

Kostenbeheersing vraagt om meer marktwerking

Weg met de budgetten in de zorg

Bas Leerink,
lid raad van bestuur Menzis

Correspondentieadres:
leerink.b@menzis.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Vaak wordt gedacht dat in 2006 marktwerking is ingevoerd in het zorgstelsel. In werkelijkheid is het overgrote deel van het zorgaanbod nog volop gereguleerd dankzij landelijk vastgestelde tarieven, allerlei verboden – bijvoorbeeld op winstuitkering door ziekenhuizen – en alomtegenwoordige budgetten.

Er bestaan twee vormen van budgettering. De eerste is de instellingsbudgettering. Dit nog volop aanwezige restant van het oude zorgstelsel heeft verschillende verschijningsvormen, die allemaal slecht zijn voor de zorg. De bekendste vorm is de wijze waarop de ggz-instellingen geld krijgen van zorgverzekeraars, evenals het zogenaamde A-segment in de ziekenhuis- en revalidatiezorg. De ggz-instelling stuurt rekeningen naar de zorgverzekeraar waarop staat welke patiënten zijn behandeld en welke DBC daarbij is gehanteerd.¹ De DBC's hebben een vaste prijs. Maar eigenlijk doet die prijs er niet toe (behalve voor het eigen risico van de klant),

uiteindelijk in dat jaar ontvangt. Het wordt niet in DBC-termen vastgesteld, maar in oude verrichtingen en parameters (ooit gedefinieerd door het College Tarieven Gezondheidszorg, de rechtsvoorganger van de NZa). En voor iedere verrichting of budgetparameter staat ook weer een door de NZa vastgestelde parameterwaarde of verrichtingentarief.

Overfinanciering

De betaling van de DBC-rekeningen door de zorgverzekeraars dient dus alleen ter vulling van het afgesproken budget, en zorgt ervoor dat de instelling zijn geld ook daadwerkelijk ontvangt. Als de instelling aan het eind van het jaar meer DBC's in rekening heeft gebracht dan het afgesproken budget in geld, dan heet dat overfinanciering. Mocht het minder zijn, dan heet het onderfinanciering. Beide komen voor. Los hiervan kan het zijn dat een instelling meer parameters heeft geleverd dan was afgesproken in het budget. Dan hangt het van de afspraken met de zorgverzekeraars af of het budget achteraf alsnog wordt verhoogd (nacalculatie) of niet (in dat geval moet de instelling de boven-tallige budgetparameters leveren zonder dat deze vergoed worden). Dit budget, gebaseerd op de oude parameters, zorgt ervoor dat een ggz-instelling voor iedere opname evenveel ontvangt. Dus voor de helft van de opnames te veel, en voor de andere helft te weinig. Bent u er nog? En dan ben ik de werkelijkheid nog aanzienlijk aan het vereenvoudigen.

Door budgettering krijgen nieuwe aanbieders minder kansen

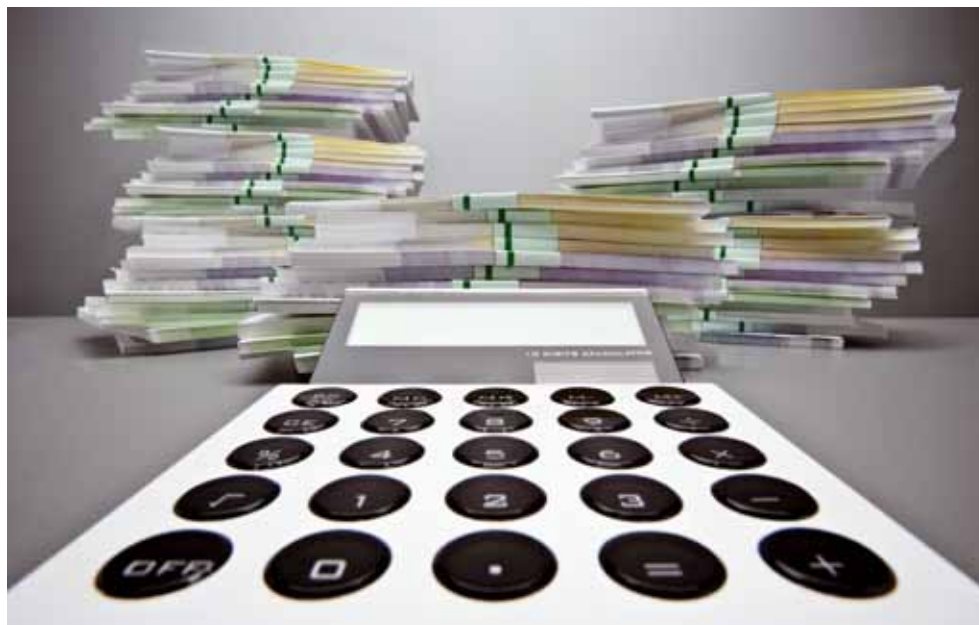
want daarnaast heeft een vertegenwoordiging van de zorgverzekeraars met de instelling een budget afgesproken.² Dit wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), meestal op voordracht van de representerende zorgverzekeraars en de instelling samen. Dit budget is bepalend voor wat de ggz-instelling



beeld: iStockphoto

Alle aandacht voor de budgetten leidt er bij Menzis toe dat te veel mensen zich moeten bezighouden met budgetparameters en nacalculaties.

