

De patiënt aan zet*

HealthCast



PricewaterhouseCoopers (PwC) verleent sectorgerichte diensten op de gebieden Assurance, Tax & HRS en Advisory. Ons doel daarbij is het bereiken van maatschappelijk vertrouwen en het creëren van toegevoegde waarde voor klanten en hun belanghebbenden. In Nederland doen we dat met zo'n 4900 collega's. Wereldwijd bestaat ons netwerk uit meer dan 163.000 mensen in 151 landen. Samen delen wij onze gedachten, ervaringen en oplossingen om zo te komen tot verfrissende perspectieven en praktische adviezen.

'PricewaterhouseCoopers' verwijst naar het netwerk van member firms die participeren in PricewaterhouseCoopers International Limited. Iedere member firm is een afzonderlijke en onafhankelijke juridische entiteit.

Inleiding

In 2005 publiceerde het Health Research Institute van PricewaterhouseCoopers het rapport HealthCast 2020. In dit veelbesproken rapport stond de duurzaamheid van het zorgstelsel centraal. De analyse van dit document is nog steeds actueel, maar de gezondheidszorg is nog lang niet duurzaam, terwijl de roep om duurzaamheid alleen maar is toegenomen.

De huidige economische omstandigheden maken die noodzaak alleen maar groter. 'HealthCast The customization of diagnosis, care and cure', in april 2010 gepresenteerd, is de opvolger van HealthCast 2020. In het nieuwe document staat de patiënt centraal. Dit is een thema dat voor de Nederlandse zorgstelseldiscussie bijzonder actueel is, want over de bepalende rol van de patiënt in het vraaggestuurde zorgstelsel is de afgelopen jaren veel gepubliceerd. Maar ook internationaal, zo blijkt uit onze studie, is de vraag hoe de zorgconsument gemotiveerd en in staat gesteld kan worden om de goede keuzes te maken, een sleutelthema.

Ook in Nederland is de noodzaak tot verduurzaming van het zorgstelsel evident. De kosten van de gezondheidszorg moeten beter worden beheerst en de toegankelijkheid en de kwaliteit moeten verder worden verbeterd. Onder meer via de invoering van gereguleerde marktwerking zijn de afgelopen jaren hard stappen gezet richting meer doelmatigheid en efficiëntie van zorgvoorziening, met behoud van het zorgvuldig gedefinieerde publieke belang. Maar de stelselherziening staat onder druk van de twijfel of de ingeslagen weg deze einddoelen wel gaat bereiken. Voor een echt duurzaam zorgstelsel in ons land zijn verdere stappen onontbeerlijk. Mede aan de hand van het rapport 'HealthCast The customization of diagnosis, care and cure', onderzoek onder zorgconsumenten en gesprekken met decision makers uit de sector beschrijven wij in 'De patiënt is aan zet, leve de patiënt!' welke stappen dat wat ons betreft zouden moeten zijn.

Belangrijke conclusies: het centraal stellen van de patiënt in denken en doen van alle partijen, het organiseren rond prestaties en zorgketens in plaats van verrichtingen, openheid over kwaliteit en het consistent navigeren tijdens de stelselwijziging zonder de waan van de dag te veel te laten doorklinken. Minstens zo belangrijk is dat duidelijk wordt gedefinieerd welke zorg behoort tot het private en welke tot het publieke domein, en hoe regulering en marktwerking elkaar moeten aanvullen. In deze notitie geven wij aan welke inzichten onze internationale studie biedt voor deze thema's.

Dit document heeft als doel de discussie te entameren op alle niveaus in ons zorgstelsel: van overheid tot zorgverleners en van zorgverzekeraars tot de farmaceutische sector. En bovenal op het niveau van de zorgconsument.

Amsterdam, april 2010

PricewaterhouseCoopers Nederland,
sectorgroep Gezondheidszorg

André Loogman
Partner

Jan Willem Velthuisen
Partner



TREK '88
LIMITS
PORTMOUTH
SCOTIA

HOLLIDAY
CITY LIMIT
POP. 1139

30 REVELSTOCK
REVELSTOCK
SHEWENHILLE, OREGON

WEMBLE
CORPORATE LIMIT

URAND
ATION 2047

Hello From
Cambridge
ONTARIO CANADA

ENTERING
Pe Ell

ENTERING
OLYMPIA
JACK & VERI

FULLINGTON
AUTO BUS CO.
Clearfield, Pa.
AL-CAN TOUR
AUGUST ~ 1985

TO FREDERICK, MARYLAND
3222 MILES
BRADSHAW--MCPHERSONS
AUGUST, 1985

JDE WILHELM
AND DAD
LIVONIA MICH
1978
RUD-FAR 231

BEMIDJI MN

GERLINDE & HERMI
STUCK IN WATSON LAKE N.Y.
FROM AUSTRIA 1983

DUFUR

SOMERSE
HOME OF
PHIL SHERIDAN
CIVIL WAR
GENERAL

SEBRYK'S

EUREKA
CALIFORNIA

UNION CITY
INDIANA

NEW HAMBURG
ONT. 3270

CHUCK & BLAINE

SALEM-NH

THE Boyums
WATERFORD, WIS.

