

'HET HELE FINANCIERINGSSYSTEEM MAG OP DE SCHOP'

Welk zorglandschap willen we in Nederland?

In het Beatrixziekenhuis (Rivas Zorggroep) in Gorinchem en Bernhoven in Uden zijn de afgelopen jaren omvangrijke veranderprogramma's doorgevoerd. Betere kwaliteit van zorg leveren tegen lagere kosten was het doel. IQ healthcare¹ van het Radboudumc bekeek samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) en het Centraal Planbureau (CPB) of dat is gelukt. "De buitenwereld kan de resultaten nu niet meer afdoen als 'gebakken lucht'."

"De algemeen geldende gedachte is vaak nog dat je in de zorg niets kan veranderen. Ik denk dat Bernhoven en Rivas hebben laten zien dat je de zorg wel degelijk beter kunt maken, en dat die zorg dan ook nog goedkoper wordt", zegt MDL-arts Wink de Boer. Hij was als medisch directeur vanaf het eerste uur betrokken bij de organisatietransitie in Bernhoven en heeft, samen met zijn toenmalige collega (mede-directeur) Roland Koopman, het veranderprogramma 'Droom' ontworpen. Rivas Zorggroep, die naast medisch-specialistische zorg in het Beatrixziekenhuis ook ouderenzorg en wijkzorg in de regio biedt, ontwikkelde in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ het programma 'Kwaliteit als Medicijn' (KAM).

Kwaliteit als vliegwiel

De verandertrajecten in beide ziekenhuizen waren omvangrijk en ingrijpend. Primaire doelstelling was verbetering van kwaliteit van zorg; kostenbeheersing was daarvan een afgeleide, benadrukt De Boer. Mariëlle Bartholomeus, die van 2016 t/m 2020 (2016-2018 samen met De Boer) medisch directeur van Bernhoven was en sinds januari 2021 bij Rivas Zorggroep lid is van de Raad van Bestuur, beaamt dat. "Bij beide ziekenhuizen lag de focus op kwaliteit als vliegwiel tot betere en goedkopere zorg." Doorgaans leidt het streven van ziekenhui-

zen om de kwaliteit van zorg te verhogen tot hogere uitgaven, schrijft IQ healthcare in haar evaluatierapport *Op weg naar hoge kwaliteit en lage kosten in de medisch-specialistische zorg* [1]. Maar het wetenschap-

pelijk onderzoeksbureau constateert dat zowel de resultaten van Bernhoven als het Beatrixziekenhuis als een verkennend literatuuronderzoek met vergelijkbare ziekenhuisstrategieën wereldwijd, laten zien dat het ook anders kan.

Knappe prestatie

In het omlaag brengen van zorguitgaven zijn beide ziekenhuizen geslaagd, terwijl de kwaliteit hoog bleef, concludeert IQ healthcare. Simone van Dulmen, één van de onderzoekers: "Een knappe prestatie in deze tijden van toenemende vergrijzing



Mariëlle Bartholomeus

en zorgkosten. Het vraagt lef om in de hele organisatie dergelijke veranderingen door te voeren. Dat hebben beide ziekenhuizen, denk ik, heel goed gedaan.” Rivas Zorggroep en Bernhoven zijn op hun beurt blij met het evaluatierapport. De Boer: “De buitenwereld kan de resultaten nu niet meer minimaliseren, negeren of afdoen als ‘gebakken lucht’.

De argumenten die werden gebruikt om de resultaten te ontkennen, zijn nu door een onafhankelijk wetenschappelijk rapport ontkracht. Dat is, denk ik, de belangrijke waarde ervan.” Bartholomeus beaamt dat en voegt toe: “Met data is bijvoorbeeld nu bevestigd dat er geen waterbedeffect is; iets wat omliggende ziekenhuizen wel beweerden.”

