

Masterclass NieuweZorg

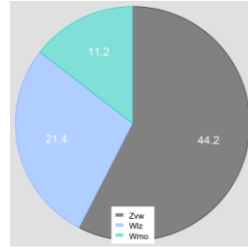
Blok 1 Dag 1 - Rotterdam

Mark Pomp – Gezondheidseconoom, MP economische beleidsanalyses

Hoe verder met het zorgstelsel?

Cijfers op een rij:

- €44.2 miljard zorguitgaven binnen de ZVW (2020)
- €21.4 miljard zorguitgaven binnen de WLZ (2020)
- > €6000 zorgkosten per persoon per jaar
- Gemiddeld €1384 voor de nominale premie (2019)



Geschiedenis zorgstelsel:

In 2006 is de ZVW geïntroduceerd en in 2012 kwam een keerpunt omdat de zorguitgaven te hard stegen. Sinds 2012 hebben we geregleerde marktwerking + herregulering. De helft van de schadelast per verzekerde komt via de nominale premie en de andere helft via een inkomensafhankelijke premie.

De basispolis heeft twee doelen: solidariteit en acceptatieplicht. Er is een verzekeringsplicht voor iedereen en iedereen betaalt de zelfde premie voor dezelfde polis. De zorgverzekeraar onderhandelt met zorgaanbieders en moet meedoen aan risicoverevening.

Randvoorwaarden voor een goedwerkend stelsel:

1. Voldoende concurrentie. Volgens Mark Pomp is hier gedeeltelijk aan voldaan. Door ziekenhuisfusies is er minder concurrentie en zijn er prijsstijgingen met name aan het begin van een fusie.
2. Vereveningsstelsel kan risicoselectie voor een belangrijk deel tegengaan en creëert een gelijk speelveld tussen verzekeraars.
3. Kwaliteit. Hier is volgens Mark Pomp nog niet aan voldaan, omdat kwaliteitseffecten niet altijd te duiden zijn in indicatoren.
4. Selectief inkopen. Hier is volgens Mark Pomp nog niet aan voldaan vanwege het hinderpaalcriterium (met name jeugdzorg).

 Boekentip: 'The Quality Cure'. David Cutler.

Wim Groot – Hoogleraar Gezondheidseconomie, Universiteit Maastricht

De Zorgverzekeringsmarkt

Zorgverzekeringswet:

De sterke punten zijn de keuzevrijheid, toegankelijkheid en solidariteit. De zwakke punten zijn de beperkte kostenbeheersing, weinig selectieve zorginkoop op kwaliteit en doelmatigheid, soms gebrekkige transparantie en beperkte legitimiteit (draagvlak) voor huidige stelsel.

Risicoverevening:

Het vereveningsstelsel is enerzijds het kernelement van toegankelijkheid en solidariteit en anderszijds om concurrentie te waarborgen met een gelijk speelveld tussen verzekeraars. Het risicovereveningssysteem is primair een ex ante vereveningssysteem. Vanuit de risicoverevening krijgt elke verzekeraar geld op basis van risicoprofielen en (verevenings)kenmerken (bijv. leeftijd, geslacht, inkomen, regio) van de verzekerde populatie.

Uitgaven aan zorg:

In Nederland zijn de uitgaven aan curatieve zorg niet bovengemiddeld in Europa. Gebruik van huisarts, ziekenhuiszorg en geneesmiddelen is beneden gemiddeld en gebruik van GGZ bovengemiddeld. Nederland geeft 28% uit aan langdurige zorg. Het verschil met andere landen zit in substitutie en verblijfskosten. In Nederland wordt meer nadruk gelegd op kwaliteit van leven. Dit wordt volgens Wim Groot nog een groot probleem als er meer vergrijzing is.

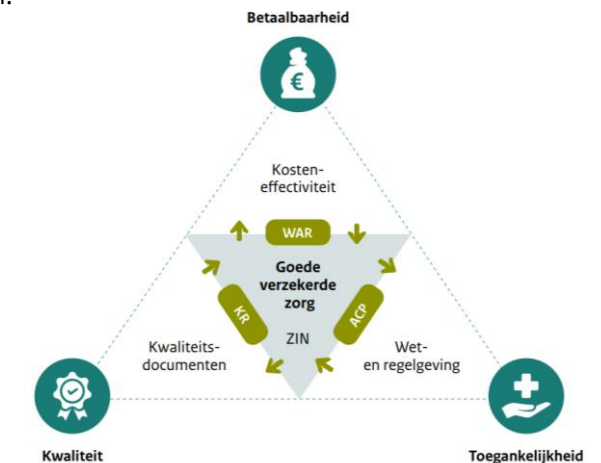
Lonneke Timmers – Secretaris Wetenschappelijke Adviesraad, Zorginstituut Nederland

Eerlijk (ver)delen: moeilijke keuzen in de basisverzekering

De groei van de zorg(vraag) is op termijn onhoudbaar en we zijn op weg naar passende zorg. De vier principes van passende zorg zijn: waardegedreven (patiënt relevante uitkomsten, effectief), samen en rondom de patiënt (sociale context, multidisciplinair), juiste zorg op de juiste plek en gezondheid i.p.v. ziekte (preventie).

