

Alliantie is een kosteneffectieve oplossing

Maak verzekeraar en ziekenhuis partners

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.

Minister Schippers wil de zorgkosten beheersen door een combinatie van vrije prijsvorming en anderzijds budgetbeheersing. Dat gaat niet werken omdat het tegenstrijdige systemen zijn. Maar het kan ook anders.

Minister Schippers heeft onlangs in een brief aangegeven wat haar plannen zijn voor de financiering van ziekenhuizen.¹ De enorme stijging van de zorgkosten moet worden beteugeld. Het huidige financieringssysteem, dat een mengvorm is van budgetbekostiging en prestatiebekostiging, kan volgens de minister de kosten van de zorg niet in de hand houden. De voorgestelde oplossing bestaat onder andere uit meer prestatiebeloning door het B-segment met vrije prijsvorming uit te breiden naar 70 procent.

Krachtige budgetklem

Het Centraal Planbureau heeft de forse stijging van de zorgkosten in de laatste jaren becijferd.² Het lijkt er sterk op dat onder het budgetstelsel de kosten zich redelijk stabiel ontwikkelden en dat na het geleidelijk toevoegen van prestatiebekostiging de kosten sterker zijn gaan stijgen. Het vertrouwen in prestatiebekostiging was, gezien de uiterst behoedzame uitbreiding van het vrije B-segment, al niet zo groot. Het CPB lijkt nu aan te tonen dat dit terecht is. Wellicht is er daarom bovenop de forse uitbreiding van de prestatiebeloning weer een krachtige budgetklem gezet, het zogenaamde 'macrobeheersinstrument'. Hiermee is de cirkel rond. We hebben weer een hybride systeem van budgetfinanciering en prestatiebekostiging.

De enorme stijging van de zorgkosten moet worden beteugeld

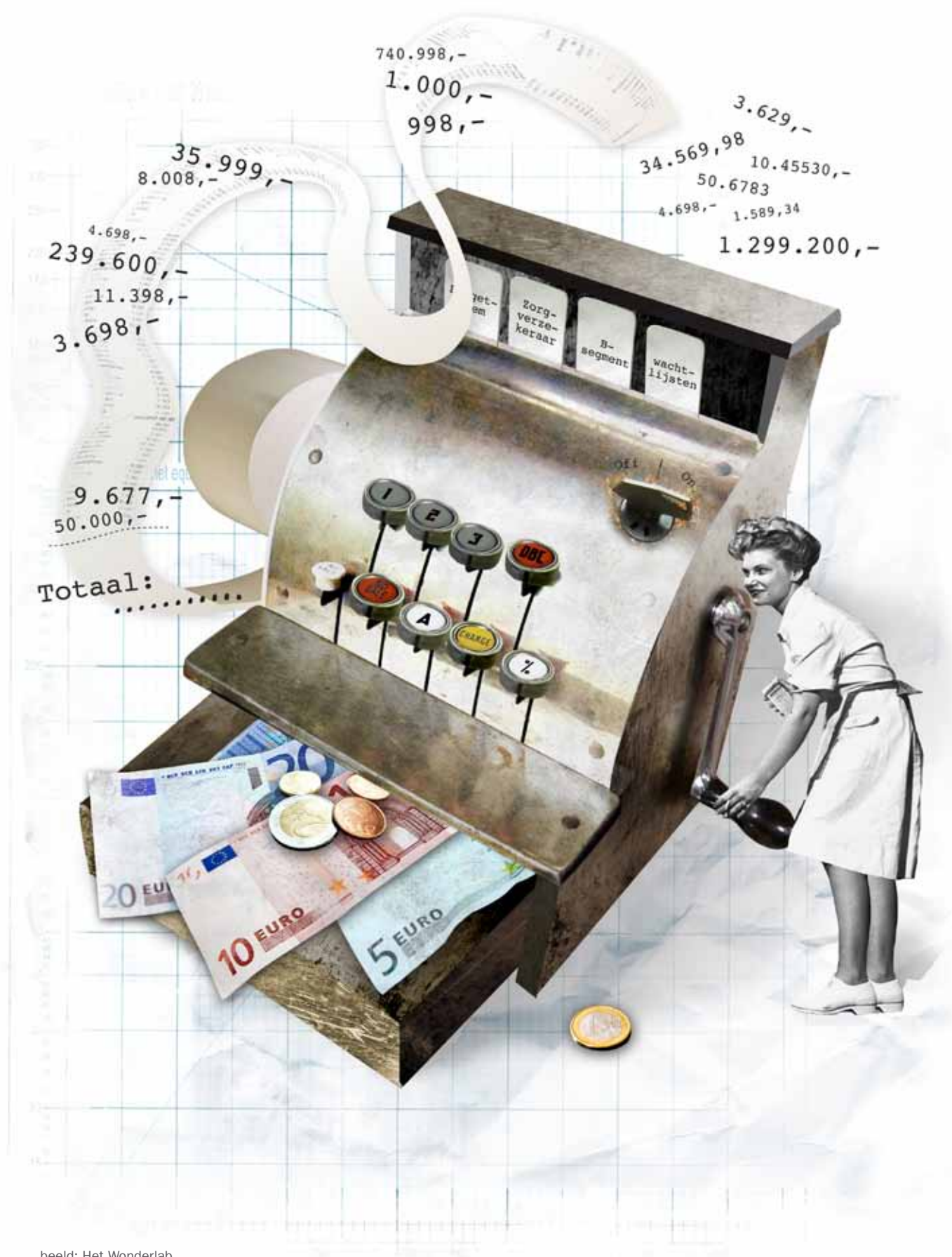
Het is zeer onwaarschijnlijk dat een systeem met twee tegenstrijdige componenten – budgetbeheersing en liberalisering – dit keer wel gaat werken.³ Temeer daar de kracht van beide componenten is geïntensiveerd. Er is namelijk een veel groter vrij B-segment en een veel sterkere budgetklem: het gehele ziekenhuisbudget kan hooguit 2,5 procent stijgen.

