



Mike Leers en Wim van der Meeren (gaande en komende man bij CZ)

CZ groeit van polisboer door naar zorggids

Mike Leers, voorzitter van de raad van bestuur van zorgverzekeraar CZ, heeft gekozen voor vervroegd pensioen. Leers (59) - vele jaren hét gedreven boegbeeld van CZ - laat zijn gezondheid prevaleren omdat hij kampt met diabetes. Leers is per 1 september opgevolgd door drs. Wim van der Meeren (54), die afscheid neemt van het Tilburgse St. Elisabeth Ziekenhuis waar hij sinds 1998 als de ene helft van het tweekoppige bestuur aan het roer stond. Ook was hij vice-voorzitter van de NVZ, de vereniging van ziekenhuizen. Een dubbelgesprek.

Van zijn medewerkers verlangde hij 110 procent betrokkenheid en dienstbaarheid naar de verzekerde. Direct, duidelijk, zonder omwegen. Zoals Mike Leers zelf ook is. Elke klacht van een verzekerde verdient een serieuze behandeling. En als hij het nodig vond, belde hij de mensen zelf. Zeventien jaar was Mike Leers, geboren Kerkradenaar en oudere broer van de burgemeester van Maastricht, het icoon van een organisatie die onder zijn leiding uitgroeide tot de op twee na grootste zorgverzekeraar van ons land: 3,3 miljoen verzekerden, een omzet van 10 miljard euro en 3000 medewerkers. De overstap van ziekenfonds naar invoering van de verplichte basisverzekering voor iedere Nederlander beschouwt hij als van de belangrijkste mijlpalen die hij van dichtbij heeft mogen meemaken.

‘Dat je kiezen kunt tussen de ene of de andere verzekeraar en niet meer geweigerd kan worden omdat je wat mankeert,

is een fantastische verworvenheid. Tegelijk is de prikkel ingebracht dat de verzekeraar en zorgverlener meer risico lopen wat zorgt voor extra druk om goede prestaties te leveren. Neem je domme besluiten, dan draai je daar ook maar voor op. Bovendien wordt met de no-claim regeling en het eigen risico ook de verzekerde met zijn eigen zorgconsumptie geconfronteerd. Mooi toch?’

Vorderende ziekte

Zijn vertrek bij CZ komt eerder dan hij ooit had durven voorspellen. Maar de diabetes type 1 waar hij sinds enkele jaren aan lijdt, liet hem geen keus. Over het finale moment om gas terug te nemen, heeft hij ook uitvoerig met zijn vrouw gesproken. ‘Voor iemand,’ zegt hij, ‘met een vorderende chronische ziekte is deze baan te zwaar. En zeker met de inzet die ik mezelf steeds heb opgelegd. Overal bovenop



Griepoli

Mike Leers en Wim van der Meeren brengen een actueel voorbeeld van 'dubieuze marktwerking' ter tafel: de opening van een griepoli door het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis. In strijd met het beleid van het RIVM en tegen afspraken in om Tamiflu alleen aan risicogroepen voor te schrijven. 'Van zo'n poli gaat een fout signaal uit,' vindt Leers. 'We moeten beseffen dat de euro's voor de zorg schaars zijn. Tegelijk zie je bij dit voorbeeld ook het voor de verzekeringskunde kenmerkende probleem van de moral hazard opduiken: ik betaal premie, dus heb ik recht op alles. En zo'n griepoli hoort daar dan kennelijk ook bij.' Van der Meeren: 'Een ziekenhuis dat inspeelt op angst en sentimenten van mensen is fout bezig met de markt. Zoals ik ook total body scans als APK voor het lichaam verwerpelijk vind. Je bent nooit uitgepraat over zorg en marktwerking. Er zijn altijd morele vraagstukken aan de orde.'

springen. Het besluit om de fakkel over te dragen, was niet minder zwaar. Ik blijf wel nog actief als adviseur van de commissarissen bij de CZ.'

Wim van der Meeren, zijn opvolger, zegt: 'Ik mag op de schouders van een reus gaan staan.'

U bent, met een studie politicologie en bestuurskunde als achtergrond, door de wol geverfd in het ziekenhuiswezen. Welke bestuursstijl mag men in uw nieuwe functie verwachten?

WvdM: 'In een ziekenhuis ben je wel leider maar niet de baas. Daar moet je, vooral in de omgang met medische professionals, veel overtuigen en verleiden om wat jou voor ogen staat gedaan te krijgen. De organisatie is er politieker, kent meer gevoelige tenen. Dat zal bij CZ allemaal wat eenvoudiger zijn. De lijnen zijn er korter en dat lijkt me buitengewoon aantrekkelijk als je sneller resultaten wilt boeken. Ook die overweging heeft bij mijn overstap meegespeeld. Een belangrijke overeenkomst met CZ is dat je als leider, vooral als je niet alle macht hebt om dingen door te drukken, wél de dingen moet onderbouwen en passie voor de zorg moet uitstralen. Verder gaat het bij leiderschap vooral over gezag. Dat verdient je door mensen te verbinden en vertrouwen te geven.'