Taken Zorginstituut Nederland:

- Pakketbeheer: afspraken maken over gepast gebruik, bevorderen van kwaliteit van zorg en het stoppen met zorg die geen meerwaarde heeft. Er moeten keuzes gemaakt worden i.v.m. verdringing. Voor geneesmiddelen en fysiotherapie wordt gewerkt met een gesloten systeem (iets is nee tenzij). Het basispakket is grotendeels open (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg).
- Kwaliteitsbevordering met voorbeelden van goede zorg uit de praktijk en later kunnen deze voorbeelden de status van kwaliteitstandaard krijgen.
- Fondsbeheer (risicoverevening).



Voorbeelden wel of niet in basispakket?

- Alternatieve geneeswijzen. Een belangrijke vraag hierbij is: is er passend bewijs? Wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit weegt in de afweging het zwaarst. RCT heeft vaak de voorkeur, maar dit is niet altijd nodig en haalbaar. Een tegenargument is: kan het andere dure zorg verminderen?
- Paracetamol. Hier is noodzakelijkheid de crux: paracetamol is zo goedkoop dat mensen het zelf kunnen kopen.
- Vitamine D. Er is op vrijdag 8 april 2022 besloten om dit uit het pakket te halen om kostenoverschrijdingen te voorkomen.
- Paramedische zorg. Fysiotherapie na Covid-19 is tijdelijk toegelaten onder voorwaarden. Je wilt niet altijd nee zeggen totdat je het 100% weet, omdat het enkele jaren kan duren voordat de onderzoeksresultaten bekend zijn.
- Da Vinci robot. Voor patiënten maakt het niet uit, maar de meerwaarde voor de operateur is wel bekend. Hierbij is de vraag: moet het vanuit patiënt of innovatiepot betaald worden?

Pakketcriteria basisverzekering:

Effectiviteit is het belangrijkste. Dit is een gecombineerd begrip met ziektelast en de kans op een gebeurtenis en de mogelijke (financiële) gevolgen. Zorginstituut Nederland werkt met de GRADE-methode om een inschatting te maken van de kwaliteit van het in totaal verzamelde bewijs. Voor de kosteneffectiviteit wordt de ziektelast naar drie referentiewaarden ingevuld (≤ 0.4 ziektelast tot €20.000 per QALY, $0.41 - 0.70$ ziektelast tot €50.000 per QALY en > 0.70 ziektelast tot €80.000 per QALY).

Masterclass NieuweZorg

Blok 1 Dag 2 - Rotterdam

Patrick Jeurissen – Hoogleraar Betaalbaarheid van de Zorg, Radboud Universiteit

Betaalbare zorg?

Volgens Patrick Jeurissen is het curatieve zorgstelsel super betaalbaar sinds de gereguleerde marktwerking. De groei van zorgkosten is sinds 2012 afgevlakt met een lager aandeel van ziekenhuiskosten. Dit gaat samen met het toenemen van de risicodragendheid van zorgverzekeraars. Tot 2012 hadden we veel overschrijdingen en sinds 2012 zijn er structurele onderschrijdingen, met name in de GGZ, thuiszorg en de eerste lijn.

Typisch Nederlands systeem:

Het Nederlandse systeem is een 'Blueprint'. In Nederland is een sterke focus op risicosolidariteit, eerstelijnszorg en derdelijnszorg, het hele intramurale systeem is non-profit en er is veel langdurige zorg. In Nederland zijn er ontzettend weinig mensen die onverzekerd zijn en de reserve posities van zorgverzekeraars en zorginstellingen zijn heel goed. De laatste jaren is er een sterke toename van ZBC's en buitenklinieken.

 Boekentip: 'The market reform in Dutch health care. Results, lessons and prospects.' Patrick Jeurissen en Hans Maarse.

We hebben uitgangspunten en dispuuten en in de politiek gaat het te weinig over dispuuten. In principe hebben we in een gereguleerde marktwerking geen kostenplafond nodig, maar er is nog steeds een budget. Sinds 2012 hebben we 17 miljard besparing (50% daarvan curatieve zorg). De zorg krijgt er 6 miljard bij tot 2026, dit is 9 miljard minder in Rutte IV t.o.v. Rutte III.

