

Marktwerking in de zorg en de parallellen met de kredietcrisis

Voorkom nationalisatie

dr. Jaap van den Heuvel, voorzitter raad van bestuur Reinier de Graaf Gasthuis Delft

Correspondentieadres:
heuvel@rdgg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Is bij de kredietcrisis hebzucht een van de belangrijkste oorzaken, op de zorgmarkt leidt verkeerde zuinigheid tot misère. Van verzekerden op zoek naar de allerlaagste premie tot ziekenhuizen die nauwelijks meer innoveren. Het is wachten op faillissementen en nog meer omvallende bestuurders. En hoog tijd voor verandering.



In geen enkel ziekenhuis draait een echt goed EPD

Wie een half jaar geleden zou hebben beweerd dat minister Bos een grote Nederlandse bank zou nationaliseren, had de lachers op zijn hand gehad. Als die zelfde persoon ook had beweerd dat president Bush voor 700 miljard dollar staatssteun zou geven aan banken in nood, had hij zijn laatste beetje geloofwaardigheid verspeeld. Toch is het na de recente kredietcrisis gebeurd. Een combinatie van hebzucht en falend

toezicht was de oorzaak. Zelfs het verstrekken van hypotheeken, qua businessmodel toch wel zo'n beetje de eenvoudigste bedrijfstak die er is, kan niet meer aan de vrije markt worden overgelaten.

In 1995 werkte ik in een academisch ziekenhuis samen met een medisch manager die al voorspelde dat het fout zou gaan in Amerika. Het land leefde toenemend op de pof. Het zou goed blijven gaan zolang het vertrouwen er nog was dat de leningen konden worden terugbetaald. Een volstrekt logisch verhaal. Toch werden we pas wakker toen het volledig uit de hand was gelopen.

Lege geldbuidel

De eerste voorspellingen dat marktwerking in de zorg – het ministerie van VWS gebruikt dat

woord liever niet meer – niet zal slagen, dateren ook al van lang geleden. Omdat het politiek niet convenieerde, werden de tegenargumenten te vuur en te zwaard bestreden. Tijd om eens te kijken hoe het er mee staat, en welke lessen we uit de parallellen met de kredietcrisis kunnen trekken.

Een Hollandse variant van hebzucht speelt een belangrijke rol op de zorgmarkt: verkeerde zuinigheid. Overall in de zorg kom je die tegen. Het begint uiteraard met de kerngezonde verzekerde die elk najaar op zoek gaat naar de allerlaagste premie. Verzekeraars spelen er, klantgericht als altijd, goed op in. De prijsverschillen zullen de range van plus of min 3 procent waarschijnlijk ook dit jaar niet overschrijden. Vervolgens moeten verzekeraars met een te lege geldbuidel zorg inkopen. Niet zelden betalen ze, zich indekkend met allerlei oneigenlijke argumenten, niet voor geleverde zorg. Dat heet dan onderhandelingsmacht.

Ziekenhuizen kiezen hierdoor niet altijd voor de beste behandeling en hebben allang niet meer de meest moderne apparatuur. Van innoveren komt het al helemaal niet meer, omdat daar nu eenmaal de kosten voor de baten uitgaan. Over dat hobbeltje kan verkeerde zuinigheid niet heen kijken. Ook als het over het specialistenhonorarium gaat, is het beeld ongewijzigd: plus of min ruim vier procent. De specialist als eenheidsworst. Hoe anders

SAMENVATTING

- Na de kredietcrisis lijkt het vertrouwen in de werking van de vrije markt weg.
- Het is daarom niet waarschijnlijk dat de markt in de zorg wél zal werken.
- De gewenste doelen, een toereikend zorgaanbod binnen financiële kaders en vooral veilige en kwalitatief goede zorg, kunnen veel eenvoudiger worden bereikt.
- Dit kan met een compact financieringssysteem dat volume, zorgzwaarte, kwaliteit en veiligheid in samenhang honoreert.

Nationalisatie van ziekenhuizen is nog te voorkomen

zou de wereld eruitzien als een specialist die hoge kwaliteit levert, nauwelijks complicaties veroorzaakt en doelmatig werkt hiervoor op gepaste wijze wordt beloofd? Nu kan dat alleen door te 'frauderen'.