WELWYN
SFSK

TALLMADGE OHIO

7-1669

De patiënt is aan zet, leve de patiënt!

Wij bevinden ons ergens in het midden van de herziening van ons zorgstelsel. Die herziening behelst de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing, de benoeming van inkopers van zorg en de invoering van geregleerde marktwerking. Dit alles onder behoud of verbetering van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. De overheid wil hiermee tevens de kosten van de gezondheidszorg beter beheersbaar maken.

Maar de oppositie neemt toe, vooral tegen de marktwerking. Meer marktwerking zou op dit moment niet verantwoord zijn. Financiële problemen bij zorginstellingen, consolidatieproblemen, medisch falen, voorrang voor bedrijven op wachtlijsten, hoge salarissen: telkens weer wordt gewezen op de marktwerking als oorzaak van de problemen.

Is die kritiek terecht? Slechts gedeeltelijk. De stelselherziening is een economisch experiment zonder weerga. Er bestaat nergens ter wereld een voorbeeld waaruit wij kunnen afleiden dat onze stelselherziening gaat werken. Wij kennen slechts voorbeelden uit andere nutssectoren als telecom en energie, maar die liberaliseringstrajecten zijn zonder twijfel minder complex, en de sectoren zijn veel kleiner. Wat dat betreft is voorzichtigheid geboden en is de argwaan begrijpelijk.

Niettemin weten wij ten principale dat onder omstandigheden markten beter kunnen werken dan de overheid, mits goed gedefinieerd en goed geregleerd. En mits de consument maar de kans krijgt werkelijk met de voeten te kunnen gaan stemmen en de vraag centraal komt te staan. Wat dat betreft zijn andere voormalige overheidsdiensten in de telecom- en de energiesector goede voorbeelden. Daar heeft liberalisering gezorgd voor keuzemogelijkheden, lagere tarieven en betere dienstverlening. Ook in de gezondheidszorg kan marktwerking zorgen voor doelmatigheid, efficiëntie en verbetering van de prestaties.

Waar gaat het dan mis? Om te beginnen bij het definiëren van het publieke belang en van wat wel en niet behoort tot het private of het publieke domein. Het publieke

belang wordt – door de NZa bijvoorbeeld – geëxpliciteerd als bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Voorwaarden die in de zorg dikwijls met elkaar conflicteren. De overheid is er nog niet in geslaagd om over het gehele scala van zorgprestaties aan te duiden hoe de publieke component moet worden geborgd en te motiveren waar het publieke domein ophoudt en het private begint. Daardoor ontstaat verwarring, bijvoorbeeld als een ziekenhuisfusie in Zeeland niet mag omdat het de keuzevrijheid beperkt en dan vervolgens toch weer wel mag omdat het de kwaliteit bevordert. Of als een ziekenhuis in Lelystad open moet blijven omdat ter plekke ‘systeemdiensten’ moeten blijven bestaan, terwijl ziekenhuizen in de omgeving ervan overtuigd zijn dat zij de meeste diensten moeiteloos zouden kunnen overnemen.

Veel van de genoemde ongewenste verschijnselen houden direct dan wel indirect verband met falende overheidsregulering, en zijn niet per se de schuld van marktwerking. Voorbeelden te over: zorgaanbieders die geen winst mogen uitkeren aan aandeelhouders en door de politiek worden behoed voor een faillissement, de forse omvang van het basispakket waardoor differentiatie nauwelijks mogelijk is en het gebrek aan inzicht van de consument in de kwaliteit. Voorbeelden van onvoldoende of verkeerde prikkels als gevolg van ontoereikende overheidsregulering zijn er ook: volume- in plaats van prestatiebekostiging, maar ook het ex-post vereveningsstelsel dat zorgverzekeraars financieel compenseert voor een surplus aan verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Deze tweeslachtigheid weerhoudt nieuwe partijen ervan om toe te treden en te concurreren. Ook houdt dit financiers op afstand.

Daarnaast is er ook sprake van marktfalen waarbij niet de overheid, maar actoren zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders en farmaceuten verantwoordelijk zijn voor de imperfecties. Neem de concentraties van zorgverzekeraars of zorgaanbieders die leiden tot regionale monopolies, het nog maar zwak ontwikkelde preferentiebeleid van zorgverzekeraars of de prikkels voor dure medicijnen; die zijn voor ziekenhuizen nog steeds usance.