Verspilling en onnodige zorg

De veranderstrategieën die zich richten op verbetering van zorg en beheersing van kosten hebben wereldwijd enkele gemene delers: ze zijn vooral gericht op het verhogen van de efficiëntie, verminderen van verspilling en onnodige zorg, en het creëren van toegevoegde waarde. Ook beide Nederlandse ziekenhuizen hebben daarop ingezet. De focus lag op het verminderen van onnodige zorg en op zorg op de juiste plek. Bernhoven heeft daarnaast een rigoureuze organisatieverandering doorgevoerd door de acute, electieve en chronische zorg te scheiden, om op die manier beter aan te sluiten bij de patiëntenpaden.

Productieprikkels in zorgsysteem

Voor een dergelijk ingrijpende veranderstrategie waren twee voorwaarden onontbeerlijk: draagvlak onder medisch specialisten en het wegnemen van de traditionele productieprikkels in het zorgsysteem. “Elke financiële prikkel in de discussie over de organisatie en de zorg moest verdwijnen”, zei De Boer al eerder in *MAGMA* [2].

Bij beide ziekenhuizen zorgden de zorgverzekeraars – CZ en VGZ bij Bernhoven, en VGZ bij het Beatrixziekenhuis – voor een alternatief verdienmodel: een vijfjarige aanneemsom gaf ruimte om de veranderuitda-



...veel meer doen aan kennisgeving...

Simone van Dulmen

ging aan te gaan en de verbeterinitiatieven te implementeren. In het Beatrixziekenhuis is een aangepast verdeelmodel binnen het medisch-specialistisch bedrijf ingevoerd, waarbij 90 procent bestaat uit een basisinkomen en verdeling mede plaatsvindt op basis van meedoen aan de KAM-initiatieven. In Bernhoven zijn de medisch specialisten overgestapt op een loondienstmodel met participatie, waarbij de specialisten deels eigenaar zijn van het ziekenhuis. Resultaat: de inkomsten van medisch specialisten waren hierdoor niet meer afhankelijk van de productie van het ziekenhuis. Bovendien stonden bestuur en dokters niet meer tegenover elkaar, en konden beiden gelijkgericht op zoek gaan naar betere zorg. De Boer: “Zolang er binnen het ziekenhuis een gevecht plaatsvindt over de verdeling van

geld, kunnen de patiënt en de kwaliteit van de geleverde zorg niet centraal staan.” Ook Bartholomeus benadrukt het belang van gelijkgerichtheid.

Bottom-up-initiatieven

Behalve het wegnemen van de productieprikkels en financiële randvoorwaarden in de vorm van meerjarencontracten waren *bottom-up*-initiatieven vanaf de werkvloer en intensieve samenwerking met de eerste lijn belangrijke ingrediënten en succesfactoren. Er zijn in beide ziekenhuizen meer dan 100 kwaliteitsinitiatieven doorgevoerd die door de medisch specialisten, verpleegkundigen en patiënten zijn aangedragen, van het verminderen van overbehandeling en samen beslissen met de patiënt tot een betere samenwerking met de eerste lijn.

Betrokkenen bij zowel Bernhoven als Rivas Zorggroep gaven aan dat de korte lijnen in hun relatief kleine ziekenhuizen bijdroegen aan een goede implementatie van de verbeterinitiatieven. Bartholomeus: “Bij beide ziekenhuizen was de samenwerking met huisartsen bijvoorbeeld al heel goed, omdat de huisartsen in beide regio’s geclusterd zijn in huisartsenverenigingen (Synchroon in regio Uden en HenZ in regio Gorinchem). Dat maakte de transitie van bijvoorbeeld chronische zorg naar de eerstelijnszorg makkelijker te organiseren.”

Leiderschap, betrokkenheid en visie

Ook leiderschap en een helder geformuleerde visie die breed wordt gedragen door de organisatie, worden in het rapport genoemd als succesfactoren. Sterke punten zijn de eigen inbreng van zorgprofessionals in de strategie en de oprechte betrokkenheid die beide ziekenhuizen hebben weten te organiseren, evenals de *hands-on*-aanpak en het krachtige leiderschap van zowel directie als medische staf in beide ziekenhuizen [1].

