

Knelpunten bij de Integrale Zorg, naar aanleiding van De Zorgstandaard, het concept rapport van de KPMG, en de ontwikkelingen bij het VSV

Gouda 13/2/2016

Inleiding

Reden tot het schrijven van onderstaande notitie is dat ik mij als voorzitter van het VSV Gouda grote zorgen maak over de snelle invoering van het integrale tarief in de Geboortezorg. De aanleiding van de grote wijziging die momenteel in de geboortezorg wordt doorgevoerd zijn de cijfers van het Peristat onderzoek uit 2003. Hieruit kwam naar voren dat de perinatale sterfte in Nederland hoger zou zijn dan in andere Europese landen. Een grondige analyse van de oorzaak van dit verschil in sterfte heeft voor zover ik weet nooit plaatsgevonden. Daarnaast bleek ook dat de sterftcijfers, zonder enige wijziging in het zorgsysteem enige jaren later weer veel lager waren. We weten dus eigenlijk noch de reden van de hoge sterftcijfers noch de reden van de latere verbetering

Er is een beweging in gang gezet waaruit het rapport “ Een goed begin” is voortgekomen. De minister is voortvarend begonnen met de sturing op uitvoering van de aanbevelingen uit het rapport. Hiertoe richtte de Minister het College Perinatale Zorg op. Overigens worden niet alle aanbevelingen door de minister overgenomen. Zo is de aanbeveling van een op een begeleiding op de verloskamer en een op twee verloskundig professional per barende door de minister als niet mogelijk bestempeld.

Een deel van de aanbevelingen wordt zeer prominent gepropageerd en een deel wordt wel onderschreven maar niet geëffectueerd (zie verder)

Het rapport heeft in den lande op een aantal plekken tot intensievere samenwerking geleid tussen (een deel van) de bij de zorg betrokken partijen, op andere plekken is dit proces nog weinig op gang gekomen.

Het College Perinatale Zorg heeft als taak dit proces te begeleiden en concreet de opdracht om een aantal producten te genereren waaronder: De Zorgstandaard, de Preconceptie Indicatielijst, het Basis Zorgpad en het model individuele zorgplan. Van deze producten is alleen de Zorgstandaard (vrijwel) klaar.

Los bovenstaande is het zonder enige twijfel zo, dat er qua samenwerking binnen de verloskunde heel veel winst is te behalen zowel in kwaliteit als doelmatigheid. Ons VSV is hier volop mee bezig!

Een belangrijke aanbeveling was om tot één integraal tarief te komen om zogenaamde “perverse prikkels “ in de beloning uit het zorgsysteem te verwijderen. De grootte van het budget wat hiermee gemoeid zou zijn, is mij niet bekend. Voor zover bestaand zijn die mijns inziens al lang door tariefsverlaging gecorrigeerd. Als voorzitter van het VSV heb ik sterk de indruk dat de meeste verloskundigen en gynaecologen vooral bezig zijn goede zorg te leveren en is het idee dat er erg calculerend met de tarieven wordt omgegaan eerder een voorbeeld van geïnstitutionaliseerd wantrouwen, meer dan een reëel gegeven. Indien de “dubbelbetalingen” de enige reden waren voor invoering van het integraal tarief zou een berekening waarbij de kosten die een nieuwe organisatie met zich mee gaat brengen met alle ICT en overhead en exploitatiekosten van dien, wel eens zeer onvoordelig uit kunnen pakken.

De belangrijkste vooronderstelling is echter dat een integraal tarief de samenwerking zou bevorderen. De KNOV heeft een projectgroep opgericht met medewerking van het CPZ, waarin vrijwel alle betrokken partijen die met dit integrale tarief te maken hebben (NVOG, KNOV, ZN, Kraamzorg organisatie BO en VSV's vertegenwoordiging) zijn

vertegenwoordigd, en die zich over de ingewikkelde problematiek van de implementatie van deze integrale zorg buigt.