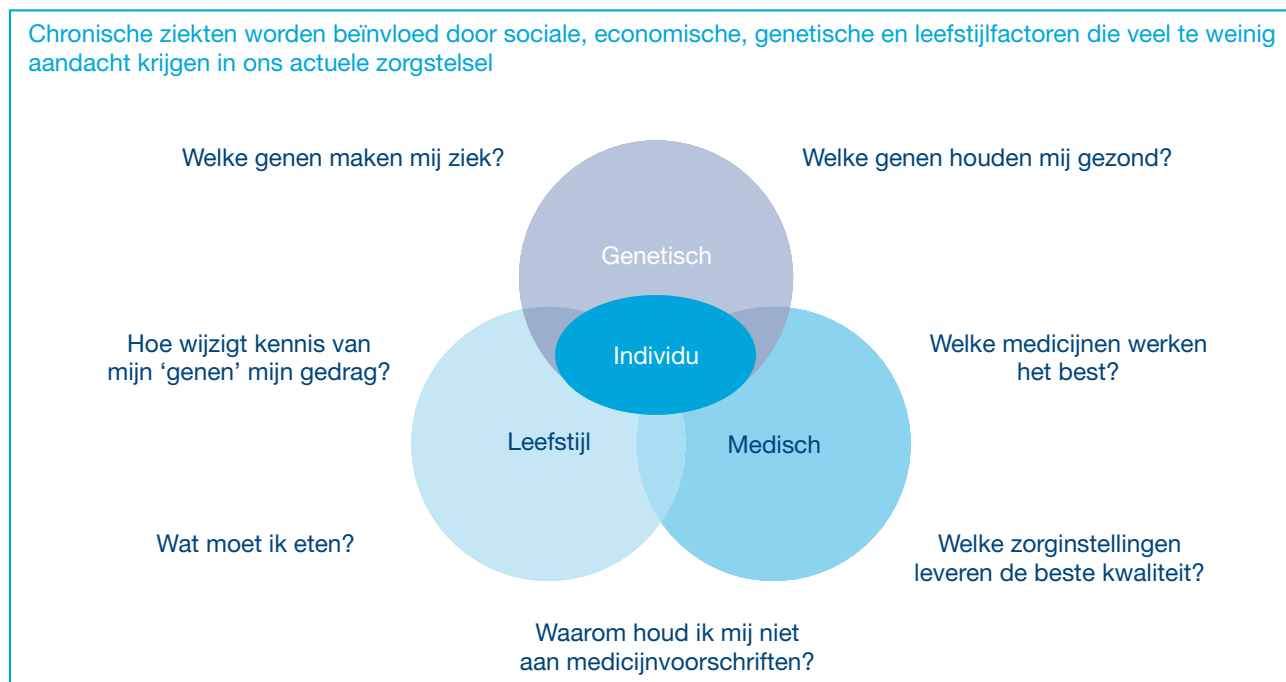
Alleen als de zorgconsument de macht en middelen (techniek, informatie, begeleiding) krijgt om te kiezen kan er in de zorg sprake zijn van goede marktwerking. Daaraan ontbreekt het. De zorgconsument wordt niet geprikkeld en beschikt niet over de juiste informatie en faciliteiten. Hij is een dolende in de woestijn. En dat is de consument niet kwalijk te nemen.

Consumentisme

In veel sectoren en dienstverlening staat de consument centraal. De zorg loopt daarin achter. In de zorg kan de consument nauwelijks sturen. Dit accepteert hij steeds minder. Sociologen wereldwijd erkennen de trend dat consumenten meer de regie over beslissingen willen kunnen voeren die voor hun belangrijk zijn. Consumentisme wordt in de hand gewerkt door toenemende mondigheid in combinatie met meer kennis bij de consument over de gezondheidszorg – die over zijn eigen conditie en die van zijn naasten voorop. Betere informatievoorziening, de opmars van mobiele telecomapparatuur en internet en grotere transparantie liggen aan die ontwikkeling ten grondslag.

De wetenschap en technologie maken de gezondheidszorg rijp voor massaconsumptie, met de consument als spil. Diezelfde consument die nu als gevolg van het ontbreken van een eenduidige definitie van kwaliteit nauwelijks inzicht in de kwaliteit van zorg heeft. Bij ontstentenis van een dergelijk algemeen aanvaarde parameter lijkt de zorgconsument de beste kwaliteitsgraadmeter. Immers, zolang de eindafnemer niet tevreden is, schiet de kwaliteit tekort.

In Nederland vormen de persoonsgeboden budgetten (PGB's) een goed voorbeeld van een initiatief om de zorgconsument centraal te stellen. De introductie van PGB's is vanuit de patiënt gezien een succes, vooral voor wat betreft de zorgkwaliteit. Maar liefst 90 procent noemt de zorg die is ingekocht vanuit een PGB goed tot zeer goed. De animo voor de budgetten is enorm toegenomen. Door die stijgende vraag is het budget voor PGB's in drie jaar tijd bijna verdubbeld van 1,2 miljard in 2006 tot 2,3 miljard in 2009. Waarom de animo zo is toegenomen? De voordelen zijn evident. Met een PGB heeft de patiënt het grotendeels voor het zeggen. Hij kan zijn eigen leven vormgeven. Hij kan zelf hulpverleners kiezen, zelf afspraken maken en zelf de financiën regelen.



Figuur 1: De invloed van leefstijl op gezondheid

Het PGB-systeem kent ook nadelen. Er is sprake van misbruik door gebrek aan controle. En niet iedereen weet de weg naar hulpverleners of instanties die hem bij die zoektocht kunnen helpen. Omdat ze dikwijls slechts incidenteel met de zorg in aanraking komen, is de medische wereld voor de meeste consumenten een labrynt.

