

Ikazia ziekenhuis, zorgomleiding en VGZ. Overwegingen bij man-made- disaster



De afgelopen week houdt [het initiatief van zorgverzekeraar VGZ](#) om haar verzekerden naar andere ziekenhuizen dan het Ikazia-ziekenhuis in Rotterdam te verwijzen de gemoederen flink bezig. Het gaat halverwege het jaar al om een dreigende budgetoverschrijding ten gevolge van krappe zorginkoop. Over dit onderwerp was ik de afgelopen dagen in gesprek met huisarts en [publicist op Twitter](#), Glenn Mitrasing, uit Heerhugowaard. We spraken hoe het allemaal zo, schijnbaar rechtmatig, kan gebeuren. Datgene wat VGZ nu doet, kan niet los gezien worden van de wijze waarop het Nederlandse zorgstelsel na 2006 is ingericht na het [ingaan van de Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#). Politiek en ambtenarij fietsen sindsdien dwars door een verzekering heen die in principe een particuliere verzekering is.

Private verzekering

Glenn verbaast zich erover dat alle voorstanders van het huidige zorgstelsel niet willen begrijpen dat de zorgverzekering een particulier verzekering is die rechten geeft aan verzekerden die een ziekenfondsverzekerde niet heeft. De zorgverzekeraars zijn private verzekeraars die gewoon schade verzekeren en daarmee risico lopen. Een particulier verzekeraar kan geen budgetplafond opleggen aan zijn verzekerden. Dan is het immers geen verzekering meer maar een voorziening. Bij een voorziening geldt wel op=op. De enige plicht die de “verplicht” verzekerde in dit land heeft,

bestaat uit het betalen van zijn premie, de bijdrage aan het Geneesmiddelen VergoedingsSysteem en zijn eigen risico.

Overheid

Zoals gezegd, fietst daar de overheid, lees: het ministerie van VWS, tussendoor. [De minister helpt de zorgverzekeraars met twee handen als kolenschoppen](#): het MacroBeheersInstrument zorg (MBI) en de MacroBeheersHeffing(MBH). Een overschrijding van het macrobudget kan VWS corrigeren met het MBI, een korting voor alle zorgaanbieders in dat segment. Om extra druk te zetten op zorgaanbieders is er ook nog de MBH, waarbij de korting alleen wordt geheven bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. **Bij overschrijdingen van het door het ministerie vastgestelde macro-budget wordt het teveel teruggehaald bij de zorgverleners.** Dan kunnen zorgverzekeraars inderdaad stellen dat zij doen alsof zij met alle ziekenhuizen een contract hebben afgesloten. Via de Minister komt het 'teveel' betaalde altijd terug!

Meerwerk

Glenn schreef in 2010 al [profetische woorden](#):

“Als in Nederland meerwerk (in de hand gewerkt door factoren als vergrijzing, nieuwe innovatieve medische ontwikkelingen etc), wordt geduid als ineffectief met korting als gevolg voor...de zorgverleners(!!!) dan kunnen we met een stijgende zorgvraag nog onze lol wel op”.

Geniepig

De zorgverzekeringwet bevat een geniepige clause. De te verzekeren zorg, de schadelast van de zorgverzekeraars, is in die wet functioneel beschreven. Een verzekerde heeft ondanks dat zijn/haar polis met vrije artskeuze toch geen recht op zorg in het Ikazia ziekenhuis of het Erasmus UMC. In de wet staat dat de verzekerde recht heeft op zorg zoals gegeven door

een medisch specialist, huisarts of apotheek. Niet de locatie, tijd en exacte omschrijving van wat en door wie dat geleverd moet worden staat in de wet. Een voorbeeld: de verzekerde heeft geen recht op een exact omschreven nieuwe heup, maar op een nieuwe heup van acceptabele kwaliteit in een ziekenhuis binnen x minuten reistijd en y weken wachttijd. Dat is in een notendop de zorgplicht van de zorgverzekeraar.

