

Met één been buiten het ziekenhuis

# Wie betaalt dat?

Parkinsonnet en Integrale geboortezorg zijn succesvolle voorbeelden van samenwerking tussen zorgprofessionals in eerste, tweede en derde lijn, zorgbestuurders, zorgverzekeraars en beleidsmakers. Maar is netwerkgeneeskunde, en dan met name de bekostiging ervan, niet enorm ingewikkeld? Ja, dat is het. Tegelijkertijd is het een kwestie van gewoon beginnen.

**R**evalidatiearts Frits Lem wil graag een poli organiseren bij een huisartsenpraktijk. De huisarts vindt het goed, maar wie betaalt de spreekkamer en hoe voorkomen ze administratieve rompslomp? Net als de ruim 350 medisch specialisten die afgelopen maart naar het congres Netwerkgeneeskunde, de medisch specialist met één been buiten het ziekenhuis kwamen, worstelt Lem met de vraag: wat als een verbetering van zorg wordt belemmerd door de bekostiging? De workshop van beleidsmedewerker Richard Heijink van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over bekostiging van netwerkgeneeskunde op het congres was dan ook binnen *no time* volgeboekt. Heijink: 'Bij dit soort vragen onderzoekt de NZa eerst of het om een structureel probleem gaat. Daarna bepalen we of we de dbc-systematiek moeten aanpassen of dat een lokale oplossing mogelijk is. Zo hebben we bijvoorbeeld de regelgeving verruimd voor bekostiging van zorg op afstand, integrale geboortezorg en verwijzingen tussen instellingen met behoud van de hoofdbehandelaar.'

## Honderden verzoeken

Wat de laatste van deze drie wijzigingen betreft: laat je een patiënt voor een deel in een ander ziekenhuis behandelen, dan was dat voorheen niet apart declarabel. Heijink: 'Doordat ziekenhuizen nu een nieuwe dbc kunnen openen, hoeven ze niet meer



Richard Heijink:

**'Voor netwerkgeneeskunde bestaat geen one size fits all-oplossing'**

onderling de betaling te regelen.' Veel medisch specialisten vragen zich af of het dbc-systeem niet wat minder ingewikkeld kan. Jazeker, verwacht Heijink, maar niet van vandaag op morgen. 'De NZa wil graag zorg belonen die waarde toevoegt voor de patiënt en afstappen van een bekostigingssysteem dat voornamelijk geënt is op het uitvoeren van verrichtingen. ▶

## Wat leverde de workshop op?

De workshop van de NZa over bekostiging van netwerk-geneeskunde was een druk bezocht onderdeel op het congres Netwerkgeneeskunde van de Federatie. Wat is volgens deelnemers de gouden tip voor collega's? Wat zien zij als belemmering? En welke inzichten nemen ze mee naar huis?



## 'Ga niet 1.000 samenwerkingsverbanden aan'

**Revalidatiearts Frits Lem van de Sint Maartenskliniek en aangesloten bij de Werkgroep Hersenletsel Revalidatiegeneeskunde (WHR):**

**Tip:** 'Deel kennis en stem binnen je netwerk af waar de patiënt wat aan heeft. En vergroot zo het effect van lokale behandelingen.'

**Belemmering:** 'Bij de Sint Maartenskliniek hebben we 1.500 medewerkers waarvan 100 alleen de administratie controleren. Laat zorgverzekeraars liever steekproeven doen. Heb wat meer vertrouwen en financieel laagdrempelige zorginnovaties.'

**Inzicht:** Ga niet 1.000 samenwerkingsverbanden aan. Kies een patiëntengroep en een aandachtspunt waarbij het belangrijk is dat de eerste, tweede en derde lijn samenwerken.'

## Doe het eens anders

Wil je de zorg die je levert of organiseert verbeteren, dan is het een optie om een innovatie-experiment uit te voeren. De NZa opent hiervoor een tijdelijke zorgprestatie. Dit is een snellere manier om op korte termijn te kunnen starten met netwerkgeneeskunde. Op [www.demedischspecialist.nl/netwerkgeneeskunde](http://www.demedischspecialist.nl/netwerkgeneeskunde) staat de video 'innovatie experiment NZa' met uitleg hoe dat in drie stappen is te regelen.

De lijst met lopende innovatie-experimenten groeit: op dit moment lopen er al dertig projecten. De zorgverleners experimenteren met innovatieve vormen van diagnostiek, behandeling, inzet van ict en e-health of (innovatief bekostigen van) organiseren en samenwerken.

Op korte én lange termijn met alternatieve contractvormen, en op lange termijn ook met een vereenvoudigd declaratiesysteem.'

De NZa kiest voor deze strategie omdat zorgaanbieders die gebruikmaken van alternatieve contractvormen, gebaat zijn bij een stabiele prestatiestructuur, merkt Heijink. Dat betekent overigens niet dat er de komende jaren helemaal niets wijzigt. 'De NZa ontvangt jaarlijks honderden verzoeken voor aanpassingen in het dbc-systeem. Onze beleidsmedewerkers bekijken elke casus individueel en beoordelen of er extra uitleg van de regelgeving nodig is, er een extra zorgactiviteit nodig is, de NZa iets moet aanpassen in de dbc-systematiek of dat er een lokale oplossing in de contractafpraak tussen verzekeraar een aanbieder mogelijk is.'