Patiëntensegmenten

Het huidige zorgstelsel bestaat in feite uit drie soorten dienstverlening: de acute zorg, de electieve zorg (planbare, kort behandelbare zorg) en de langdurige, veelal chronische zorg. De patiënt centraal stellen heeft voor elk van die drie soorten dienstverlening verschillende consequenties, omdat de drie soorten sterk verschillende aanbod- en vraagkenmerken hebben. Een wezenlijk vraagkenmerk is bijvoorbeeld de mate waarin de patiënt in staat is zelf keuzes te maken. In wezen bedient de zorgsector drie verschillende patiëntsegmenten, en het aanbod dient zich daar bij aan te sluiten.

Acute zorg kenmerkt zich door een zeer geringe mate van vrijheid om te kiezen door de patiënt. Het aanbod van acute zorg is versnipperd. Zowel de academische medische centra als de topklinische ziekenhuizen en streekziekenhuizen bieden spoedeisende zorg aan. Door te kiezen voor een regionale opzet valt er in dit segment in Nederland kwalitatief en qua kosten veel te winnen. Gedacht kan worden aan veertig regio's van elk 400.000 tot 500.000 mensen. Die indeling is gebaseerd op de huidige bereikbaarheidscriteria (aanrijtijden ambulances, faciliteiten traumahelikopter). De beperking tot veertig centra voor spoedeisende zorg garandeert een kostenefficiënte bezetting. In de huidige situatie is de bezetting dikwijls onder de maat of te duur of beide.

Het beschikbaar hebben van de juiste specialisten vergt een zekere kritische massa. Een chirurg 24 uur paraat houden zonder dat hij ook maar een keer in actie hoeft te komen, legt nu eenmaal een flink beslag op de financiële middelen. Op basis van kennis en kwaliteit lijken de centra waar topklinische zorg of academische zorg wordt

geleverd binnen de regio's de meest voor de hand liggende aanbieders van spoedeisende zorg.

Zoals de term aangeeft heeft een patiënt / cliënt van electieve zorg veel meer tijd en gelegenheid om keuzes te maken. Ook in de electieve zorg valt er zowel binnen cure als care nog veel te winnen. In deze sector wordt al geconcurrerd, maar door specialisatie is een verdere opschaling mogelijk. In de topklinische en de academische zorg verwachten wij specialisatie op basis van kwaliteit (minimaal aantal behandelingen). Ook in het vrij onderhandelbare segment moeten ziekenhuizen en andere aanbieders zich afvragen of ze wel alle electieve zorg moeten leveren. Een ziekenhuis dat wekelijks twintig heupoperaties uitvoert, doet dat efficiënter en kwalitatief beter dan een ziekenhuis dat zich beperkt tot slechts drie operaties per maand. Zorgverzekeraars kunnen dat aanbod landelijk sturen door te kijken waar ze die operaties het beste kunnen inkopen. Ook kunnen zij per interventie een optimale of minimumomvang definiëren en zo specialisatie afdwingen. De veelgehoorde kritiek dat patiënten zich niet laten sturen, kan worden gepareerd door de consument beter te voorzien van goede informatie over de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg. Deze informatievoorziening schiet nu tekort. Zodra steeds bekender wordt dat men voor bepaalde aandoeningen het beste naar bepaalde instellingen kan gaan, gaat het stemmen met de voeten zijn werk doen.

Door het voortschrijden van de medische technologie zijn veel meer aandoeningen behandelbaar. Men gaat aan veel ziektes niet meer dood, maar belandt in een situatie van chronische behoefte aan zorg. Mondiaal zien wij een gestage verschuiving van kortdurende naar langdurige zorgvraag. De langdurige zorg en chronische zorg kent twee segmenten: thuiswonende patiënten die nog veel kunnen kiezen en permanent inwonende patiënten waarvoor al belangrijke keuzes zijn gemaakt. Voor de thuiswonende patiënten zijn de veranderingen het grootst. In dit segment is de patiënt het meest gediend bij gestandaardiseerde ketenzorg, waarbij de achtereenvolgende onderdelen goed op elkaar aansluiten. Standaardisering maakt een andere verdeling mogelijk van werk over de verschillende actoren in de zorg.

Taken kunnen gemakkelijker worden overgedragen, van specialist naar huisarts, van huisarts naar gespecialiseerde verpleegkundige en van verpleegkundige naar de patiënt. Doel is de zorgtaken zoveel mogelijk over te dragen naar een schakel dicht bij de patiënt. Die taken hoeven niet per se te worden verricht door de hoogst gekwalificeerde in de keten. De diabetes-verpleegkundige neemt taken over van de huisarts, de huisarts doet simpele ingrepen zelf et cetera.

Standaardisering kan verder worden verfijnd door te werken met een gecoördineerde aanpak in de keten. Voor iedere doelgroep, zoals diabetici, hart-, COPD-, reumapatiënten, komt er een gespecialiseerde keten; een keten waarin de cliënt centraal staat en niet degene die de zorg levert. In zo'n samenwerkingsverband wordt gewerkt volgens een vast protocol. Dat maakt het overdragen van taken gemakkelijker. De voordelen zijn evident: een optimale, flexibele inzet van personeel, minder kosten en betere kwaliteit.