Budgetprobleem

Het Ikazia ziekenhuis had ook in 2018 een budgetprobleem met VGZ. Toen was er een overschrijding van drie miljoen euro (op een VGZ-budget voor 2018 van 30 miljoen euro) die het ziekenhuis uit eigen zak betaald heeft. Dus wel zorg geleverd aan VGZ-verzekerden, maar niet door VGZ betaald. Het ziekenhuis wilde dat niet een twee jaar doen en tekende dus ook niet een zorgplicht-papier dat VGZ hen ook dit jaar voorhield. **Het vreemde is dat VGZ in het Ikazia-ziekenhuis eigenlijk maar een kleine krabbelaar is.** Met andere verzekeraars zoals Achmea en CZ, die veel meer omzet (medische behandelingen) bij Ikazia vergoeden (zo'n 140 miljoen euro per jaar), heeft directeur Kievit van dat ziekenhuis géén probleem, [zegt hij in een artikel in de NRC op 9 juli 2019](#). De vraag is dan ook wat VGZ bezielt om zich zo op te stellen.

Het gaat niet om kwaliteit

Het budgetprobleem laat zien dat het helemaal niet gaat om kwaliteit. Alles draait om het door de minister toegestane budget met daarbij ook nog de beperkingen van het recent afgesloten Bestuurlijke Hoofdpijnen Akkoord voor de zorg 2019-2022. Geld. Dat was al zo in de ziekenfondstijd en veranderde sinds 2006 niet. Wim van der Meeren, tot voor kort bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar CZ, zei ooit: "Er is met het ingaan van de nieuwe zorgverzekeringwet in dat opzicht niets veranderd". Eén verschil bestaat wel. Sinds 2006 moet je naar de burgerlijke rechter om je recht te halen.

Dat is lastig want de Zvw zegt dat de zorgverzekeraars alles mogen eisen, mits ze maar aan hun zorgplicht voldoen.

Het model van de nieuwe zorgverzekeringswet verkocht men ooit als dat iedereen gelijk zou worden behandeld. Men heeft echter niet door dat als iedereen even slecht behandeld wordt dat ook goed is.

Iedereen is immers dan toch ook gelijk?

W.J. Jongejan, 11 juli 2019

In de fuik, die Philips heet, zwemmen met chronische zorg



Het elektronicaconcern Philips is al enige tijd bezig een transformatie te ondergaan. De focus is al enige tijd terug van gloeilampen en beeldschermen verlegd richting beeldvormende technieken in de gezondheidszorg. De laatste anderhalf jaar wil het concern zich ook bezighouden met zorgdata, big-data-analyse daarvan en zorgconsultancy. [Zeer recent, op 2 november 2016, gaf Jeroen Tas, CEO Connected Care and Health Informatics van Philips, weten dat het concern de zorg gaat helpen de grote draai naar de toekomst te maken door hun dienstverlening.](#) De plannen maken duidelijk dat zorgdata onder beheer van Philips komen en het concern zich volledig

tussen zorgverlener en patiënt wringt. Software, hardware, training en dienstverlening wil het gaan verzorgen. Ziekenhuizen of andere zorgaanbieders kopen dan niets, maar betalen voor gebruik. De enorme consequentie van een dergelijke constructie is dat men zich volledig, maar dan ook volledig afhankelijk maakt van één partij. Indien de zorgverleners van de leverancier af zouden willen, valt daarmee een groot stuk zorg voor de patiënt weg.

