

KOSTEN & BATEN

Ger Jager

oprichter Aduard Advies,
een adviesbureau in de zorgsector,
Zeist

ZIEKENHUISBREDE BUDGETAFSPRAKEN ZIJN NIET TRANSPARANT

Wachtlijst is een systeemfout die opgelost kan worden



Het huidige systeem waarbij zorgverzekeraars budgetafspraken maken met ziekenhuizen veroorzaakt wachtlijsten zonder dat iemand zich daarvoor verantwoordelijk voelt. Door afspraken te maken op specialismeniveau worden de wachtlijsten effectief aangepakt.

GETTY IMAGES

De wachtlijsten bij de ziekenhuizen groeien; bij het ene specialisme sterker dan bij het andere. Is het ziekenhuis hier verantwoordelijk voor? Ziekenhuizen maken productieafspraken met zorgverzekeraars, soms per jaar, soms voor meerdere jaren tegelijk. Meestal zijn het lump-sumafspraken, ofwel een maximumbedrag dat het ziekenhuis mag declareren. Om dit budget te verdelen worden tariefafspraken op dbc-niveau gemaakt waarbij prijs maal hoeveelheid ($p \times q$) leidt tot het 'vullen' van het productieplafond. Ziekenhuizen mogen in grote mate zelf bepalen hoe ze hun budget verdelen. De hoogte van de afgesproken tarieven is onbelangrijk; de ervaring leert dat ziekenhuizen helemaal niet en détail geïnteresseerd zijn in de hoogte van de tarieven, als per saldo het plafond maar kan worden gevuld. Komen er meer patiënten dan afgesproken op basis van $p \times q$, dan ontstaat er een wachtlIJst. Het is een strategische voorraad voor het ziekenhuis; het ziekenhuis voelt zich niet verantwoordelijk voor de wachtlIJst. Het excuus dat ze gebruiken is dat de zorgverzekeraars te weinig zorg hebben ingekocht.

Als een oogarts uit het ziekenhuis vertrekt en de vacature is niet te vervullen omdat er geen oogartsen zijn, dan kan het ziekenhuis het budget opvullen door bijvoorbeeld meer knieoperaties te doen. Pas als er een hele maatschap verdwijnt zullen de zorgverzekeraars het budget verlagen. Per saldo voelen de ziekenhuizen zich niet verantwoordelijk voor de wachtlijsten, ze voeren uit wat de zorgverzekeraars contracteren.

Het komt voor dat een ziekenhuis te maken krijgt met een overschrijding; dat wordt soms geaccepteerd om de organisatie niet te belasten met een selectie aan de voordeur. Wordt het te gek, dan kan een ziekenhuis de patiënten van een zorgverzekeraar weigeren, zoals onlangs Zuyderland en Medisch Spectrum Twente hebben gedaan. Dit zijn echter allemaal uitzonderlijke situaties. Je kunt de ziekenhuizen en klinieken niet verantwoordelijk stellen voor de substantiële wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg – ze doen wat ze met de zorgverzekeraars zijn overeengekomen.

Zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk?

Zorgverzekeraars hebben formeel zorgplicht, ofwel ze hebben de plicht om alle zorg die hun verzekerden nodig hebben ook te verstrekken. Zijn zij dan verantwoordelijk voor de wachtlijsten in de ziekenhuizen? Zorgverzekeraars maken jaarlijks lumpsum- of plafondafspraken met de ziekenhuizen. Soms zijn het afspraken met een doorleverplicht, ofwel alle zorg die wordt gevraagd moet worden geleverd. Maar als de capaciteit (lees 'het geld') niet beschikbaar is, ontstaan er wachtlijsten. De gemaakte afspraken zijn dus totaalafspraken, de achterliggende $p \times q$ zijn onbelangrijk. Ofwel de zorgverzekeraars suggereren dat zij alle noodzakelijke zorg hebben ingekocht en niet verantwoordelijk zijn voor de wachtlijsten. Sterker nog, als een zorgverzekeraar bijvoorbeeld oogheelkunde van een bepaalde omvang heeft ingekocht, maar die kan niet worden geleverd door het ziekenhuis, maakt niemand zich hier druk over. De lumpsumafpraak is leidend. Een zorgverzekeraar voelt zich op geen enkele wijze verantwoordelijk voor de wachtlijsten. Sterker nog, het oplossen ervan kost geld. Patiënten op de wachtlijst kunnen aankloppen bij de afdeling Zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Relatief weinig patiënten doen dat. Meestal lukt het de zorgverzekeraar dan om een verzekerde sneller te laten behandelen in een ander ziekenhuis of kliniek, maar dit betekent niet dat het plafond van de zorgaanbieder die de patiënt helpt, wordt verhoogd. Per saldo komt er daardoor dus een andere verzekerde op de wachtlijst. Zorgbemiddeling als oplossing van wachtlijsten is een cosmetisch instrument van de zorgverzekeraars.