Belangrijke voorwaarde voor het succes van de ketenzorg is dat de patiënt de weg kent. Dit vormt voor veel mensen een obstakel. Assertieve patiënten vinden wel iemand die het voor ze regelt. Maar voor veel ouderen en mensen met een beperking is dat een probleem. Ze weten niet waar ze moeten zijn en bij wie. Dat heeft soms ernstige gevolgen: dubbele behandeling, dingen over het hoofd zien waardoor te laat wordt ingegrepen, ziekten die onnodig verergeren.

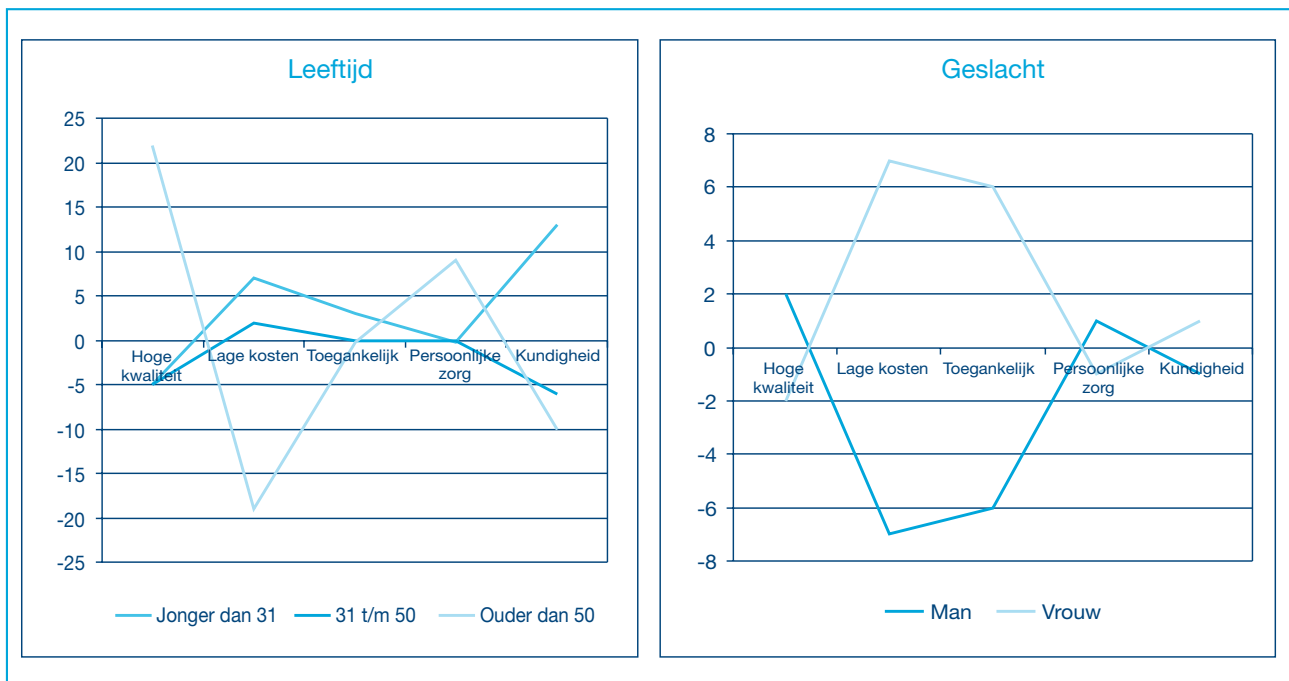
Hulp van een zorgcoördinator kan die problemen voorkomen. De voordelen zijn groot: de zorgverlening verloopt efficiënter, door minder bureaucratie. Nu moet een thuiswonende zieke die extra voorzieningen zoals een bedlift en een rollator nodig heeft daartoe een verzoek indienen bij een van de indicatieorganen. Die procedure is tijdrovend en daardoor duur. Al die tijd blijft de patiënt van de voorziening verstoken. Stel, een wijkverpleegkundige is zorgcoördinator voor de betreffende patiënt, dan kan zij in overleg met familie met één telefoontje regelen dat in de zorgbehoefte wordt voorzien.

Betere coördinatie leidt ook tot meer doeltreffende zorg. Specialisten richten zich dikwijls primair op hun eigen specialisme; ze kijken niet naar de patiënt als geheel. Als iemand last heeft van obesitas, moeten behandeling zich ook op die ziekte richten. Zo werkt de gezondheidszorg momenteel niet. Iemand met een knieblessure wordt aan die knie geopereerd. Terwijl de oorzaak van die blessure obesitas kan zijn.