Pionieren met ziekenhuiszorg

Bij zowel Bernhoven als het Beatrixziekenhuis speelde het bestaansrecht als streekziekenhuis in de regio een belangrijke rol om te pionieren met ziekenhuiszorg, evenals de behoefte om op een meer toekomstbestendige manier zorg te verlenen, die meer gericht is op kwaliteit dan op productie. De vicieuze cirkel van steeds meer verrichtingen en operaties, steeds korter durende consulten en toenemende zorguitgaven moest worden doorbroken. Zowel De Boer als Bartholomeus wijzen daarbij op de naderende vergrijzing. De Boer: “We hebben een groeiend demografisch probleem: er komen steeds meer ouderen die langer leven en meer chronische ziekten hebben. Als we die op de huidige manier willen blijven verzorgen, dan moet er nog 10 tot 20 miljard bij. Dat is niet te doen. We móeten innoveren en iets disruptief innovatiefs verzinnen, anders loopt het huidige zorgstelsel totaal vast. We hebben bijvoorbeeld meer generalisten nodig die fungeren als een soort casemanager voor de patiënt, in plaats van

ouderen op vijf orgaanspecialistische poli’s te behandelen.”

Financiële risico’s

Het Centraal Planbureau (CPB) wijst wel op enkele financiële risico’s bij de ingrijpende aanpassingen in de financieringsstructuur die beide ziekenhuizen hebben doorgevoerd: “Een belangrijke vraag is hoe houdbaar de meerjarencontracten zijn op langere termijn. Wanneer verzekeraars in een nieuw contract de dalingen in het behandelvolume willen verwerken, dan zal de animo voor meer doelmatigheid bij ziekenhuizen afnemen (*ratchet-effect*)” [3]. Bartholomeus: “Als we op een betere manier zorg verlenen – door bijvoorbeeld minder operaties te doen door meer met patiënten te overleggen of een behandeling zinnig is – en de zorgverzekeraars rekenen ons weer af volgens de oude bekostigingssystematiek (prijs maal omvang, PxQ), dan ga je inderdaad aan je eigen succes ten onder. Dan helpen ze je om zeep.” De Boer vult aan: “We zijn bij Bernhoven zo afwijkend geworden ten opzichte van andere ziekenhuizen dat we in het traditionele betalingssysteem acuut failliet zouden gaan. Er is dus geen weg meer terug. Als we in de toekomst niet voor ons gedrag worden beloond en er zelfs voor worden gestraft, is dat inderdaad niet bevorderlijk voor andere ziekenhuizen om in het maatschappelijk belang de kosten af te bouwen. Ziekenhuizen die zo stoer zijn om te laten zien dat het anders kan, moet je op een of andere manier wel belonen, bijvoorbeeld door niet in te kopen in naburige ziekenhuizen.”

Rol zorgverzekeraars

Ook de onderzoekers van IQ healthcare roepen de vraag op of en hoe zorgverzekeraars de positieve risico’s voor de beide ziekenhuizen kunnen vergroten. “Het is bijvoorbeeld onduidelijk of beide ziekenhuizen een concurrentievoordeel hebben behaald. Of dat verzekeraars door actieve sturing en een (budgettair) voorkeursbeleid meer patiënten naar Bernhoven en Rivas Zorggroep proberen te laten gaan. De financiële bestendigheid komt onder druk te staan als de ziekenhuizen voor hun

inspanningen niet worden beloond met óf relatief betere marges of door het krijgen van extra zorgvolume” [1]. “Sowieso vind ik dat het hele financieringsstelsel van de zorg wel op de schop mag in Nederland”, zegt Bartholomeus. “Naar mijn idee kun je beter naar regio/netwerkbekostiging gaan. Wij hebben als Rivas Zorggroep niet alleen het ziekenhuis, maar ook wijkzorg en verpleeghuizen: laat ons maar experimenteren.” Van Dulmen vult aan: “Recent hebben we een rapport opgeleverd aan het ministerie van VWS over populatiebekostiging en hoe dat anders kan [4]. In Nederland komen experimenten maar mondjesmaat van de grond. Een van de belangrijkste barrières bleek dat het moeilijk is op te zetten binnen het huidige zorgstelsel.”