beeld: Corbis



Een tweede vorm van instellingsbudgettering is het rechtstreeks financieren van de begroting van een instelling, de zogenoemde begrotingsgefinancierde instellingen. Deze budgettering geldt voor huisartsenposten, huisartsenlaboratoria, centra voor erfelijkheidsadvisering, trombosediensten en audiologische centra. Het werkt zo: een instelling levert een aannemelijke begroting in bij de representerende zorgverze-

keraars. Het tarief wordt vervolgens vastgesteld door de kosten die de instelling inschat te delen door het verwachte aantal bezoeken, onderzoeken of iets dergelijks. Dus als een instelling minder doet,

maar nog evenveel kosten maakt, dan gaat het tarief omhoog. En vice versa. Overigens is het in dit systeem niet toegestaan om een reserve op te bouwen.

Pervers effect

Naast de instellingsbudgettering hanteren we in ons zorgstelsel het Budgettair Kader Zorg. Dat is een door het ministerie van VWS jaarlijks vastgesteld bedrag van alle kosten die omgaan in de zorg. Belangrijkste effect hiervan is dat als er meer geld is uitgegeven dan het budgettair kader de minister een 'gat' in haar begroting heeft. Zij zal dit van de minister van Financiën moeten compenseren. Dat kan leiden tot tariefsverlaging of budgetkortingen door de NZa op aanwijzing van VWS, tot pakketmaatregelen of tot hogere eigen bijdragen. Met name van de

eerste oplossing gaat een pervers effect uit: immers de korting wordt over alle instellingen en zorgverleners in gelijke mate uitgesmeerd, terwijl zij niet in gelijke mate hebben bijgedragen aan de overschrijding. Dit is een uitnodiging om vooral bij te dragen aan de overschrijding, omdat daarmee de effecten van de korting deels kunnen worden gecompenseerd. Over deze vorm van speltheorie hebben economen boeken vol geschreven. Daarmee ontstaat een effectieve opwaartse druk op de geplande volumes in de zorg.

Voor zover mogelijk hebt u nu een overzicht. Van de zorgkosten die Menzis in 2009 heeft uitbetaald (circa 5 miljard euro), valt 90 procent onder het Budgettair Kader Zorg en de rest onder de aanvullende verzekeringen. Van die 90 procent gaat bijna 54 procent (dus 2,45 miljard euro, ruim 48% van het totaal) naar gebudgetteerde instellingen. En voor het resterende deel gelden vaak nog maximum- of punttarieven die in veel gevallen door de NZa zijn vastgesteld. De meest hinderlijke zijn de tarieven van de medisch specialisten. Het uurtarief wordt door de overheid vastgesteld, maar nog erger is dat ook de tijdsbesteding per DBC door de overheid wordt vastgesteld. Dat belemmert bijvoorbeeld het invoeren van innovatieve zorgprogramma's en technieken zeer.

Gezondheidswinst

De verschillende vormen van budgettering moeten hoognodig verdwijnen. Daarvoor zijn drie hoofdredenen. Ten eerste leiden de budgetten tot instandhouding van het bestaande

Klantbelang en kwaliteit raken al snel buiten beeld

SAMENVATTING

- Marktwerving in de zorg bestaat nog steeds nauwelijks.
- Het overgrote deel van de tarieven en budgetten wordt landelijk vastgesteld.
- De overschrijdingen van ziekenhuizen en ggz zijn verantwoordelijk voor de enorme premiestijging in 2011.
- Kostenbeheersing is pas mogelijk als de budgetten en vaste tarieven worden losgelaten.
- Dan kan het gaan over de kern van de zaak: zoveel mogelijk gezondheidswinst behalen per euro.



Meer artikelen over marktwerking in de zorg vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

en krijgen nieuwe aanbieders minder kansen. Verder richten zorgverleners zich door de budgettering tot het Parnassusplein in Den Haag of de Newtonlaan in Utrecht, maar niet tot de echte betalers, de patiënten of hun zorgverzekeraars.³ En ten slotte leidt al het gebudgetteerd af van waar het echt om gaat in de financiering van de zorg: zoveel mogelijk gezondheidswinst per euro.

