook naar andere maatschappelijke baten,

NieuweZorg-bijeenkomst, 8 maart 2016



bijvoorbeeld of iemand door het nieuwe geneesmiddel eerder aan het werk kan, of misschien minder informele zorg nodig heeft.'

De evaluaties van het IMTA spelen een belangrijke rol bij de beslissingen die Zorginstituut Nederland moet nemen over toelating van nieuwe dure geneesmiddelen op de Nederlandse markt. 'Dat kan ertoe leiden dat het Zorginstituut vindt dat een geneesmiddel te duur is. In dat geval onderhandelt het ministerie van VWS met de producent over prijsverlaging voor dat medicijn. Dat is bijvoorbeeld gebeurd bij Nivolumab. Dat is uiteindelijk toch vergoed.'

Dure geneesmiddelen, meeropbrengsten, verdringingskosten, waar het uiteindelijk om gaat, benadrukt Versteegh, is dat er over dit soort vraagstukken maatschappelijk debat plaatsvindt. 'Alles wat je aan de ene patiënt uitgeeft, kan je niet meer aan de andere patiënt uitgeven. Gegeven een beperkt budget – of beperkte bereidheid te betalen voor de zorgpremie – is het onethisch om daar geen maatschappelijke beslissingen over te nemen. Dit geld is van ons allemaal. We behoren dus allemaal inspraak te hebben over de beste besteding ervan.'

[Bekijk hier de presentatie van Matthijs Versteegh](#)
[Bekijk hier de video van Matthijs Versteegh](#)

Wachlijsten

Ab Klink, oud-minister van VWS en voorzitter van zorgverzekeraar VGZ, kijkt terug op tien jaar Zorgverzekeringswet. Aanleiding voor die wet waren de wachlijsten, eind vorige eeuw. 'Die vormden een groot maatschappelijk en politiek probleem. We werkten toen met lumpsum-financiering, een ultieme vorm van budgettering van de ziekenhuizen. Met dat vaste budget konden zij minder doen dan ze wilden, patiënten konden niet naar het ziekenhuis, moesten soms maanden wachten op een operatie, kortom, de situatie was hopeloos.'

De productiviteit opvoeren, dat was volgens vrijwel alle maatschappelijke en politieke partijen de enige manier om de wachlijsten te bestrijden én de zorgkosten in de hand te houden. 'We waren het er daarom over eens dat het zorgstelsel gekanteld moest worden in de richting van een meer marktgeoriënteerde structuur. De competitie tussen zorgverzekeraars via de premies, en tussen zorgaanbieders via lage zorgkosten, moest daarvan de motor vormen.'

Zo heeft het ook gewerkt, stelt Klink. 'De wachlijsten in Nederland zijn verdwenen, dat is een prestatie van formaat, ook internationaal gezien. En via de DBC's, die tegelijk met de marktwerking werden ingevoerd, hebben we ook meer transparantie in de zorg gekregen. We weten wat we krijgen voor ons geld, dat was voorheen een *black box*.'

Overdiagnostiek

Maar niet alles ging goed. Want politiek en samenleving hadden de neveneffecten van productiviteitsprikkelers in de zorg onderschat. Het leidde tot overdiagnostiek en



overbehandeling, doordat de volumes omhoog gingen. ‘De prikkels maken het aantrekkelijk om te blijven diagnosticeren en behandelen, dat patroon werkt door tot op de dag van vandaag. Terwijl dat vaak schadelijk is. We weten dat de voorspellende waarde van een MRI niet groot is, toch blijven artsen dat inzetten. We weten dat het aantal mensen dat met kanker wordt gediagnosticeerd enorm toeneemt, terwijl de mortaliteit niet afneemt. We weten dat tachtig procent van de blindedarmoperaties met antibiotica kan worden bestreden, maar dat artsen blijven opereren. Dat heeft allemaal met die productiviteitsincentives te maken.’

Tegelijkertijd zou het zorgstelsel instorten zonder productieprikkels, vervolgt Klink. ‘We moeten daarom op zoek naar een derde weg tussen budgetteren en betalen voor volume. Dat is geen eenvoudige weg. Geen enkel land – ook de Verenigde Staten niet – is er nog goed in geslaagd om daar de gouden formule voor te vinden.’

De derde weg

Daar komt bij dat de zorgverzekeraars, die volgens Van Poucke de regie moeten nemen, zowel een reputatie- als een informatieprobleem hebben, constateert Klink. ‘De samenleving vertrouwt ons niet. Als ik zeg dat die blindedarmoperatie niet nodig is, word ik door iedereen weggehoond. Daarnaast weten wij als verzekeraar niet wat goede zorg is, dat weten de artsen. Zij worden ook meer vertrouwd.’

De transitie naar de door Klink gezochte derde weg, lukt alleen als zorgverzekeraars het vertrouwen terugwinnen van consumenten en burgers. ‘We hebben daarvoor de alliantie nodig van ambitieuze en kwaliteit gedreven zorgaanbieders. Zij moeten ons rugdekking geven als we tegen patiënten zeggen: u kunt het beste naar dát ziekenhuis, dat levert de beste zorg. De waarde gedreven ziekenhuizen moeten we ondersteunen, de ziekenhuizen die alleen voor productie gaan, moeten we korten. We maken nog te weinig gebruik van innovatieve praktijken, van allianties met artsen en ziekenhuizen die de beste kwaliteit willen. Zorgverzekeraars moeten leren van gedreven, ambitieuze zorgprofessionals. Als het ons lukt om met hen de samenwerking aan te gaan, zie ik de toekomst van de gezondheidszorg in Nederland met vertrouwen tegemoet.’

[Bekijk hier de presentatie van Ab Klink](#)

[Bekijk hier de video van Ab Klink](#)

[Bekijk hier de video-samenvatting van de bijeenkomst](#)

[Bekijk hier de interviews met Lodi Hennink, LHV, Eduard Lip, Mediq, Anna van Poucke, KPMG, en Dianda Veldman, NPCF.](#)

Deze bijeenkomst werd mogelijk gemaakt door:

abbvie



<http://www.platformnieuwezorg.nl>