In Nederland geven wij per inwoner ongeveer € 4000 per jaar uit aan zorg, ofwel zo'n 3 ton gedurende een leven. Sinds de invoering van marktwerking op de zorgverzekeringenmarkt betalen wij dat voor ruim een kwart via de verzekering. De rest financieren wij via de overheid middels de AWBZ, de WMO en het budget van VWS. Een bescheiden gedeelte van de € 4000 besteden wij aan curatieve zorg in de eerste en tweede lijn, maar een steeds groter gedeelte gaat op aan langdurige zorg en aan verpleging en verzorging gedurende de laatste fase van het leven. Inmiddels besteden wij ruim driekwart van de 3 ton tijdens de laatste twee levensjaren. Die trend, gecombineerd met de vergrijzingsgolf, stelt grote vraagtekens bij de houdbaarheid van de solidariteit tussen generaties. Jongere generaties worden geacht die zorgkosten op te brengen voor een groeiende groep ouderen. De facto betekent dit dat de premies voor de werkende generaties enorm zullen moeten stijgen. Onherroepelijk zal de discussie ontstaan over de eigen bijdrage van de huidige ouderen.

Aanbod aanpassen aan de vraag betekent ook kennis verwerven van wat de cliënt wil. En naast het zojuist besproken feit dat cliënten in verschillende situaties verschillende diensten verlangen, verschillen cliënten onderling ook qua voorkeuren. Ons wereldwijde onderzoek naar de preferenties van zorgconsumenten laat heel duidelijk zien dat ouderen andere zaken belangrijk vinden dan jongeren, en dat vrouwen op andere dingen letten dan mannen, ook als zij in beginsel dezelfde zorgvraag hebben.

Professioneel en doelmatig het aanbod aanpassen aan de vraag van de consument betekent het scherp in kaart brengen van dergelijke patronen. De zorgsector staat op dit punt nog in de kinderschoenen vergeleken met vrijwel iedere andere industrie.



Figuur 2: Waardering van de kenmerken van het gezondheidssysteem volgens leeftijd en geslacht

De veranderagenda



Figuur 3: Zes regelknoppen

Deze veranderingen van zowel het systeem (transitie) en het gedrag van de spelers binnen het systeem (transformatie) vragen aan elke stakeholder in de zorg een herbezinning van zijn rol. Allereerst dient de omslag te worden gemaakt van de verrichting als uitgangspunt naar de prestatie, dus niet de input, maar de output.

Vervolgens moet de analyse worden verricht van welke prestaties een inherent publiek karakter hebben, en welke van nature privaat zijn – zie tabel 1. Het private segment kan aan een vorm van marktwerking worden overgedragen. Daar hoort dan wel bij dat de partijen zowel de vrijheden als de checks en balances krijgen die bij marktwerking hoort, dus enerzijds enige beschikking over winst, en anderzijds goed concurrentietoezicht. Voor de verzorging van het publieke segment moet nagedacht worden over het gewenste model, waarbij men kan kiezen voor dicht bij de overheid of een weliswaar gereguleerde maar verzelfstandigde structuur. Dat is in hoge mate een politieke keuze. De actuele aarzeling om zorgtaken op enige afstand te plaatsen vloeit voort uit de gedachte dat de taak te wezenlijk is om de controle op te

verliezen. Dat is een principiële punt, maar voorbeelden uit andere sectoren laten echter zien dat er allerlei modellen zijn waarbij controlerende organen niet direct door de staat worden aangestuurd, terwijl de publieke component prima geborgd blijft. Zodra duidelijkheid bestaat over wat publiek is en wat privaat – de stip op de horizon – kan de aandacht worden gericht op de optimale allocatieregimes: markten waar mogelijk, maar wel goed gereguleerd, en gereguleerde zorgproductie waar nodig, maar wel met de juiste klantgerichte en prestatiegerichte prikkels.

Aanbodzijde	Vraagzijde
Minder waarschijnlijk om concurrerend te zijn indien sprake is van:	Minder waarschijnlijk om concurrerend te zijn indien sprake is van:
Hoge schaalvoordelen (kosten) – bijv. IC	Niet electieve zorg, bijv. eerste hulp
Hoge schaalvoordelen (kwaliteit) – bijv. acute zorg bij beroertes	Bereidheid om te reizen
Synergievoordelen – bijv. postoperatief herstel	Informatie asymmetrie
Hoge toetredings-/ uittredingsdrempels – bijv. specialistische zorg	Herhaaldelijke dienstverlening
Hoge transactiekosten – bijv. specialistische zorg met lage volumes	Overstapkosten bij wisseling van aanbieder
Bundeling van activiteiten	

Tabel 1: Marktwerking in de gezondheidszorg

Verder is inzicht nodig in de benodigde capaciteit. Op nationaal en regionaal niveau zal er veel beter geanalyseerd moeten worden welke capaciteit nodig is op basis van de verwachte zorgvraag. Inzicht in deze capaciteit is nodig voor de inkopers van zorg door zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Er zal relatief minder geld naar ziekenhuizen en meer geld naar de eerste lijn en naar thuisondersteuning en (secundaire) preventie gaan.