## Netwerk-dbc

Kinderarts Saskia Bouma zou graag één standaard-dbc zien voor netwerkgeneeskunde. Ze geeft een voorbeeld van een patiënt die ze niet gauw zal vergeten. 'Een meisje van zestien had ernstige obesitas, maar was compleet uit beeld verdwenen bij zorgverleners. Ze kwam pas bij mij terecht nadat de schoolverpleegkundige haar vertrouwen had gewonnen en haar wist te motiveren om hulp te zoeken. Met veel inspanning, telefoontjes en mailtjes kregen we dit meisje weer op de rit. Maar als de schoolverpleegkundige geen contact met mij had gezocht, en we de schotten niet hadden genegeerd, was dit meisje nu vergeten met alle gevolgen van dien', vertelt Bouma. 'Met een goed werkende netwerkbekostiging kunnen we vaker voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen.'

De door Bouma en veel andere medisch specialisten zo gewenste 'netwerk-dbc' zou onder andere ruimte moeten bieden voor het optuigen en verbeteren van netwerken, voor overleg tussen zorgpartners en voor



## 'Denk eerst aan de patiënt die nu tussen wal en schip valt'

**Kinderarts en zelfstandig ondernemer Saskia Bouma van de Kinderartsenpraktijk:**

**Tip:** 'Denk eerst aan de patiënt die nu tussen wal en schip valt. Denk daarna pas aan bekostiging.'

**Belemmering:** 'Mijn grootste frustratie is dat ik, door de opgeknipte bekostiging, kinderen niet de aandacht kan geven die ze nodig hebben.'

**Inzicht:** 'Soms heb je dezelfde doelen en belangen, maar kun je of wil je niet dezelfde inzet leveren. Bespreek dit. Zorg dat netwerkgeneeskunde werkt.'

tussentijds contact over de zorg voor een patiënt. Maar voorlopig komt die netwerk-dbc er nog niet. Want, zo legt Heijink uit: 'Geen netwerk is hetzelfde. Zorgnetwerken variëren per doelgroep, type zorgaanbieders en financiers. Parkinsonpatiënten vragen andere zorg dan obesitaspatiënten, en standaardzorg heeft een minder groot financieel risico dan complexe zorg. Voor netwerkgeneeskunde bestaat geen *one size fits all*-oplossing.' Hoe weet je dan zeker dat het concept dat je wilt opzetten, ook is te bekostigen? 'Daar kom je achter zodra het ziekenhuis met de zorgverzekeraar bespreekt wat het precies doet. Maakt het ziekenhuis beter duidelijk dat de zorg ten bate komt van de patiënt, dan is er best veel mogelijk.'

### Interessante alternatieven

Tot slot zijn er naast het aanpassen van de dbc-systematiek meer interessante alternatieven om netwerk-geneeskunde betaalbaar en beheersbaar te maken. Richard Heijink: 'Ik zie ziekenhuizen experimenteren met contractafspraken waarbij ze alle benodigde zorg voor een patiënt met een bepaalde diagnose integraal inkopen. En ik zie hoe verzekeraars met het *shared savings*-systeem de opbrengsten van besparing en kwaliteitsverbetering delen met de medisch specialisten en het ziekenhuis. Een ander voorbeeld is hoe VGZ met het *Zinnige Zorg*-programma meerjarenafspraken maakt met ziekenhuizen waarbij de dbc-productie niet meer bepalend is voor de omzet. Kortom: durf gewoon te beginnen. Ik denk dat er meer mogelijk is. We – de NZa, zorgprofessionals en managers en bestuurders van binnen en buiten het ziekenhuis – kunnen veel meer voor elkaar betekenen dan we nu denken.' ●



Op zoek naar inspiratie? Een eigen netwerkinitiatief delen? Kijk op: [www.demedischspecialist.nl/netwerkgeneeskunde](http://www.demedischspecialist.nl/netwerkgeneeskunde).



## 'Zet je een nieuwe samenwerking op? Voorkom frustratie'

**Programmamanager Ingrid van der Gun van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC):**

**Tip:** 'Niet alle cardiologen weten dat er gespecialiseerde kaderhuisartsen zijn waarmee je samen projecten rondom zorg op de juiste plek kunt oppakken. Daarom zeg ik: pak de telefoon, leer elkaar kennen.'

**Belemmering:** 'Het lukt ons wel om de bekostiging voor netwerkgeneeskunde gedekt te krijgen, maar het is een stroperig en tijdrovend project. En wat het nog lastiger maakt zijn de verschillen tussen de regio's. De ene regio dekt de bekostiging met projectgelden van de zorgverzekeraar, de ander gebruikt de standaardbekostiging en benut de mogelijkheden daarbinnen.'

**Inzicht:** 'Je kunt frustratie voorkomen als je een nieuwe samenwerking opzet door direct de zorgverzekeraar (en eventueel de patiëntenvereniging) te betrekken bij de besprekingen. Zo weet je meteen wat de mogelijkheden en wensen zijn.'