

Betere en slimmere zorg in de toekomst is alleen mogelijk bij aanpassing van de huidige spelregels



Pauline Meurs is hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam en voorzitter van de raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Reageer via expert@fd.nl.



Met het faillissement van de het Slotervaart-ziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen kwam ook de vraag op tafel of er nog meer ziekenhuizen zouden volgen. De accountants van BDO gaven veertien ziekenhuizen een onvoldoende. Een financiële onvoldoende weliswaar, maar de toon was gezet. Vele artikelen volgden over bijna omvallende ziekenhuizen die zogenaamd overeind zouden worden gehouden door politiek en verzekeraars. Tot verrassing van betrokken bestuurders bevond hun ziekenhuis zich opens in de gevarezone.

Als we iets kunnen leren van de twee faillissementen, dan is het wel dat elk ziekenhuis te maken heeft met specifieke omstandigheden. Denk hierbij aan de omvang, de demografie in het gebied, de patiëntenpopulatie, het aantal ziekenhuizen in de buurt en de aanwezigheid van aanpalende zorgvoorzieningen. De lijstjes veronderstellen dat je zomaar kunt vergelijken — het zijn toch allemaal ziekenhuizen —, maar dat is niet zo.

En de financiële beoordelingen in de lijstjes versimpelen de mate van het succes van een ziekenhuis tot de mate van financiële gezondheid. Overigens wordt deze financiële benadering versterkt door de afspraken die minister Bruno Bruins van Medische Zorg heeft gemaakt in het hoofdlijnenakkoord: vanaf 2022 mag het totale ziekenhuisbudget niet meer groeien. Dat wordt nog een hele opgave in een tijd van personeelskrapte — en dus hogere personeelslasten — en met steeds meer patiënten met complexe problemen.

‘Never waste a good crisis’ is een veel gehoord adagium in managementkringen. Ook nu zou het mooi zijn als er lessen worden getrokken uit deze twee faillissementen. De eerste en meest voor de hand liggende les is dat een eventueel faillissement om een goede voorbereiding en tijd vraagt. Zodat er voldoende aandacht is voor kwetsbare patiënten, dat er tijdig goede afspraken kunnen worden gemaakt met andere zorgaanbieders in de regio, waardoor chaos en onzekerheid bij patiënten en personeel kan worden voorkomen.

Een tweede en meer fundamentele les is dat het hoog tijd wordt voor een andere benadering van de ziekenhuiszorg en van de wijze van financiering. In het huidige systeem zitten namelijk nog steeds perverse prikkels: hoe meer



ILLUSTRATIE: HEIN DE KORT VOOR HET FINANCIËLE DAGBLAD

zorg er wordt verleend, hoe meer geld er wordt verdiend. Er worden productieafspraken gemaakt en die moeten dan ook worden gehaald. Hierbij proberen zorgverzekeraars via gedetailleerde contracten met de ziekenhuizen de tarieven zo laag mogelijk te houden en de kosten te beteugelen. Dat past bij hun opdracht. Maar de grote vraag is of de patiënt daar uiteindelijk wel mee gediend is. De verzekeraar heeft aan zijn zorgplicht voldaan, maar leidt dat ook tot goede en doelmatige zorg?

SLIMMER

Als we dit systeem handhaven komt innovatie van de ziekenhuiszorg niet van de grond, terwijl dat wel hard nodig is. Het moet slimmer, met meer oog voor uiteenlopende zorgvragen van patiënten en meer gericht op het totale zorgproces van zowel binnen als buiten het ziekenhuis. ‘Betere zorg begint bij een goed gesprek’ geldt voor patiënt en zorgprofessional, maar ook voor zorgaanbieder en verzekeraar. Het is daarbij belangrijk om in het gesprek alle zorgvragen te adresseren. Dus welke behandeling is gewenst en welke niet? Hoe lang gaan we door met een behandeling en wanneer wordt er gestopt? Kan

een wijkverpleegkundige alvast in het ziekenhuis aan het werk gaan om het ontslag van een patiënt soepel te laten verlopen? En hoe is de situatie van de patiënt thuis?

Maar slimmere zorg en meer oog hebben voor de zorgvragen kan alleen als de spelregels veranderen. De belangrijkste spelregel die moet veranderen is dat de zorgverzekeraars afstappen van hun jaarlijkse gedetailleerde contracten en langjarige afspraken gaan maken met de zorgaanbieders. Niet het huidige inkoopcontract moet centraal staan, maar een nieuwe vorm van partnerschap tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Dat partnerschap wordt ingezet om over een reeks van jaren de zorg beter te maken en de vicieuze cirkel van jaarlijkse onderhandelingen over plafonds en lagere tarieven te doorbreken.

TEGENPRESTATIES

Voor de ziekenhuizen geldt dat zij bij de nieuwe spelregels de verzekering zullen hebben van stabiele inkomsten. Maar daar moeten dan wel de nodige tegenprestaties tegenover staan. Denk hierbij aan het niet meer bieden van onnodige zorg, het ontwikkelen van netwerken

met andere ziekenhuizen, specialiseren, en een betere samenwerking aangaan met huisartsen, wijkteams en verpleeghuizen. Bij dat nieuwe partnerschap tussen verzekeraar en ziekenhuis hoort ook het ontwikkelen en inzetten van technologie. Zo kunnen bijvoorbeeld veel herhaalconsulten worden geschrapt door het online te gaan regelen.

Deze omslag in denken en doen is uiteraard makkelijker gezegd dan gedaan. Voor medisch specialisten betekent dit bijvoorbeeld dat zij in de toekomst in sommige gevallen moeten afzien van verdere behandeling. De patiënten zelf zullen ook een draai moeten maken, wat niet zal meevallen. Verzekeraars en ziekenhuizen zullen niet meer tegenover elkaar staan, maar moeten juist naast elkaar aan het werk gaan.

Het begin is er al. Enkele ziekenhuizen hebben inmiddels met ‘hun’ verzekeraar meerjarige afspraken gemaakt. Zij zetten in op een volledig herontwerp van de ziekenhuiszorg. Deze initiatieven verdienen navolging, en niet alleen in de ziekenhuiszorg. Dat kan alleen met een ander systeem van zorgfinanciering en alleen als de retoriek van marktwerking in de zorg wordt begraven.

Enkele ziekenhuizen hebben inmiddels met ‘hun’ verzekeraar meerjarige afspraken gemaakt