'Bermuda' driehoek van de zorg:

1. Zeer hoge administratieve lasten en indirecte kosten. We moeten meer naar de determinanten kijken, zoals fragmentering en onvoldoende standaardisering van ICT-systemen.
2. Meeste effort gaat naar multimorbiditeit, maar het systeem is meer gericht op 'single-disease'. Dit is niet een typisch Nederlands systeem, maar gebeurt in de hele wereld.
3. Top specialistische zorg (vrij grote derdelijns zorg). We zijn niet goed in keuzes maken.

Marcel Canoy – Hoogleraar Gezondheidseconomie VU, Adviseur, Autoriteit Consument & Markt (ACM)

De misverstanden over marktwerking in de zorg

Marktwerking:

Het is een ambtenaren woord. Het betekent dat er ruimte is voor vormen van ondernemerschap waarbij er een politiek belang is. Vaak zijn hybride systemen goed zodat de markt de overheid scherp kan houden.

Misverstanden rondom marktwerking:

1. Mensen die zorg geen markt vinden, maar de zorg is wél een markt met een geïndividualiseerd product. Alles is privaat en er is een vrije artskeuze. Dit werkt niet via prijs, maar de zorgpolissen werken wel met prijzen. De zorg wordt soms ook semi-publiek genoemd: private organisatie (rechtsvorm) met publieke belangen.
2. Mensen verwarren correlatie van marktwerking met causaliteit. Kosten zijn ook in landen gestegen waar geen marktwerking is.
3. Mensen die klagen over marktwerking hebben een opmerkelijk geloof in de overheid. Je kan alleen een oordeel hebben als er een reëel alternatief is.
4. De winnaars van de marktwerking zijn slecht vertegenwoordigd (premiebetaler komt weinig aan bod in de media).
5. De zorg is een levensbehoefte en mensen willen daar geen markt bij hebben. Daarentegen is eten ook een markt. Het betekent dat de grens gereguleerd moet worden.
6. De vrije markt is een stroman: bij marktwerking is nooit sprake van een vrije markt en al helemaal niet in de zorg. Er is veel regelgeving om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit te borgen.

Ghislaine Steenberghe – Sr. Zorginkoper Farmacie, Zorg en Zekerheid

Floris Logman – Adviserend Apotheker, Menzis

Visie(s) en beleid zorgverzekeraar op dure geneesmiddelen, hoofdlijnakkoorden, zorginkoop, regiozorg

De verzekeraars hebben een zorgplicht. Als een verzekeraar een groter marktaandeel heeft, kan het makkelijker afspraken maken in het zorglandschap in de regio. Het is als ziekenhuis ook makkelijker om met één of twee verzekeraars te werken en te vragen of de anderen willen volgen.

Hoe gaat de premie berekening?

12 November is D-day, dan moeten de premies uiterlijk bekend worden gemaakt. DSW is altijd de eerste. De contractering van verzekeraars moet in Zorgzoeker bekend worden gemaakt.

Wat zijn uitdagingen op dit moment?

Er is volumegroei en de prijzen van medicijnen nemen toe. De top-11 stijgers in kosten zijn oncologische geneesmiddelen, met Pembrolizumab op nummer 1. Dit komt met name doordat het breder toepasbaar is binnen de oncologie.

Waar hangt de prijs van af?

Prijs hangt af van de toepassing, dosering en duur. Er worden geheime prijsafspraken gemaakt met minister van VWS. De minister heeft een korting geregeld en de prijs is maatschappelijk aanvaardbaar. Een prijsdaling is er met name als het patent er af is.

Hoe zouden jullie dit liever willen hebben?

Prijsafspraken zouden transparanter moeten zijn. Het liefst semi-transparant: verzekeraars en ziekenhuizen weten de prijzen. Ziekenhuizen weten dan daadwerkelijk wat er op hun budget komt. Het moet niet geheel transparant zijn, omdat andere landen dat dan ook kunnen zien. Er zijn wel voorbeelden van internationale samenwerkingen, zoals het Beneluxa-initiatief om gezamenlijk prijsonderhandelingen te voeren met farmaceutische bedrijven.

Wat zijn de uitdagingen en oplossingen in de toekomst?

Een verdubbeling van zorguitgaven en een groeiende personeelsschaarste (1 op 4 medewerkers zou in 2040 in de zorg moeten werken). Oplossingen zijn onderverdeeld in 3 pijlers: dé-medicaliseren van niet-medische vraagstukken, transformatie naar digitale blended zorg en versnelling van passende zorg. De hele keten (inclusief sociale domein) moet veranderd worden, alleen innovaties zijn niet genoeg. Er moet meer geprioriteerd worden. Zorgverzekeraars moeten het ook op de politieke agenda zetten vanuit de organisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Philip Idenburg – Managing Director, BeBright Consultancy

Tips toekomstvisie