ML: 'Door de marktwerking komt het spel nu op de wagen bij de zorgaanbieders. Daar is urgentie om zich op kwaliteit

te profileren. Wim neemt die kennis mee en dat is voor CZ van grote meerwaarde. Hij weet op welke knoppen je moet drukken om een dimensie toe te voegen aan het bestaansrecht van CZ en de relatie tussen premie die je betaalt en wat je ervoor krijgt. Bijna 40 procent van onze verzekerden is goed voor 80 procent van onze uitgaven. Denk aan chronisch zieken, ouderen. Dat zijn als het ware de ervaringsdeskundigen die ons op koers houden. CZ is polisboer af. We groeien door als zorggids.'

CZ en andere verzekeraars zijn voorstander van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg. Wordt over een paar jaar ook ingevoerd. Waarom is dat zo belangrijk?

WvdM: 'Omdat het bizar en dramatisch is, en ziekenhuizen vinden dat ook, dat er geen relatie zou hoeven te bestaan tussen de prestatie die je levert en de inkomsten die je ontvangt. Voorbeeld: als het St. Elisabeth Ziekenhuis zich in het verleden probeerde te richten op acute, complexe neurochirurgische problematiek, was daar geen speciale bekostiging voor. Als bestuurder moest ik dan roepen: 'Help, er komt een patiënt aan en kan ik dat wel betalen?'

ML: 'Ik heb altijd gezegd: pindakaas en kaviaar zijn in de supermarkt van het ziekenhuis hetzelfde geprijsd. Dat kan natuurlijk niet.'

WvdM: 'Als je je als ziekenhuis op kaviaar wilt specialiseren, is het wel beroerd dat je de prijs van pindakaas krijgt.'

Van de Meeren: 'Ik mag op de schouders van een reus gaan staan'

Het idee achter de DBC-bekostiging in plaats van de vaste budgetten in het verleden is dat het probleem daarmee zo ongeveer opgelost is. Het wordt beter, maar we zijn er nog lang niet.'

Risico op infectie

De verwachte kwaliteit van medische ingrepen is nog een mistig gebied voor zowel patiënt als zorgverzekeraar?

WvdM: 'Dat mag u wel stellen. Iemand die voor een heupoperatie staat, wil weten wat het risico op infectie is, want zo'n infectie is heel erg. Een zorgverzekeraar die namens de klant met een ziekenhuis onderhandelt, heeft daar nog onvoldoende inzicht in. Het is ingewikkeld daar achter te komen, maar het is niet aanvaardbaar dat er voor alle belangrijke ingrepen nog geen gegevens of prestatiegegevens voorhanden zijn. Daarbij zijn er ook ziekenhuizen en specialisten die er voor weg willen duiken.'

ML: 'Hoewel ik een kentering zie, is nog vaak sprake van een inspanningsverplichting in plaats van een resultaatverplichting. Als verzekeraar wil ik weten: uit welke ingrediënten bestaat de behandeling? Ben ik daar tevreden over, betaal ik ook een faire prijs. Een tweede element waar we nieuwsgierig naar zijn, is de vraag of er een team van mensen is, een infrastructuur, dat een bepaalde verrichting regelmatig uitvoert. En waar mensen elkaar ook op hun daden aanspreken. Hoe groter de mate van standaardisatie en routine, vooral bij electieve ingrepen, hoe minder kwaliteitsproblemen. En hoe scherper de prijs.'

WvdM: 'Mooi voorbeeld van resultaatverplichting door het St. Elisabeth Ziekenhuis is dat mannen die spijt hebben van hun sterilisatie een hersteloperatie kunnen krijgen onder het motto: no cure, no pay.'

CZ wil graag zorggids zijn. Welke kant zou u de ziekenhuizen uit willen gidsen?

WvdM: 'Een van de leukste dingen van marktwerking is zorgverleners een spiegel tot zelfreflectie voor te houden. Ziekenhuizen zijn traditioneel sterk georganiseerd rond hun medisch specialismen. Wat interessant is: met aanbieders afspraken te maken over de inrichting van de zorg rondom patiënten met bijvoorbeeld borstkanker. Daar is niet alleen een oncologisch chirurg bij betrokken maar een heel team. Hoe ga ik die zorg op een fantastische manier inrichten, zodat de beleving van de patiënt optimaal is? Kan je laten zien wat je onder kwaliteit verstaat?'

ML: 'We hebben naar zorg rond borstkanker uitvoerig onderzoek gedaan, veel partijen geraadpleegd. Dan blijkt empathie, naast de medisch-specialistische invalshoek, ook een belangrijk kwaliteitsaspect te zijn.'