Afblazen EPD-project

De moeder van alle voorbeelden van verkeerde zuinigheid is echter de ICT in de zorg. Ziekenhuizen kregen geen geld voor ICT, want je kon de kosten immers terugverdienen door te werken met minder personeel. De gevolgen hiervan hebben zich even desastreus als onopgemerkt voltrokken. In stilte verspilden ziekenhuizen de afgelopen jaren vele miljoenen met halve – en in tweede instantie helemaal – mislukte ICT-projecten. In geen enkel ziekenhuis draait op dit moment een echt goed EPD-systeem, laat staan dat je ermee kunt communiceren met andere zorgverleners.

De eerste daad in mijn vorige ziekenhuis – in het oosten des lands – was het afblazen van een EPD-project waarin al voor meer dan twee miljoen was geïnvesteerd. Het haalde niet eens de krant. Mijn salaris overigens wel. Een voorzichtige schatting is dat in elk ziekenhuis wel voor een paar miljoen aan hard- en software in rook is opgegaan. Dit betekent dat de BV Nederland in totaal ruim 200 miljoen euro had kunnen investeren in een EPD voor alle honderd ziekenhuizen, uitsluitend met de faalkosten van het huidige systeem.

Bedrieglijk

Het kan nog erger. Namelijk als verkeerde zuinigheid zich verschuilt achter systemen, zoals het DBC-systeem, maatstafconcurrentie of het systeem voor functionele budgettering (FB-systeem). Met een zweem van objectiviteit wordt gepoogd tegen iedere prijs te vermijden

dat moet worden betaald voor geleverde zorg. Het FB-systeem was daarin nog het meest onduidelijk. Alleen was wel pijnlijk duidelijk wie er niet wilde betalen. De doelstelling van maatstafconcurrentie was ook duidelijk. De keuze

van de overheid om te bezuinigen, bleek echter slim verborgen achter een voor velen onbegrijpelijke brei aan rekenregels. Die complexiteit is het systeem noodlottig geworden.

Het DBC-systeem – en vooral het vrij onderhandelbare deel – is wel het meest bedrieglijke van de drie. Het heeft toch nog even geduurd

voordat we doorhadden dat de totale uitgaven aan ziekenhuiszorg gemaximeerd bleven. Niks vrije markt dus.

Als middel om het geld de zorg te laten volgen, heeft het DBC-systeem, mede door systeemfouten in de opschoning, geheel gefaald. Iedere relatie tussen geleverde prestaties en opbrengsten is zoek. De DBC-systematiek wordt daarom vereenvoudigd. Dat kost echter weer een hele hoop werk en zal verder helemaal niets opleveren. Misschien is het een mooi moment om ermee te stoppen.

Garantie

Met behulp van een nieuw eenvoudig financieringssysteem, gebaseerd op een paar simpele indicatoren, zijn de reële inkomsten van een ziekenhuis goed te bepalen. Deze indicatoren zijn: volume, zorgzwaarte, kwaliteit en veiligheid. Het volume, dus de aantallen patiënten, moet binnen een nieuw financieringssysteem te allen tijde worden gehonoreerd omdat dit de concurrentie stimuleert. Concurrentie is de beste garantie dat ziekenhuizen zich echt inspinnen voor hun patiënten.

Toen het FB-systeem door overheidsingrijpen werd 'bevroren' en zij voor meerproductie niet meer betaalde, had de patiënt het nakijken: de wachttijden liepen op en de service verslechterde. Het voorstel van PvdA-Kamerlid Eelke van der Veen om ziekenhuizen te laten betalen voor hun meerproductie is daarom niet alleen inconsequent en absurd, maar bewijst vooral de patiënt een hele slechte dienst.

Als de overheid dan toch de totale kosten wil fixeren, dan moet het financieringssysteem niet het volume beperken, maar de prijs per volume-eenheid. Die volume-eenheid kan overigens het aantal adherente bewoners zijn of het aantal patiënten dat het ziekenhuis bezoekt, maar vooral niet het aantal opnamen. Dat zou immers stimuleren tot het nodeloos inzetten van dure voorzieningen.

Voor de tweede indicator, zorgzwaarte, is de ICD-10 het meest geschikt. Gelukkig wordt dit classificatiesysteem nu ingevoerd – Nederland liep internationaal namelijk flink achter. Het mes snijdt in dit geval aan twee kanten. Enerzijds worden medisch specialisten verlost van een enorme administratieve last omdat de invoer, net als voorheen bij de landelijke medische registratie (LMR), door codeurs gebeurt. Anderzijds worden door de afschaffing van het huidige DBC-systeem de vele registratiefouten, daaraan gerelateerde kosten en ook mogelijke 'upcoding' voor een groot deel geëlimineerd. Ook kan de overheid de totale financiële



De keuze voor een eenvoudig financieringssysteem met een beperkt aantal knoppen om aan te draaien, maakt het mogelijk om de kosten te beheersen, kwaliteit en veiligheid te verbeteren en zodoende de service aan de patiënt fors te laten toenemen. Die knoppen zijn volume, zorgzwaarte, veiligheid en kwaliteit.

beeld: Corbis

ruimte voor de indicator zorgzwaarte landelijk maximeren. Omdat de correctie hooguit enkele procenten bedraagt, blijft het dan lonend om meer complexe patiënten te behandelen, en de kosten lopen niet uit de hand.