Ook de zorgaanbieders zullen moeten nadenken hoe ze op deze vraag kunnen inspelen. Gaan ze zelf investeren, gaan ze samenwerken met andere aanbieders of met nieuwe partijen. De overheid ten slotte zal moeten bewaken dat er nationaal, maar ook regionaal voldoende capaciteit wordt aangeboden om nog te kunnen spreken van goede toegankelijkheid en kwaliteit.

De meer patiëntgerichte, gecoördineerde zorg vergt allerlei vormen van samenwerking in een sector waar de autonomie van de zorgprofessional hoog in het vaandel staat. Men zal overeenstemming moeten krijgen over samenwerking binnen zorgorganisaties (zoals zorgpaden bij ziekenhuizen en GGZ) maar ook over de grenzen van organisaties heen (ketenzorg). Ook zullen bestaande professionals hun rol anders gaan invullen en taken tussen professionals gaan verschuiven. Dit vergt innovatieve bestuursmodellen die in staat zijn meerdere professionals in wisselende combinaties optimaal te laten samenwerken voor toegesneden prestaties met een zekere mate van variatie. In deze sector, waarin de toepassing van ICT ver achterloopt op de meeste andere bedrijfstakken, is een wereld te winnen.

Andere prikkels

Om de coördinatie op zorgpaden en in ketens in de langdurige zorg goed te laten functioneren, zijn prikkels van groot belang. Die zijn er wel, maar ze hebben vooralsnog onvoldoende effect. Incentives zouden zich meer moeten richten op het effect van samengestelde prestaties op de gezondheid van de patiënt, en dus op integrale kosten. Nu reageert de sector nog te vaak reactief en ad hoc. Op proactieve maatregelen als het bevorderen van preventie en secundaire preventie wordt niet gestuurd.

Handicap bij het investeren in preventie is dat de partij die betaalt daar dikwijls niet of nauwelijks of pas op lange termijn van profiteert. Het creëren van gespecialiseerde zorgketens vergt investeringen - in bijvoorbeeld ICT, infrastructuur en de aanschaf van medische apparatuur

voor bij patiënten thuis. De verschillende deelnemers aan de ketens (ziekenhuis, zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeenten) kunnen die investering gezamenlijk financieren (Kaiser-model). Na verloop van tijd verdient die investering zichzelf terug uit de besparingen. Om deze integrale aanpak te stimuleren, moet men denken aan het verdelen van de winst over de deelnemers door bijvoorbeeld een extra bonus wanneer de gezondheid van de betrokken populatie na verloop van tijd is verbeterd.

Een goed alternatief is het werken met een prijs per behandeling voor de hele keten. De zorginkoper (verzekeraar, zorgkantoor, gemeente) betaalt een vaste prijs. De coördinator kijkt hoe hij de patiënt binnen de keten de beste zorg (klinisch, poliklinisch, monitoring, zelfmedicatie) kan bieden tegen de laagste prijs. Vallen de kosten lager uit, dan is de winst voor de coördinator en/of de deelnemers binnen de keten. Met ingang van dit jaar zijn door de NZa voor de chronische zorg vier keten-DBC's gedefinieerd (voor diabetes, hartfalen, COPD en cardiovasculair risicomanagement).

De consument kan worden beloond voor een gezonde leefwijze (goede voeding, niet roken, bewegen) via bonussen en malussen. Of door te kiezen voor een geprefereerde zorgaanbieder. Sommige verzekeraars experimenteren daar al mee. Wie zich laat behandelen in een ziekenhuis waarmee de verzekeraar een contract heeft, betaalt geen eigen risico.

Ook aanbieders moeten worden geprikkeld tot het leveren van goede zorg en het verstrekken van goede productinformatie, zoals het een professionele, op klanten gerichte aanbieder betaamt. Op het gebied van prestaties - kwantitatief en kwalitatief -, maar ook op basis van de samenwerking binnen de keten. Een aanbieder die niet aan deze criteria voldoet loopt de kans op een sanctie - in het ergste geval eliminatie uit de keten door de hoofdaannemer.

Samenwerken tussen partijen is een gevoelige zaak, omdat er mededingingshaken en ogen aan kunnen kleven. De markttoezichthouder NMa is tot op heden kritisch op samenwerken tussen partijen in de keten, omdat de nadelen van de beperking van keuzevrijheid (gedwongen winkelnering, vaste doorgeleiding naar de partner) groter worden geacht dan de efficiëntievoordelen. Deze kijk op de zaak is vanuit strikte mededingingsoptiek ongetwijfeld goed onderbouwd, maar het staat vast dat dit een prikkel op innovatieve samenwerking wegneemt.

Betere communicatie

De belangrijkste barrières en uitdagingen voor de implementatie van een patiënt gedreven zorg door zorgaanbieders zijn: gebrek aan leiderschap en implementatiekracht, weerstand bij professionals om gestandaardiseerd te werken en samen te werken met anderen, vertraging door onduidelijke en wijzigende regelgeving en versnippering van het aanbod. Het tempo van de verandering wordt in Nederland bepaald door degene die iets moet opgeven. De oplossing ligt voor de hand: doorpakken en compensatie van het ontstane verlies (sloopregeling).