Net als de ziekenhuizen en de zorgprofessionals moeten ook de zorgverzekeraars schakelen naar een andere *mindset*, vindt Bartholomeus. “Wij maakten tijdens het verandertraject mee dat we patiënten die veel zorg nodig hadden, verplaatsten naar de wijk. Vervolgens spraken de zorgverzekeraars de wijkzorg erop aan dat ze te veel tijd met die patiënten bezig waren. In verhouding is die zorg duur voor de wijkzorg. Maar als je het regionaal bekijkt, zijn die patiënten in de wijk goedkoper af dan in het ziekenhuis. Ook de zorgverzekeraars moeten dus buiten oude hokjes en stramienen gaan denken en een draai maken in plaats van te blijven doen wat ze altijd al deden, anders verandert er niks.”

Beroepsverenigingen

Maar er zijn meer partijen die hun steentje kunnen bijdragen aan het in gang zetten van een nieuwe zorgcultuur, van beroeps- en patiëntenverenigingen tot opleidingen en politiek. De Boer roemt in die zin de initiatieven van de NVMDL: “Zij neemt landelijk het voortouw in het terugdringen van niet-gepaste zorg door de richtlijnen opnieuw onder de loep te nemen: staat er niet te veel defensieve geneeskunde in. Dat is, denk ik, inderdaad de rol van wetenschappelijke verenigingen: het faciliteren van dat andere gedrag. Anders is het heel

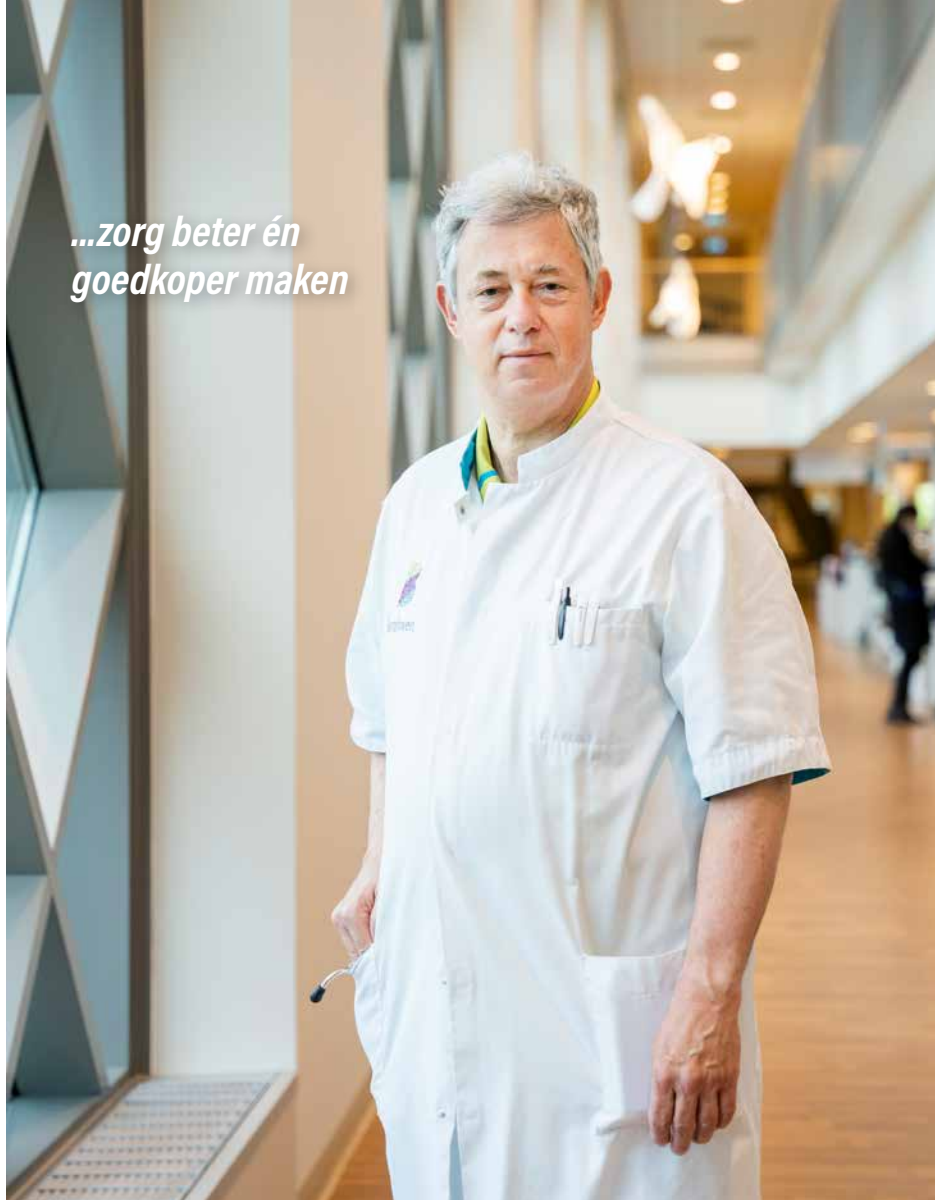
moeilijk om als medisch-specialist van die richtlijnen af te wijken.” Van Dulmen: “Ook op de opleidingen kan wel wat meer aandacht worden besteed aan de vraag: wat zijn nu effectieve interventies en wat niet?” Daarnaast valt er nog veel te winnen op het gebied van patiëntenbewustzijn, zegt zij. “Niet alles wat kan, heeft toegevoegde waarde. Het is van maatschappelijk belang om patiënten daarover goed te informeren.” De Boer vult aan: “Hoe lang ga je als MDL-arts bijvoorbeeld door met preventieve darmonderzoeken? In alle richtlijnen staat dat je met 75 jaar moet stoppen, maar ik kan je verzekeren dat heel veel tachtigplussers nog een preventieve coloscopie krijgen, terwijl de risico’s daarvan behoorlijk hoog zijn.”