Handen wassen

Het hanteren van indicatoren voor volume en zorgzwaarte aan de inputzijde stimuleert doelmatig werken maximaal. De DBC-systematiek doet dit expliciet niet, omdat het in feite een verkapt verrichtingsysteem is. Er moet een opname zijn geregistreerd en bepaalde onderzoeken zijn gedaan voordat de DBC valide is. Dit frustriert doelmatigheid en innovatie.

Voor de indicatoren kwaliteit en veiligheid geldt het omgekeerde. Daarvoor moet de focus juist op het proces en de output liggen. Ziekenhuizen moeten hun processen borgen door middel van een kwaliteit- en veiligheidmanagementsysteem. Ook moeten ze met output-indicatoren de resultaten meten en die zo nodig verbeteren. Het gaat dan niet om ingewikkelde controlesystemen met camerabewaking om te zien of er handen worden gewassen op de OK, maar om harde metingen van het aantal post-operatieve infecties. Ook vindt bijvoorbeeld geen verplichte maximering van het aantal sectio's plaats, maar ligt de nadruk op het meten en verminderen van perinatale sterfte. In het financieringssysteem zijn financiële prikkels te koppelen aan het hanteren van deze systemen en output-indicatoren, maar er zijn ook sancties mogelijk bij het ontbreken ervan.

De relatie tussen kosten enerzijds en kwaliteit en veiligheid anderzijds is dual. Sommige inspanningen kosten geld, anderen leveren juist veel inkomsten op. Het is echter in het belang


van de patiënt dat veiligheids- en kwaliteitssystemen en -indicatoren aanwezig zijn. Het toezicht moet zich vervolgens richten op de aanwezigheid en werking hiervan.

Versterven

In ieder financieringssysteem moet de overheid bij het ontwerp afwegingen maken over de beschikbaarheidscomponent. Het heeft namelijk in het geheel geen pas om een ziekenhuis in de periferie te laten versterven door het stilzwijgend dichtdraaien van de financiële infusen. Hier moet de overheid expliciet keuzen maken. Als een ziekenhuis open moet blijven in verband met de bereikbaarheid, dan dient de overheid daarvan de financiële consequenties te aanvaarden. Gebeurt dat niet, dan kan dat leiden tot gevaarlijke situaties, zoals we recentelijk hebben kunnen zien.

Uiteraard is de raad van bestuur van het ziekenhuis primair verantwoordelijk om de grenzen van het mogelijke bij verzekeraars en overheid aan te kaarten. De onderhandelingsmacht van een grote verzekeraar tegenover een klein ziekenhuis schept echter óók verantwoordelijkheden. Om te voorkomen dat er straks raden van bestuur van verzekeraars moeten opstappen, kan de overheid maar beter op voorhand zijn verantwoordelijkheid nemen en duidelijk maken welke ziekenhuizen extra financiering moeten ontvangen om de beschikbaarheid te garanderen.

Faillissementen

Nu, gelet op de kredietcrisis, marktwerking zelfs in de bakermat volledig lijkt te hebben gefaald, is heroverweging van marktwerking in de zorg op zijn minst gerechtvaardigd. De signalen liegen er niet om. Dreigende faillissementen, grote boetes van de NMa, een forse toename van omvallende bestuurders, gevaarlijke toestanden op OK's en een vastgelopen financieringssysteem kunnen niet langer als aanloopproblemen worden aangemerkt. De keuze voor een eenvoudig financieringssysteem met een beperkt aantal knoppen om aan te draaien, maakt het mogelijk om de kosten te beheersen, kwaliteit en veiligheid te verbeteren en zodoende de service aan de patiënt fors te laten toenemen. Die knoppen zijn volume, zorgzwaarte, veiligheid en kwaliteit. Nu nog een invoeringsplan, een overgangsregeling en een koersvast kabinet. Door tijdig te reageren is het zeker mogelijk om nationalisatie van de Nederlandse ziekenhuizen te voorkomen. 



Xxxx vindt u via:
www.medischcontact.nl