

SLIM CONCURREREN

Gevolgen sociale verschillen moeten nog wel gladgestreken

In 2008 wordt de lumpsum en in 2009 het huidige systeem van functiegerichte budgettering (FB) vervangen door maatstafconcurrentie en prestatiebekostiging. Ziekenhuizen en specialisten zullen dan onderling meer gaan concurreren. Dat komt de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg ten goede.

JOEP VAN GORP

De OESO verwacht dat de bevolking boven de 65 jaar de komende veertig jaar met meer dan 60 procent zal toenemen.¹ Door de vergrijzing en de medische innovatie staat de betaalbaarheid van de zorg onder druk. Mede hierdoor is de zorg de laatste jaren onderwerp geweest van ingrijpende overheidsmaatregelen die tot doel hadden de kwalitatief hoogwaardige medische zorg in Nederland te waarborgen voor huidige en toekomstige generaties.

Nederland staat aan de vooravond van een aantal historische ingrepen die breken met de wijze waarop specialisten en ziekenhuizen worden gefinancierd. Kern hiervan is dat inkomsten afhankelijk worden van het aantal behandelde patiënten. Toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit, prestatiebekostiging en marktwerking zijn de thema's waar het in het nieuwe stelsel om draait.

VOLLEDIG VRIJ

Het lijkt erop dat vanaf 2009 het huidige systeem van functiegerichte budgettering (FB) en in 2008 de lumpsum van de medisch specialisten worden afgeschaft en vervangen door prestatiebekostiging.² Het komt er dan op neer dat minimaal 70 procent van de omzet afhankelijk wordt van de geleverde zorg. De prijzen krijgen daarmee een voorname rol in het systeem. In 2008 zijn ziekenhuizen voor 20 procent van de zorg volledig vrij in het stellen van de prijzen. Vanaf 2009 mag daar bovenop van ruim 50 procent van de zorg de gemiddelde prijs niet uitstijgen boven een bepaalde maatstaf. Een voordeel van deze stap is dat er voor ruim 70 procent van de zorg vrijheid van volume ontstaat.²

Op termijn wordt de maatstaf steeds meer gebaseerd op het landelijke gemiddelde: in 2009 al voor 25 procent en in 2012 volledig.³⁻⁵ Daarnaast bestaat het voornemen de maatstaf in die jaren te korten op basis van een vooraf in te schatten bespa-

***Een groter volume
leidt tot betere
financiële resultaten***

ringspotentieel.² Het doel van de maatstaf is het stimuleren van een betere prijs-kwaliteitverhouding en efficiënter werken.⁴

Specialisten en ziekenhuizen die meer patiënten kunnen en willen behandelen, worden daar in het nieuwe stelsel voor beloofd. Naast meer inkomsten leidt een groter volume met dezelfde middelen tot een lagere kostprijs - en daardoor tot een lagere prijs en betere financiële resultaten. Dit kan weer leiden tot een toename van het volume en de efficiëntie. De opbrengsten hiervan kunnen ziekenhuizen en specialisten direct investeren in de kwaliteit van zorg of kunnen indirect door de >>

Inkomsten worden afhankelijk van het aantal behandelde patiënten.

**DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET**

<< zorgverzekeraars aan de burgers worden teruggegeven door middel van premieverlaging.⁴

TOPKLINISCH

Aan maatstafconcurrentie zoals die nu door de overheid wordt vormgegeven, kleven echter twee belangrijke nadelen die de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg bedreigen. Het eerste nadeel hangt samen met het aanbod van topklinische zorg. Eenvoudige ingrepen worden onder maatstafconcurrentie namelijk aantrekkelijker. Zoals het er nu naar uitziet, wordt de maatstaf op grond van de productmix naar verhouding verhoogd of verlaagd. Ziekenhuizen die relatief veel topklinische zorg leveren, zouden dan een hogere maatstaf krijgen. Bovendien geldt vrijheid van volume onder het maatstafregime alleen zolang het gemiddelde van de declaraties de maatstaf niet overschrijdt.^{2,6} De maatstaf is een rekenenheid die de *gemiddelde* maximale prijs voorstelt die een ziekenhuis in rekening mag brengen voor zijn productie.²

Naast vrijheid van volume hebben ziekenhuizen vrijheid van prijsstelling voor de individuele DBC's. Omdat relatief goedkope behandelingen onder een hogere maatstaf financieel aantrekkelijker worden, bestaat het risico dat ziekenhuizen zich minder op complexe en meer op eenvoudige zorg zullen richten. Dit scenario kan op termijn leiden tot uitholling van de complexe zorg in Nederland.