Nieuwe zorgaanbieders, in de ggz bijvoorbeeld, krijgen weinig voet aan de grond, omdat alle ggz-budgetten naar de bestaande instellingen gaan. Nieuwe aanbieders in de medisch-specialistische zorg hebben het ook moeilijk. Enerzijds omdat winstuitkering niet mag, maar anderzijds omdat de zorgverzekeraars weten dat de kosten in de bestaande ziekenhuizen blijven bestaan. En wie een nieuw huisartsenlab wil oprichten, wens ik veel succes. Zorgverzekeraars blijven immers voor de oude infrastructuur betalen. Daarnaast is het ingewikkeld om nieuwe zorgprogramma's of nieuwe technieken in de praktijk in te voeren.

Onderhandelingen


Zorgverleners of hun vertegenwoordigers en bestuurders kijken naar VWS en NZa. Ze kijken dus minder naar hun patiënten en hun zorgverzekeraars. Logisch, immers voor een ggz-instelling of een ziekenhuis is het instel-

lingsbudget van levensbelang. En dat komt voor een groot deel tot stand door allerlei maatregelen en beleidsregels buiten het overleg met zorgverzekeraars om. Ook de brancheorganisaties van vrije beroepsbeoefenaren denken hun heil vooral bij het ministerie te kunnen halen. De onderhandelingen van VWS met de huisartsen en apothekers zijn daar slechte voorbeelden van. Menzis kon een halfjaar niet met de huisartsen overleggen, omdat de LHV alleen nog maar met VWS wilde praten over de tarieven en de tegenprestaties die de huisartsen moesten leveren (doelmatig voorschrijven). Daarover waren wij al lang en breed in overleg met de huisartsen (en ziekenhuizen) in onze regio. En qua onderhandelingen met beroepsgroepen doet VWS het echt minder goed dan de zorgverzekeraars.

Alle aandacht voor de budgetten leidt er bij Menzis toe dat wij een groot aantal zorginkopers en financiële deskundigen hebben die zich noodgedwongen vooral bezighouden met budgetparameters, nacalculaties en dergelijke. Menzis kan die zaken niet negeren, maar daardoor kunnen wij minder tijd en aandacht besteden aan bijvoorbeeld het specificeren van onze zorginkoop voor klanten. Door de techniek van de instellingsbudgettering verdwijnen het klantbelang en de kwaliteit al snel buiten beeld in de gesprekken tussen zorgverzekeraars en instellingen.

Vaart maken

Het is aannemelijk dat al het budgetteren niet bijdraagt aan kostenbeheersing. De cumulatieve overschrijding op het Budgettair Kader Zorg in de jaren 2006 tot en met 2009 komt volledig op het conto van de sectoren ziekenhuizen en ggz, en niet op dat van de overige zorgsoorten, zoals geneesmiddelen, huisartsenzorg, fysiotherapie en kraamzorg (zie kader). In die laatste sectoren hebben zorgverzekeraars beter en sneller grip op de kosten, en zijn zij in staat om daar wat aan te doen.

Deze cumulatieve overschrijding van 3,1 miljard euro is de belangrijkste oorzaak van de forse premiestijgingen voor 2011. Mijn conclusie luidt dat de curatieve zorg zo snel mogelijk verlost moet worden van de budgetten. Ze werken niet of zelfs contraproductief, en dragen bij aan de stagnatie en bureaucratie die veel zorgverleners ervaren. Het kabinet van CDA en VVD heeft dit ook in het regeerakkoord en gedoogakkoord staan, en minister Schippers heeft gelukkig laten weten hiermee vaart te willen maken. Dat verdient alle steun, van artsen, patiënten en zorgverzekeraars! 

Overschrijding Budgettair Kader Zorg

ziekenhuizen	2237
ggz	1625
overige*	-736
totale overschrijding	3126

* overige zorgsoorten, zoals geneesmiddelen, huisartsenzorg, fysiotherapie en kraamzorg.

Ziekenhuizen en ggz zijn verantwoordelijk voor de cumulatieve overschrijding van de VWS-begroting 2006-2009 (in miljoen euro).⁴

Noten

1. Dat geldt ook voor ziekenhuizen, revalidatie-instellingen en instellingen voor ambulanzorg.
2. In jargon heet dit het representatiemodel. Dit was in 2008 bedoeld als tijdelijke overgang van het model van regiovertegenwoordiging naar 'vrije' onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en instellingen, zoals dit in het B-segment van de ziekenhuiszorg al is ingevoerd.
3. De bezoekadressen van respectievelijk het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
4. Gebaseerd op de VWS-begrotingen 2006-2009, de definitieve vaststelling 2006 en tweede voorlopige vaststelling 2007 van het College voor zorgverzekeringen en de Menzis-prognoses voor de landelijke realisatie in 2008 en 2009.