Politiek

En de politiek? Die kan veranderprogramma’s niet afdwingen, schrijft het CPB [5]. Onderhandelingen over volumes en prijzen vinden immers plaats tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars, zonder tussenkomst van de overheid. Bovendien lijkt een succesvolle implementatie het beste te werken als deze vanuit het ziekenhuis wordt geïnitieerd, hetgeen breed draagvlak onder medisch specialisten vereist. Dat maakt het lastig om de beweging vanuit een overheid of zorgverzekeraar af te dwingen. Maar de overheid kan de veranderstrategieën wel stimuleren en faciliteren door na te gaan hoe meerjarige programma’s het beste kunnen worden vormgegeven.

Zorglandschap

“Welk zorglandschap willen we nou in Nederland”, stelt De Boer. “Volgens mij zijn de grote lijnen, hoe het anders moet, inmiddels wel duidelijk. Het gaat daarbij niet om meer of minder ziekenhuizen, maar om ander gedrag, een andere infrastructuur, de zorg over de muren van ziekenhuizen heen op een andere manier organiseren. Je hebt een ander zorglandschap nodig omdat je te weinig zorgprofessionals hebt om overall alles te kunnen blijven bieden. Dan gaat de euro voor de Nederlandse burger beter renderen en krijgt deze ook betere zorg. Maar



Wink de Boer

het vergt moed, ook politieke, om die weg daadwerkelijk in te slaan.”