Wat word je als ziekenhuis of medisch specialist geacht te doen in dit systeem? Budgetbeheersing kan werken en is op zich niet verkeerd, maar je moet dan wel zelf de kosten kunnen beïnvloeden. Daarvan is in het voorgestelde systeem geen sprake want de overschrijdingen bij andere ziekenhuizen worden gelijkkelijk verhaald op alle ziekenhuizen, dus ook op de ziekenhuizen die het goed hebben gedaan. Dit staat haaks op het principe van budgetteren en leidt tot frustraties, niet tot kostenbeheersing.

Wachtlijsten

De beste strategie binnen dit systeem is zo hoog mogelijke prijzen bedingen en voor de gewenste omzet net genoeg productie leveren, waardoor de kosten zo laag mogelijke blijven. De winst kan zo fors stijgen waarmee de afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds door overschrijdingen van anderen, overigens pas na twee jaar, makkelijk kan worden betaald. De patiënt is de dupe, want een lage productie leidt tot wachtlijsten.

Een alternatief is dat de patiënt naar het buitenland gaat. Als de buitenlandse kosten – die de zorgverzekeraars moeten vergoeden – niet



beeld: Het Wonderlab

onder het macrobudget vallen, is het macro-budget op voorhand al lek. Een andere belangrijke reden dat het systeem niet tot lagere kosten zal leiden, ligt in de keuze dat voor de uitbreiding van het B-segment de invoering van een nieuwe productstructuur afgerond moet zijn. In de nieuwe productstructuur worden de ruim 30.000 DBC's teruggebracht tot 4000 DBC-zorgproducten. Hierdoor nemen de medische herkenbaarheid en de kostenhomogeniteit af. Dit maakt het voor ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten ingewikkelder om bij te dragen aan kostenreductie. Daarnaast wordt voor het valideren van een DBC-zorgproduct meer gekeken naar de onderliggende ver-

richtingen van de medisch specialisten en naar het aantal ligdagen. Dit betekent dat zorginnovaties die bijvoorbeeld minder verrichtingen of een kortere ligduur beogen, kunnen leiden tot een, mogelijk onevenredig, lagere vergoeding voor het DBC-zorgproduct. In het Reinier de Graaf Gasthuis realiseren we bijvoorbeeld op de afdeling Orthopedie een heel korte ligduur. Daardoor krijgt het ziekenhuis nu minder geld. De prikkel om te innoveren neemt dus af, dit in tegenstelling tot wat wordt beoogd met het DOT-systeem (DOT: DBC's op weg naar transparantie).