Inhoudelijk, organisatorisch, voor wat betreft de prikkels en de rol van de verschillende actoren, zoals aanbieders, verzekeraars, patiënten, toezichthouders en overheid, heeft de focus op de patiënt grote gevolgen. De actoren moeten beter communiceren en slimmer samenwerken en integreren. Immers, een duurzaam zorgstelsel impliceert optimale kwaliteit tegen de beste prijs. Daarbij staat de solidariteit voorop: iedereen houdt toegang tot die vormen van zorg die behoren tot het publieke domein. Het creëren van een dergelijk stelsel lukt alleen als de roep van de consument om betere kwaliteit gepaard gaat met meer efficiëntie en meer effectiviteit. Oftewel: aan de achterkant moeten de aanbieders de zorg efficiënter en dus goedkoper organiseren, terwijl de consument aan de voorkant ervaart dat het maar om een ding gaat: zijn welzijn.

Aanbevelingen per stakeholder		Zorgverleners	Farma	Overheid	Betalers	Nieuwkomers	Werkgevers
Ontwikkel stimulansen die de samenwerking aanmoedigen	Gebruik segmentering om het gedrag van patiënten te begrijpen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Integreer resultaten als deel van nieuwe betalingsmodellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Zorg ervoor dat stimulansen ook consumenten betreffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pas welzijn aan de behoeften / voorkeuren van de werkers aan						
	Creëer een omgeving die gezond gedrag ondersteunt			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Werk aan regelgevende hervormingen die concurrentie en innovatie belonen	Coördineer met andere belanghebbenden om de bewijslast te creëren rond innovatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vind gemeenschappelijkheden onder belanghebbenden om innovatie te versnellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Leen best practices van andere industrieën	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Werk samen met patiëntgeoriënteerde groepen om participatie in klinische tests te vergroten		<input type="radio"/>				
	Integreer stimulansen die innovatie aanmoedigen			<input type="radio"/>			
	Creëer marktregels die het aantal en typen toegangspunten vergroten			<input type="radio"/>			
Plan voor herverdeling van financiering van ziek zijn naar welzijn	Neem meer aansprakelijkheid voor zorgcoördinatie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Herdenk compensatie om coördinatie over procedures te benadrukken			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Creëer een infrastructuur voor gecoördineerde zorg	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Wijs uitgaven opnieuw toe om onnoodzakelijke ziekenhuiszorg te verminderen			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Geef mensen betere informatie om gedeelde besluitvorming, ordening en keuze te ondersteunen	Gebruik elektronische hulpmiddelen om consumenten te helpen, betere beslissingen te maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Varieer de reeks producten en diensten om zorg humaan te maken en publiek vertrouwen op te bouwen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Verbeter de vaardigheid van medici om onderling te communiceren	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Gebruik sociale netwerking en gezondheidsspellen	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onderzoek personeels-modellen die een grotere flexibiliteit en effectiviteit toestaan	Verhoog betalingstarieven voor eerstelijnszorg en voor zorgcoördinatie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Werk samen met nieuwkomers om virtuele medische training en voorlichting aan te bieden			<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Herzie klinische licentiewetten die flexibiliteit en patiëntentoeegang verhinderen			<input type="radio"/>			
Maak voorbereidingen voor de complexiteit van een flexibel, onderling samenwerkend IT-raamwerk voor real time klantengerichte markt	Ontwikkel een duidelijk gedefinieerd raamwerk van normen met input en stimulansen voor belanghebbenden			<input type="radio"/>			
	Bouw persoonlijke privacy vangnetten om vertrouwen te verhogen	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Contact

www.pwc.nl/healthcast

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met onze gezondheidszorggroep:

Cure

André Loogman - Partner
andre.loogman@nl.pwc.com
+31 (0)88 792 4538

Marktwerking

Jan Willem Velthuijsen - Partner
jan.willem.velthuijsen@nl.pwc.com
+31 (0)88 792 7558

Care

Frank van Kommer - Partner
frank.van.kommer@nl.pwc.com
+31 (0)88 792 1523

Consumentisme & Change

Edwin Schippers - Partner
edwin.schippers@nl.pwc.com
+31 (0)88 792 7596

Deze publicatie is uitsluitend opgesteld als algemene leidraad voor relevante kwesties en dient niet te worden geïnterpreteerd als professioneel advies. U dient niet te handelen op basis van de in deze publicatie vervatte informatie zonder nader professioneel advies te hebben ingewonnen. Er wordt geen enkele expliciete of impliciete verklaring verstrekt of garantie geboden ten aanzien van de juistheid of volledigheid van de in deze publicatie vervatte informatie, en voor zover toegestaan krachtens de wet, aanvaarden PricewaterhouseCoopers, aan haar gelieerde ondernemingen, medewerkers en vertegenwoordigers geen enkele aansprakelijkheid, en wijzen zij iedere verantwoordelijkheid af, voor de gevolgen van enige handeling dan wel omissie door hetzij uzelf hetzij enige andere persoon op basis van de in deze publicatie vervatte informatie of voor enig besluit waaraan die informatie ten grondslag ligt.