ONREDELIJK

Een ander nadeel van maatstafconcurrentie is dat de maatstaf steeds meer zal zijn gebaseerd op één landelijk gemiddelde. Hierbij wordt geen rekening gehouden met sociale verschillen tussen patiëntenpopulaties van ziekenhuizen. Zo is een arts in een binnenstadziekenhuis met veel allochtone patiënten waarschijnlijk voor dezelfde behandeling meer tijd kwijt dan zijn collega in een plattelandziekenhuis.

Oorzaken voor verschillen in tijd per DBC zijn te vinden in geografische, demografische en culturele factoren. De wettelijke normtijd houdt hier echter geen rekening mee, waardoor niet alle specialisten voldoende worden beloond voor het geleverde werk. Dit is onredelijk.

Voor ziekenhuizen geldt mutatis mutandis hetzelfde. Een groot ziekenhuis in het centrum van Londen gaf aan de kostprijs

Afwijkende patiënten zouden onderaan de wachtlijst kunnen komen

te gebruiken om de overheid te overtuigen van het feit dat de landelijke vergoedingen niet kostendekkend zijn voor dergelijke patiënten.⁷ Het zou zelfs zo ver kunnen gaan, dat patiënten die afwijken van het landelijke gemiddelde onderaan de wachtlijst worden geplaatst omdat ze minder aantrekkelijk zijn. Hiermee zou het systeem indruisen tegen het maatschappelijke doel van toegankelijkheid van zorg. Het is dan zeer de vraag of het niet eerlijker zou zijn om een systeem van risicoverevening te hanteren, met op- en afslagen op de maatstaf afhankelijk van de omstandigheden binnen het verzorgingsgebied. Juist op dit

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Door taakspecialisatie neemt de kwaliteit van zorg toe en de tijd per behandeling af.

principe is de bekostiging van de basisverzekering gebaseerd, dus waarom zou het niet werken bij de bekostiging van zorgaanbieders? Het Zorgverzekeringsfonds zou geld kunnen doorsluizen naar ziekenhuizen met een patiëntenpopulatie die wordt gekenmerkt door een ongunstige sociale mix.⁸

België kent al een dergelijk systeem op basis van sociale correctiefactoren, waarbij de inkomsten worden aangepast aan de sociale mix.⁹ Het zou de overheid sieren als zij bij de berekening van de maatstaf rekening houdt met verschillen in de sociale mix van patiëntenpopulaties (zorgzwaarteverschillen). Op die manier ontstaat voor alle deelnemers een acceptabel en eerlijk systeem. Bij onvrede met de maatstafbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kunnen belanghebbende ziekenhuizen of specialisten kosteloos bezwaar aantekenen bij dit bestuursorgaan. Van groot belang hierbij is of de NZa in redelijkheid tot haar besluit heeft kunnen komen en of het niet in strijd is met het evenredigheidsbeginsel.

ZELFDIAGNOSE

Als de minister van VWS besluit zijn beleidvoornemens en de voorgestelde maatregelen van de NZa op te volgen, betekent dit dat vanaf 2009 voor de meerderheid van de zorg meer volume zal leiden tot meer inkomsten voor specialisten en ziekenhuizen en omgekeerd. Ook een goede prijs-kwaliteitverhouding zal bijdragen aan meer patiënten en dus meer volume. Om een concurrerende prijs neer te zetten, is het nodig de kostprijs te verlagen. Er zijn verschillende manieren om dat te bereiken:

- Met dezelfde middelen meer patiënten behandelen. De capaciteit kan bijvoorbeeld worden vergroot door betere patiëntenlogistiek en verruimde openingstijden.

SAMENVATTING

- Het elimineren van onnodige verrichtingen in een DBC. Het DBC-profiel is hierbij te gebruiken als hulpmiddel. Minder verrichtingen uitvoeren betekent ook meer ruimte voor nieuwe patiënten.
- Patiënten voor het consult een zelfdiagnose laten uitvoeren. In Noorwegen loopt een proef waarbij patiënten op een handcomputer een vragenlijst invullen. De uitslag wordt direct doorgestuurd naar de computer van de arts, die op basis daarvan gerichter vragen kan stellen en zo sneller tot een diagnose komt.¹⁰ De zorg sluit daardoor beter aan op de behoefte van de patiënt. Patiënten benoemen dat ze hierdoor het gevoel krijgen een stem te hebben in de zorg.
- Taakspecialisatie. Als gevolg van taakspecialisatie - en het maken van keuzes - neemt de kwaliteit van zorg toe en de tijd per behandeling af. Hierdoor is het mogelijk sneller te diagnosticeren en ontstaat ruimte voor (meer) nieuwe patiënten.
- Besparen op ondersteunende diensten. Methoden hiervoor zijn uitbesteding, samenwerking, afstoting, inhuren, werken met tijdelijke contracten, et cetera.