Verzekeraar en ziekenhuis moeten kunnen fuseren

Afbreukrisico

DOT is een megaoperatie met een groot afbreukrisico. Een onnauwkeurigheid in het systeem kan leiden tot een forse verschuiving in het ziekenhuisbudget, die niet correspondeert met de geleverde zorg.

Verder is de termijn waarop DOT moet zijn ingevoerd, namelijk per 1 januari 2012, onverantwoord kort. Het systeem is namelijk nog onvoldoende ontwikkeld. Als we al zicht willen houden op het effect van ingevoerde maatregelen dan zou de minister zich moeten beperken tot de uitbreiding van het B-segment. Voor de korte termijn is het veel effectiever als de verzekeraars de beschikbare macrobudgetruimte kunnen verdelen. Zo kunnen snel en effectief knelpunten in het zorgaanbod worden opgelost en ontwikkelen de kosten zich beheerst. Door de DOT-aanpak los te laten, vindt er geen verkeerde verdeling van de beschikbare middelen plaats en heeft een ziekenhuis meer vrijheidsgraden om de budgetten doelmatiger in te zetten.

Serieuzer

Voor de langere termijn zijn structurele oplossingen nodig die bijdragen aan de beschikbaarheid van goede en toegankelijke zorg en een beheerste kostenontwikkeling. Belangrijkste eis is dat niet wordt geredeneerd vanuit politieke ideologieën, maar vanuit een heldere visie en doelstellingen zoals betaalbare, toegankelijke en goede zorg. Zo zou preventie veel serieuzer moeten worden opgepakt evenals de versterking van de eerste lijn. Zorgproducten moeten niet steeds gedetailleerder maar juist globaler worden omschreven. Dit vergroot de uitdaging en de mogelijkheden om zorginnovaties te introduceren. Het verlaagt bovendien de administratieve lasten. Een onderdeel van de oplossing is het loslaten van de integrale prestatiebekostiging. Dus geen vergoeding per zorgproduct zoals DBC's of DOT, die immers de kosten opdrijft. Als een ziekenhuis voor meerproductie in ieder geval de variabele kosten vergoed krijgt, kan de zorg verleend worden zonder verlies te leiden.

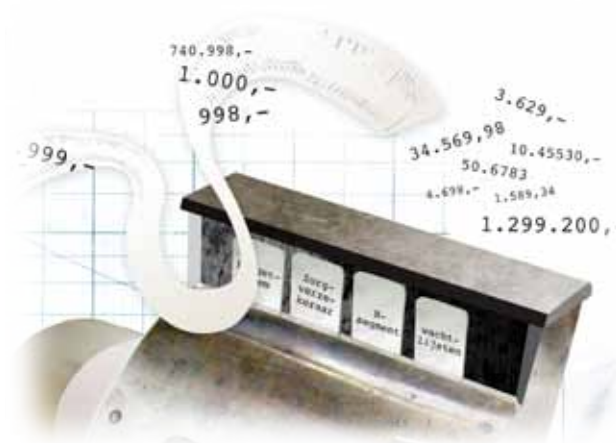
Evenwichtig verdelen

Een stap verder is het per jaar aanbesteden van de totale zorg die wordt geleverd aan de patiënten van een bepaalde verzekeraar. Ziekenhuizen kunnen hier zelf het initiatief nemen en de zorgplicht desgewenst van meerdere zorgverzekeraars overnemen. Concreet spreken ziekenhuis en zorgverzekeraar een totaalbedrag af waarvoor het ziekenhuis alle



SAMENVATTING

- De minister wil marktwerking en budgetbeheersing blijven combineren.
- Dit systeem is ondoorzichtig, leidt niet tot kosteneffectief werken, remt innovaties en heeft een hoog afbreukrisico.
- De beschikbare middelen worden het meest effectief ingezet als ziekenhuis en verzekeraar komen tot vormen van samenwerking.
- Het vertrouwen dat nodig is voor deze samenwerking moet nog wel verder worden ontwikkeld.