Het wekt dan ook enige verbazing dat er daarnaast door een extern bureau een rapport wordt uitgebracht met aanbevelingen, terwijl de betreffende projectgroep nog in een fase van oriëntatie en inventarisatie verkeert. Als voorzitter van een goed lopend VSV (een zogenaamd Voorloper VSV) vrees ik, dat een te snelle en geforceerde invoering van het integraal tarief tot grote onrust en daarmee blijvende schade aan de samenwerking gaat leiden. Er wordt steeds gezegd dat Een organisatie en Een tarief een *middel* tot bevorderen van de samenwerking. Helaas blijkt zowel in mijn VSV als in de vele anderen die ik heb bezocht dat momenteel eerder het tegenovergestelde het geval is. De grote organisatorische fiscale en juridische problemen leiden tot onzekerheid. Angstige mensen neigen naar terugtrekking en staan minder open voor verandering. Dit dreigt nu het hele proces negatief te beïnvloeden, zoals onder andere blijkt uit de recente oproep aan verloskundigen om uit de VSV's te stappen. Het zou heel spijtig zijn als te grote en te snelle stappen in dit proces tot ontwrichting binnen de VSV's gaan leiden, een ontwikkeling die ik ook in mijn VSV signaleer.

Het KPMG Rapport en voor zover relevant De Zorgstandaard.

Aangezien het een concept betreft dat niet genummerd is maar als datum 16 januari heeft, ga ik ervan uit dat dit de meest recente versie is. Het is niet duidelijk wanneer het rapport definitief wordt en wat maakt dat het van concept naar definitief gaat. De reden om nu reeds te reageren is dat, wanneer het advies definitief is, we een weg gaan inslaan die, indien te snel doorlopen en de signalen uit het veld negeren, dit desastreuze gevolgen heeft voor de zwangeren zorg en voor de onderlinge relaties rond die zwangeren zorg.

1. Door de enorme druk die er op dit proces staat zijn alle betrokkenen binnen de VSV organisatie vooral bezig met de financiële, juridische en organisatorische consequenties en zijn alle zorgpaden, gemeenschappelijke protocollen, gezamenlijke scholing en verbetering van de zorginhoud volledig naar de achtergrond verdwenen. Dit is een herkenbaar proces voor mij, ik heb dat, als bestuurder van het MSB Gouda, van dichtbij meegemaakt. In deze context is met name het eveneens door de Minister aangevraagde rapport van TIAS: Op weg naar gezamenlijkheid (1) relevant waarin wij in de samenvatting lezen:

“Met betrekking tot het proces valt op dat de vormgeving en implementatie van het samenwerkingsmodel binnen de algemene ziekenhuizen in veel gevallen onder tijdsdruk en binnen een context van onzekerheid over de exacte toepassing van fiscale uitgangspunten diende te worden afgerond. Dit heeft er in de praktijk toe geleid dat de vormgeving van een samenwerkingsmodel het accent heeft gelegen op het voldoen aan fiscale criteria en in mindere mate op het optimaliseren van de bestaande samenwerking tussen raad van bestuur en en medisch specialisten ten behoeve van (de kwaliteit en veiligheid van) de patiëntenzorg.

En op bladzijde 5: onderaan :

“..., kijkt de grote meerderheid 80% (van de ziekenhuisbestuurders en secretarissen) op de invoering terug als een kostbare en tijdrovende exercitie, terwijl de veranderingen in de dagelijkse praktijk weinig tot geen positieve invloed hebben op de patiëntenzorg.”

Dit betreft dus alleen de relatief eenvoudige vorming van een MSB binnen een ziekenhuis. Een structuur waarbij ziekenhuis, MSB, eerste lijns verloskundigen en de vele kraamzorgorganisaties, alsmede echo buro's in één organisatie moeten worden verenigd levert een veelheid van problemen op. Nog afgezien van het feit dat een goed model om dit te doen dat ook fiscaal juridisch houdbaar is, nog niet is ontwikkeld, zijn de governance problemen van een dergelijk bedrijf nog vele malen groter!

2. De collectieve preconceptiezorg is geheel buiten dit rapport, en overigens ook buiten de zorgstandaard, gehouden, evenals de eigen bijdrage kraamzorg. Dit betekent concreet dat het hele veld moet ontschotten maar dat juist daar waar die ontschotting tot een verbetering van zorg zou kunnen leiden (met name de preconceptiezorg en de signalering functie van de kraamzorg zijn een heel belangrijk potentieel ter verbetering van de zwangerschapsuitkomst) de KPMG dit buiten beschouwing laat. Dit, omdat dit "niet binnen de kaders van de opdracht past, namelijk het ontwikkelen van een integrale prestatie geboortezorg binnen de bestaande wettelijke middelen." (blz 3 bovenaan)
3. Het is wetenschappelijk en maatschappelijk niet meer te verdedigen dat wij een eigen bijdrage voor de combinatietest vragen van 160 euro, terwijl de NIPT die in alle opzichten beter is, vrijwel onmogelijk maken voor de goed geïnformeerde zelfbewust kiezende zwangere.
4. In het hoofdstuk *risico's* worden slechts een heel beperkt aantal voornamelijk financiële risico's besproken. Het betreft vooral problemen op het gebied van de kostenbeheersing. De levensgrote andere problemen die het veld tegenkomt in dit proces worden in dit rapport in het geheel niet geadresseerd. Ik noem u de volgende zaken:

Financieel:

- a. Het rapport zegt (blz 16 bovenaan) dat er 10 % aanvullende tariefruimte beschikbaar is voor verloskundige zorg om kwaliteit samenwerking en professionalisering in de geboortezorg te verbeteren. In mijn VSV heeft de hoofdverzekeraar 10% gealloceerd, Achmea 5% en CZ betaalt in het geheel niet. (Nog afgezien van het feit dat het tarief alleen aan cliënten in de eerste lijn is gekoppeld). Alleen het aanvragen van dit tarief is door de ingewikkelde regelingen die per verzekeraar verschillen al bijna een dagtaak.
- b. Een VSV zal naast een bestuur en alles wat daarmee samenhangt, ook een administratiekantoor moeten hebben om de interne geldstromen te verdelen. Hiervoor moet budget overheveling plaatsvinden (we gaan nu de administratie van de verzekeraar doen). Nergens wordt hierover gerept.
- c. Er moet een ICT afdeling komen om het door het Rapport van Koos van der Velde genoemde dossier te beheren, een zeer kostbare zaak.
- d. Het BTW vraagstuk is nog niet te overzien.

Organisatorisch:

- e. Het zelfstandig ondernemerschap voor een deel van de deelnemende partijen is onzeker, net als nu nog steeds bij de MSB's.
- f. Er is geen enkele duidelijkheid tav het concurrentie beding. In het rapport staat dat de keuzevrijheid voor de patiënt geborgd zou zijn door borging

van de mogelijkheid van toetreding van nieuwe toetreders. *Hoe* die borging tot stand komt weet niemand!

- g. Ondanks de diverse modellen die het CPZ heeft uitgebracht waarvan sommigen onjuistheden bevatten en anderen een heel grote onzekerheid kennen tav de fiscale consequenties, is het nog nergens gelukt om een goed model dat houdbaar is voor de fiscus te ontwikkelen.
- h. Aangezien zelfs het basis zorgpad nog niet is ontwikkeld is het zeer lastig om op basis van reëel inspanningen een verdeelsleutel van het integrale tarief te ontwikkelen
- i. Een deel van de eerstelijns praktijken is verbonden aan meerdere VSV's. Dit is noodzakelijk omdat regelmatig ziekenhuizen zwangeren weigeren of omdat cliënte de keus hebben uit meerdere ziekenhuizen. Hoe dit in de nieuwe organisatie moet worden opgelost is nog onduidelijk.
- j. De governance is een van de grootste problemen bij een zo ingewikkelde organisatie. Indien een WTZi verklaring nodig is, en dat zal zeker nodig zijn is er een Raad van Bestuur en een Raad van toezicht nodig. Nog afgezien van het feit dat een dergelijke organisatievorm veel (extra) geld kost, (de meeste VSV's worden in vrije tijd bestuurd), is met een nieuwe organisatie de governance ook niet geregeld. Bij VSV Jongeschans kwam met op € 600.000,- aan jaarlijkse organisatie kosten, reden waarom zij zijn gestopt.
- k. Het idee van verzekeren is dat, door schaalvergroting, risico's kunnen worden gemitigeerd. Het hele risico in de geboortezorg wordt met dit tarief volledig bij de VSV's gelegd. Dit staat haaks op het hele idee van verzekeren.
- l. Voor goede voorlichting hoef je geen grote organisatie voor op te tuigen. Het spreekt voor zich dat alle zorgverleners hun informatie afstemmen en er binnen de regio eenduidig wordt voorgelicht. Als je goed met elkaar overlegt, is dit echt geen issue.

Privacy en autonomie:

- m. Niet alleen de privacy van cliënten/patiënten zijn hier in het geding, ook de autonomie van de vrouw. Zie hiervoor de heldere brief van de Clara Wichmann Fonds aan de Minister. Een beetje autonomie is zoiets als een beetje zwanger..
- n. Hoe de WGBO binnen het werken in een VSV kan worden uitgevoerd is niet duidelijk.
- o. De privacy van patiënten is in een samenwerkingsverband met collectief dossier nog op geen enkele manier gezekeerd.