EXTRA OPBRENGSTEN

Er zijn al met al voldoende mogelijkheden om de kostprijs te verlagen en zo de prijs-kwaliteitverhouding te verbeteren. Dit zal de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van zorg ten goede komen. Ook kan kostprijsverlaging in afspraken met verzekeraars leiden tot meer patiënten. De extra opbrengsten hiervan kunnen ten goede komen aan de patiëntenzorg. Hiermee is het cirkeltje rond.

Binnen het nieuwe zorgstelsel wordt 'samenwerken waar je moet en concurreren waar je kan' een belangrijk thema: samenwerken om een vuist te maken tegen de inkoopmacht van verzekeraars en concurreren met gespecialiseerde goedkope zorgaanbieders. Voorbeelden hiervan zijn huisartsenlabs in eigen land en McZahn, een keten van tandheelkundige zorg in Duitsland.¹¹

Om concurrentie en marktwerking op gang te brengen, stelt de NZa de minister van VWS voor om een beperkte groep ziekenhuizen toestemming te geven om al in 2008 winst uit te keren aan aandeelhouders. In 2009 zou deze liberalisering voor de hele sector moeten gelden. Dit zou het voor nieuwe toetreders aantrekkelijker moeten maken de markt te betreden.¹²

De uitgifte van aandelen levert enerzijds geld op voor nieuwe investeringen, zoals in de kwaliteit van zorg, maar anderzijds ontstaat het gevaar dat stakeholders als verzekeraars en banken de zeggenschap overnemen. Een oplossing hiervoor kan zijn dat artsen in verenigd verband de meerderheid van de stemrechten verwerven in ziekenhuizen. Op die manier behoudt de medicus zijn autonomie ten opzichte van belangrijke stakeholders en kan hij tevens invloed uitoefenen op het medische beleid van het ziekenhuis.

Conclusie is dat in 2009 voor het grootste deel van de zorg meer behandelingen ook daadwerkelijk meer inkomsten genereren. Voor die behandelingen moeten er dan wel patiënten zijn.

BELANGEN

In de integrale prijzen komen vergoedingen van specialisten en ziekenhuis samen. Daarnaast zal meer werken in het nieuwe stelsel ook daadwerkelijk worden beloond. De combinatie hiervan zorgt voor een gelijkschakeling van de belangen van

- De grootste verbetering van de stelselwijziging met maatstafconcurrentie is dat harder werken wordt beloond en dat de gelegenheid wordt geboden de capaciteit uit te breiden.
- Meer patiënten kunnen worden aangetrokken door in de onderhandelingen met verzekeraars te concurreren op prijs.
- Specialist en ziekenhuizen hebben allebei hulpmiddelen om de prijs te verlagen, waardoor het ziekenhuis aantrekkelijker wordt voor nieuwe patiënten.
- De keerzijde van het vernieuwde DBC-systeem is dat artsen met een afwijkende patiëntenpopulatie in het voorgestelde systeem financieel worden benadeeld. Sociale verschillen komen niet terug in de normtijd en de maatstaf. Dit maakt het systeem onredelijk.
- Het voorgestelde DBC-systeem behoort dan ook sociale correctiefactoren te bevatten die corrigeren voor verschillen in de sociale mix.
- Bekostiging van deze sociale correctie is mogelijk op basis van risicoverevening, analoog aan de basisverzekering.

specialisten en ziekenhuizen en biedt mogelijkheden voor betere bedrijfsvoering. De bedrijfsrisico's zullen dalen, waardoor goedkoper kan worden geleend. Dit is in het nieuwe stelsel ook nodig om schommelingen in de DBC-facturering op te vangen.

Uiteindelijk zal door betere bedrijfsvoering, vergroting van het marktaandeel en aantoonbare medische kwaliteit de concurrentiekracht toenemen. Hierdoor versterken ziekenhuizen en specialisten hun positie ten opzichte van belanghebbenden als verzekeraars en andere ziekenhuizen. De voorgenomen maatregelen leiden er zodoende toe dat de belangen van specialisten en ziekenhuizen meer worden gestroomlijnd. Bovendien beschikken ze hiermee over gereedschap om het gezamenlijke belang te gelde te maken. ■

ir. drs. J. van Gorp,
projectmanager Medisch Centrum Haaglanden en productmanager DBC-functionaliteit bij Alert Life Sciences Computing

Correspondentieadres: j.gorp@mchaaglanden.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op onze ebsite: www.medischcontact.nl.

Een brief van het ministerie van VWS over de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuissector vindt u via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.