patiënten van die zorgverzekeraar behandelt die zich aandienen. Dit systeem zet niet aan tot meerproductie maar wel tot klantvriendelijkheid en het leveren van kwaliteit. Om het risico evenwichtig te verdelen kan een bandbreedte worden afgesproken. De zorgverzekeraar heeft zo een beheerste kostenontwikkeling en daardoor een beter voorspelbare premie. De patiënten krijgen een betere afstemming van de zorg. Preventie krijgt maximale aandacht omdat dit voor het ziekenhuis zeer lonend is. Verzekeraar en ziekenhuis spreken niet over een ondoorzichtige lijst met tienduizenden gedeclareerde DBC's, maar over wachtlijsten, patiënttevredenheid en indicatoren met betrekking tot kwaliteit en veiligheid. De verzekeraar heeft zo veel beter de vinger aan de pols dan met een overload aan gedetailleerde informatie over geleverde DBC's. Deze wijze van financieren biedt het ziekenhuis meer vrijheid om te innoveren in betere zorg tegen lagere kosten. Samenwerken loont zo en ieder blijft baas in eigen huis.

Geïntegreerde zorgorganisatie

Nog een stap verder gaat het samengaan van ziekenhuis en verzekeraar in een geïntegreerde zorgorganisatie – een weg die de minister wil afsnijden.⁴ Dit is jammer want zo'n zorgorganisatie kan op een meer klantgerichte manier betere zorg leveren tegen lagere kosten. De relatie tussen klant en geïntegreerde zorgorganisatie is veel directer dan met een zorgverzekeraar omdat de cliënt niet alleen premie betaalt, maar ook bij dezelfde organisatie aanklopt voor medische hulp. De klant is daardoor gedurende een jaar beperkt in zijn keuze tot de geïntegreerde zorgorganisatie. De drive om klantvriendelijk en klantgericht te werken is echter groot, want de klant moet het volgende jaar weer een polis afnemen. De concurrentie blijft


zo een drijfveer. En omdat meer verrichtingen niet leiden tot meer opbrengsten is de animo om de kosten te beheersen groot. Complicaties, onjuiste behandelingen en fouten leiden juist tot extra kosten zodat het leveren van kwaliteit sterk wordt gestimuleerd.

Tot slot is preventie zeer lucratief voor een geïntegreerde zorgorganisatie omdat het behandelingen bespaart bij mensen die wel hun premie hebben betaald. Veel kosten worden ook bespaard omdat het kostbare declaratieverkeer tussen verzekeraar en ziekenhuis wegvalt.

Om al deze vruchten te kunnen plukken moet wel een taboe worden doorbroken: verzekeraar en ziekenhuis moet kunnen fuseren. Dit is op zijn minst een experiment waard, zeker omdat bijvoorbeeld Kaiser Permanente in Californië al jaren laat zien dat het werkt.⁵

Vertrouwen

Het belangrijkste wat ontbreekt om genoemde richtingen in te gaan, is vertrouwen. Ondoorzichtige financieringssystemen, 'wij-zij'-denken en onvoorspelbare grepen in de kas van ziekenhuis en specialist maken dat het wantrouwen met de dag toeneemt. Een DOT-systeem dat na twee jaar nog een hap uit het budget van de reeds geleverde zorg kan nemen, zal hier weinig aan bijdragen. Als dat systeem dan ook nog onvoorspelbare tekortkomingen heeft die een grote financiële impact op honorarium en budget kunnen hebben, dan nemen we met elkaar een groot risico.

De uitweg kan zijn om van onderaf het vertrouwen weer op te bouwen en ziekenhuizen en verzekeraars de ruimte te geven afspraken te ontwikkelen die leiden tot goede zorg en beheersbare kosten. 'Vrije' prijzen en steeds gedetailleerdere financieringssystemen hebben hier in ieder geval niet toe geleid. 



De voetnoten en meer MC-berichten over ziekenhuisfinanciering vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Met dank aan: prof. dr. Wynand P.M.M. van de Ven,
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg,
Erasmus Universiteit Rotterdam

Voetnoten

1. Brief van minister Schippers aan de Tweede Kamer. Zorg die loont. 14 maart 2011.
2. Uitgaven zorg groeien harder dan vergrijzing kan verklaren. Trouw. 23 maart 2011.
3. Schut E, Van de Ven W, Varkevisser M. Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen. ESB 2010; 95 (4587): 11 juni.
4. Van de Ven W, Schut E, Varkevisser M. Fusieverbod zorgaanbieders en verzekeraars ongewenst. ESB 2011; 96 (4606): 18 maart.
5. Feachem RGA, Sekhri NK, White KI. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. British Medical Journal 2002; 324 (7353), 135-43.