Blauwdruk voor succes

Tot slot zijn goede evaluaties van de innovaties van groot belang, vindt Van Dulmen. “Laat nou eens met cijfers zien hoe de kwaliteit van zorg is verbeterd en breng dat structureel in kaart. Vervolgens kunnen we bekijken: hoe kunnen we dit soort initiatieven opschalen en andere ziekenhuizen verleiden ook zoiets te doen? Ik denk dat er in heel Nederland echt goede initiatieven zijn, maar dat er veel meer kan worden gedaan aan kennisverspreiding. Soms zijn oplossingen vrij eenvoudig en is het goed om van elkaar te leren.”

Er bestaat geen blauwdruk voor succes, concluderen de onderzoekers. Van Dulmen:

“Ieder ziekenhuis heeft z’n eigen context. Bernhoven en Rivas Zorggroep hebben laten zien dat je door op een andere manier naar zorg te kijken en de productieprikkel weg te halen, je gedrag kunt veranderen. Dat hebben beide ziekenhuizen op een andere manier ingevuld.” De Boer beaamt: “De beide veranderstrategieën zijn een *proof of concept*. Je moet niet ‘Bernhoven’ of ‘Rivas’ gaan nadoen, maar je moet wel op reis gaan. In welke context je ook werkt: de zorg kan altijd worden verbeterd als je de door belangen gedomineerde heilige huisjes afbreekt en het maatschappelijk belang laat prevaleren.”

De referenties vindt u in de pdf van *MAGMA 2-2021* (p. 104) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

THEMA NOVUM 2.0 – p. 69

1. Kaderbesluit CGS 2019. Algemene eisen voor de opleiding, registratie en herregistratie voor de geneeskundig specialist en voor de erkenning van opleiders, opleidingsinstellingen en opleidingsinstituten. College Geneeskundige Specialismen, *Staatscourant*, nr. 60365, 7 november 2019.
2. Twijfel over praktische uitvoerbaarheid huidige EPA's vraagt om aanpassing. *De Junior. MAGMA 2-2019*, p. 83.
3. Aanvullende opleidings-, erkenningseisen voor het medisch specialisme Maag- Darm- Leverziekten. College Geneeskundige Specialismen, september 2018. *Staatscourant*, nr. 9126, 20 februari 2019.

THEMA Welk zorglandschap willen we in Nederland? – p. 74–79

1. IQ healthcare. *Op weg naar hoge kwaliteit en lage kosten in de medisch-specialistische zorg. Evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven*, Juni 2020. <https://www.iqhealthcare.nl/nl/nieuws/2020/06/nieuwe-manier-van-werken-ziekenhuizen-leidt-tot-doelmatiger-zorg-zonder-kwaliteitsverlies/>
2. 'Loondienst met participatie randvoorwaarde voor goede en zinnige zorg' (interview met Wink de Boer). *MAGMA 2-2019*, p. 79–81.
3. CPB/IQhealthcare/NZa. *Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven*, CPB Policy Brief. Juni 2020.
4. IQ healthcare, *Wegen van Populatiebesteding. Verkenning van literatuur en opvattingen*. Februari 2020.
5. <https://www.cpb.nl/evaluatie-programmas-beatrixziekenhuis-en-bernhoven> CPB/NZa. *Casestudy Beatrixziekenhuis en Bernhoven*, Achtergronddocument CPB/NZa. Juni 2020.

THEMA Monitoren op afstand: thuis meten van Fcal met mijnIBDcoach – p. 81

1. Colombel, J.C. et al. Clinical disease activity in the CALM study – Authors' reply. *Lancet* 2018; April 14. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)30775-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30775-X)
2. de Jong, M.J. et al. Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2017; 390;10098;959-968. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)31327-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31327-2)
3. Heida, Anke et al., Agreement Between Home-Based Measurement of Stool Calprotectin and ELISA Results for Monitoring Inflammatory Bowel Disease Activity. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017; 15;11;1742–1749. doi: [10.1016/j.cgh.2017.06.007](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.007)
4. de Jong, MJ et al. Development and Validation of a Patient-reported Score to Screen for Mucosal Inflammation in Inflammatory Bowel Disease. *JCC* 2019.; 13;5;555–563. doi: [10.1093/ecco-jcc/jjy196](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy196)