Ontzorgen

Wat Philips als troefkaart brengt is het ontzorgen van zorgverleners/ziekenhuizen op het gebied van de chronische zorg. Dit is een substantieel deel van de zorg. Bij chronische zieken komt het neer op monitoren, motiveren en het alert reageren op acute situaties. In dit zorgsegment worden bovendien veel data gegenereerd. Bij longpatiënten gaat het bijv. om longfunctiewaarden, zuurstofsaturatie, bloeddruk, hartactie etc. Hartpatiënten kunnen weer andere meetwaarden genereren, die met door de patiënt te hanteren meetapparatuur te registreren zijn. De omvang van die meetapparatuur en sensoren is veel kleiner geworden en zijn makkelijker te bedienen dan voorheen. Meetwaarden zijn nu veel makkelijker vast te leggen en te aggregeren. Philips biedt dan ook Healthcare Transformation Services aan waarmee ze samen met een ziekenhuis de populatie chronische zieken in kaart wil brengen. Om daarna dan te zien welk zorgpad die mensen nodig hebben. Ook wil men met die dienstverlening zorgteams bouwen die naast specialisten, ook huisarts, huiszorg en familie omvatten.

Werkwijze

Voor het onderbrengen van de data die bij patiënten via sensoren geregistreerd zijn, is de [Philips HealthSuite](#) ontwikkeld. Het is een cloud- based platform waarin zorgdata verzameld worden en bewerkt. Philips vermeldt dat het om een

open platform gaat, maar de verdere invulling van het gebruik ervan, maakt duidelijk dat het een bedrijfstoepassing is die toegang kent als diensten tegen betaling afgenomen worden. Te lezen is dat de Philips Health Suite zorgdata met elkaar in correlatie brengt en analyseert. Big-data-analyse wordt er dus op uitgevoerd.

Aan de kant van de patiënt is er een tablet met de eCareCompanion-software. Daarmee kan deze een overzicht krijgen van de door hem en bij hem geregistreerde data. Aan de zorgverlenerskant is er dan de applicatie eCareCoordinator. Deze software verzorgt dan een dagelijkse evaluatie van de patiënten en zou zo het zorgmanagement van deze zieken ondersteunen. Door deze constructie zijn de brondata niet meer aanwezig in de database van de zorgverlener of ziekenhuis maar opgeslagen in de cloud en alleen via een door Philips geregisseerd portaal benaderbaar.

Openheid?

Door de big-data-analyse via de cloud is het ook de vraag of er volledige openheid/transparantie bestaat over de algoritmen die daar de big-data analyseren. Een algoritme is een computerprogramma dat als een soort zeef functioneert. Uit een grote hoeveelheid data en maar ook uit gekoppelde databases dient het de juiste gegevens te halen op basis van vooraf bepaalde selectiecriteria. De vraag is wie bepaalt welke selectiecriteria gebruikt worden. Is dat Philips, is dat de zorgaanbieder, is dat een samenwerkingsvorm? Bovendien is het de vraag of er geen koppelingen met andere databases dan die met zorgdata gaan plaatsvinden. Big-data-analyse berust namelijk voor een groot deel op het koppelen van meerdere database, met als doel de data te "verrijken". Juist die koppeling met andersoortige databases maakt dat bij geanonimiseerde of gepseudonimiseerde data toch tot individuen herleidbaar zijn.

Afhankelijkheid

Door op deze wijze een deel van de zorg te gaan organiseren ontstaat een zeer grote afhankelijkheid van één partij. Bovendien is het de vraag of en hoe de data toegankelijk zijn bij het kiezen van een andere “zorgconsultant” dan Philips als men van deze af wil. Met als lokaas het ontzorgen van de chronische zorg kan men nu in een fuik zwemmen die Philips heet. Het is maar helemaal de vraag of dit nu de oplossing is waar de zorg op zit te wachten. Bovendien gaat deze oplossing geld kosten want Philips is geen filantropische instelling. Uiteraard zal men beargumenteren dat de ICT besparingen gaat realiseren. Toch gaat ook bij dit soort toepassingen van techniek de kost voor de baat uit en bestaat een levensgrote kans dat verdringing binnen de zorg gaat optreden. Met het MacroBeheersingsInstrument(MBI) van de overheid kunnen dan bij overschrijding van het Budgettair Kader Zorg(BKZ) negatieve effecten in andere sectoren gaan optreden.

W.J. Jongejan