Het KPMG rapport laat al deze zeer ingewikkelde zaken buiten beschouwing. De reden is dat dit buiten het kader van de opdracht valt. Op zich is dit begrijpelijk. Het is dan echter niet te rechtvaardigen om te concluderen dat het haalbaar is dat het tarief in 2018 kan worden ingevoerd. Dit valt dan mijns inziens *ook* buiten de scope van het advies.

Ontschotten

Het toverwoord dat steeds wordt gebruikt is ontschotten. Een goede definitie is niet direct voorhanden. Dit leidt ertoe dat er grote onzekerheid is over de precieze bedoeling. Het lijkt dat veel mensen ontschotten gebruiken om hun territorium uit te breiden of hun vak te herdefiniëren. Dit is zeer onwenselijk.

Als je ervan uitgaat dat we met z'n allen voor een zwangere zorgen dan ontmoet die zwangere in haar zwangerschap een groot aantal professionals (verloskundige, lactatiedeskundige, kraamverzorgende, verpleegkundige, arts-assistenten, gynaecologen, 2^{de} lijns verloskundigen en nog een aantal anderen bij de zorg betrokken). Het uitgangspunt is: Wat heeft de zwangere op dat moment nodig. Goede voorlichting is noodzakelijk maar of een zwangere het fijner vindt om te worden ingeleid dan durante partu naar het ziekenhuis te gaan heeft veel meer met verwachtings- management dan met "breuk" te maken. Al de professionals moeten binnen de met elkaar gedefinieerde kaders in autonomie hun professie kunnen uitoefenen.

De ervaring leert dat het maken van kleine stapjes in de goede richting meer zekerheid geeft op kwaliteitsverbetering dan radicale veranderingen met een zeer onzekere uitkomst. Zeker is wel dat het duurder gaat worden zo.

Een ding staat als een paal boven water wat mij betreft: als te snel en te vroeg het integrale tarief wordt toegekend aan een zeer beginnende juridisch fiscale organisatie is de kans op een goede afloop nihil. Om die reden moet pas met integraal tarief gewerkt gaan worden als de organisatie dit aankan!

Gezien het groot aantal emotionele reacties uit het veld lijkt mij zeer zorgvuldige afweging en zeer frequent overleg met alle partijen essentieel.

Concreet is mijn voorstel dan ook tweeledig:

1. Er wordt in een zeer beperkt aantal VSV's getracht om tot een werkbaar bestuurlijk en governance model te komen. Zolang dit niet is verwezenlijkt en bewezen werkbaar wordt de huidige goede samenwerking binnen de VSV's verder doorgezet maar dan met het accent op inhoud.
2. Daarnaast gaat de projectgroep die nu reeds functioneert, liefst uitgebreid met mensen van VWS, onder leiding van het CPZ en regelmatig aangevuld met experts op fiscaal gebied, ACM deskundigen en juristen, door met het uitwerken van bovengenoemde problemen. Pas nadat dit alles klaar is wordt er begonnen met het invoeren van het Integraal tarief.

Ik hoop van harte dat op tijd wordt ingezien dat we in de geboortezorg onvoldoende voorbereid zijn op deze grote en onzekere stelselwijziging.

Vanzelfsprekend altijd bereid tot toelichting en openstaand voor kritiek,

Eric Hallensleben, gynaecoloog, voorzitter VSV InZwang, Lid Focusgroep Eenheid van Taal, voorheen Communicatie Zorgverleners PWD, Lid Projectgroep ondersteuning regionale implementatie integrale zorg Traject KNOV, Lid werkgroep Koploper VSV's NVOG, bestuurder Medisch Specialistisch Bedrijf Gouda.

1. KPMG: Advies integrale bekostiging geboortezorg Januari 2016 (concept)
2. Zorgstandaard , versie 1.0 11 januari 2016(11^{de} concept) Expertgroep
Zorgstandaard “ integrale “geboortezorg, CPZ
3. “De weg naar gezamenlijkheid. Rapportage quick scan integrale bekostiging en
governance, Tilburg 14 januari 2016
4. New England Journal of Medicine: Cell-free DNA analysis for Noninvasive
Examination of Trisomy. (N engl Med 2015;; 1589-1597 April 23.
2015DOI:10.0056/NEJMoa1407349)
5. Brief aan Minister Schippers van het Clara Wichman Proefprocessenfonds van 27
januari 2016. Betreft: Oproep tot herbezinning invoering integrale geboortezorg
6. “Na de beschuit met muisjes” ERKEN-studieKraamzorg 6 januari 2015 (voorlopig
rapport)
7. Handreiking Verantwoordelijkheidsdeling bij samenwerking in de zorg. 26
januari 2010