'We leven nu drie jaar na de introductie van de DBC's, een moeizaam traject. Voor de belangrijkste ingrepen zijn de bouwstenen vastgelegd wat je van een zorgaanbieder mag verwachten. Bij 40 ziekenhuizen zitten we heel intensief aan tafel, omdat we daar een marktaandeel hebben van minimaal 35 tot 40 %. Onze zorginkopers zijn nu in staat om tegen aanbieders te zeggen: het is afgelopen met het gedoe, we kopen alleen bij u in op basis van minimale kwaliteitscriteria.'

En daar kunnen ziekenhuizen nog niet altijd of onvoldoende aan voldoen?

WvdM: 'Nou, wat ik vooral zie is dat veel ziekenhuizen op elkaar lijken. Ze doen allemaal hetzelfde, alle hoogdravende discussies over zogenaamde ziekenhuizen van de toekomst ten spijt. We moeten ook af van de mythe dat alles overal even goed is en iedere afgestudeerde medisch specialist briljant is. Sommige dingen doen ziekenhuizen excellent en andere heel matig. Wat ze nog veel te weinig doen, is focussen op iets wat ze héél goed kunnen. Dat betekent tevens dat je dingen waar je minder goed op scoort moet afstoten. Die moet je aan een ander overlaten. Per saldo komen we dan tot betere zorg voor een aangenamere prijs.'

'Dertig jaar geleden had je nog categorale ziekenhuizen. Die moesten verdwijnen. Nu heb je gelukkig weer een Oogziekenhuis en een Sint Maartenskliniek. Zij leggen veel meer nadruk op het totale proces dat een patiënt binnen hun organisatie aflegt. Daarmee leveren ze ook een betere prijs-kwaliteitverhouding. Of neem het voorbeeld van een liesbreukoperatie. In nogal wat gevallen is een tweede operatie nodig. Als ik dan lees dat er medische center of excellences zijn die een heroperatie tot 1 procent van de gevallen weet te beperken, dan weet ik waar CZ naar moet streven. Vergoeden aan een ziekenhuis dat toch geregeld een tweede operatie moet uitvoeren, doe je dan niet meer. Tegelijk moet je verzekeren wel uitleggen waarom je bepaalde keuzes wel of niet maakt.'

Kennis op peil houden

ML: 'Het is heel simpel: alles in één ziekenhuis kan niet meer. Daar is noch het geld voor, noch de kwalitatieve impact. Inspectie Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties verlangen in toenemende mate een minimaal aantal verrichtingen per jaar op een bepaald ziektebeeld om kennis en kunde op peil te houden. Bestuurders van ziekenhuizen zullen daarom, ook onder druk van transparantie-eisen en efficiencylagen, keuzes moeten maken over de activiteiten waar ze zich op willen concentreren.'

WvdM: 'Het lijkt me ontzettend aardig en nuttig om daar

als zorgverzekeraar ook een bijdrage aan te leveren, om ziekenhuizen daarin te verleiden. Ik weet uit ervaring hoe lastig dat soort besluiten te nemen zijn in een complexe organisatie als een ziekenhuis is.'

Wat is voor CZ, in het licht van een toenemend accent op goede en betaalbare zorg, de waarde van de inbreng van patiëntenorganisaties?

ML: 'Zonder die inbreng zouden we vrijwel vleugellam zijn. Ze leren hoe kwaliteit van zorg er in de praktijk moet uitzien. Neem diabetes. Een sluipmoordenaar, ik maak het nu zelf aan den lijve mee. Als premiebetaler wil de diabetespatiënt waar voor zijn dure premie. Met de Diabetes Vereniging Nederland trekken we samen op bij het inkopen van zorg. Bij deze ziekte zijn verschillende disciplines, zoals huisarts, diabetesverpleegkundige, oogarts en diëtisten, betrokken. Het is letterlijk van levensbelang voor de patiënt goed af te spreken wat er en door wie iets gedaan moet worden en hoe dat wordt vastgelegd en gecommuniceerd.

ZonMw is in 2007 in opdracht van VWS gestart met tien landelijke pilots om die ketenzorg van de grond te krijgen en in die ketens de gouden behandelstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF-standaard) in te slijpen bij de begeleiding van diabetespatiënten. CZ doet mee aan drie pilots. En dan zie je als resultaat dat huisartsen niet meer 50 maar inmiddels 95 procent van de patiënten naar de oogarts sturen. En dat in een vroeger stadium wordt geconstateerd of iemand een te hoog cholesterolgehalte heeft en daarvoor wordt behandeld.'

'Ik ben er trots op dat intussen 70 procent van de diabetespatiënten die bij CZ verzekerd is volgens de NDF-standaard behandeld wordt. Dat is iets wat je ook bij ziekenhuizen voor elkaar wilt krijgen. Niet alleen met de portemonnee rammelen, maar ook met de voeten in de aarde stampen om met de medici en de verpleegkundigen tot zaken te komen. Soms loopt het als een fluitje, en soms moet je er een agoog bij zetten omdat de dames en heren elkaar de koppen inslaan.'