Is de NZa verantwoordelijk?

Als toezichthouder zou de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) moeten controleren of er voldoende zorg is ingekocht en of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. De NZa concentreert zich echter op de beheersing van de macrokosten – ook niet onbelangrijk – maar controleert niet actief of de zorgverzekeraars voldoende medisch-specialistische zorg hebben ingekocht. Het kan ook haast niet: de $p \times q$ -afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar zijn zo ondergeschikt aan de plafondafspraken dat de tarieven alleen maar dienen om het budget op te vullen en geen marktwaarde hebben, laat staan inzicht geven in de hoeveelheid gecontracteerde zorg. De NZa toont geen enkele verantwoordelijkheid voor de groei van de wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg.

Transparantie leidt tot inzicht

Moeten we erin berusten dat niemand zich verantwoordelijk voelt voor het ontstaan van steeds langere wachtlijsten? Inzicht in de oorzaak van de wachtlijsten is eenvoudig te verkrijgen. De NZa kan de regelgeving zo aanpassen dat alleen nog budgetafspraken mogen worden gemaakt op specialismeniveau en dat uitwisseling tussen de budgetten van specialismen niet is toegestaan. Dit heeft twee voordelen: de eerste is dat de NZa, die alle afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar verzamelt, goed kan controleren of de zorgverzekeraars voldoende zorg hebben inge-

kocht. Het tweede voordeel is dat zowel ziekenhuis als zorgverzekeraar alles in het werk stelt om per specialisme goede $p \times q$ -afspraken te maken. De prijzen zullen meer in concurrentie tot stand komen. De zelfstandige behandelcentra (zbc's) weten niet beter, dat zijn bijna allemaal monodisciplinaire zorgaanbieders en maken jaarlijks $p \times q$ -afspraken. We zien ook dat de tarieven van de belangrijkste DBC's in zbc's, zoals cataractoperaties en knie- en heupoperaties, de afgelopen jaren allemaal gedaald zijn onder invloed van de concurrentie. Als dit een prijsreductie van gemiddeld 1 procent oplevert, hebben we het over een daling van de macrokosten van 220 miljoen euro. De tarieven van cataractoperaties zijn sinds 2005 gedaald met rond de 30 procent, inflatie niet meegerekend.

Zorgbemiddeling is een cosmetisch instrument van de zorgverzekeraars

Een ziekenhuis dat minder patiënten voor de oogarts krijgt omdat er oogartsen zijn vertrokken en niet vervangen, heeft dan een lagere omzet oogheelkunde. Zorgverzekeraars hoeven bij de voorgestelde bekostiging die onderdekking niet te betalen en de ziekenhuizen kunnen die onderdekking ook niet compenseren door bijvoorbeeld meer heupoperaties te doen dan gecontracteerd. Afspraak is afspraak. De patiënten gaan naar een andere zorgaanbieder en de zorgverzekeraar heeft dan de middelen beschikbaar om die voorkeur van verzekerden te vergoeden. Het geld volgt de verzekerde. Echte marktwerking en optimale aanwending van beschikbare middelen.

Of te veel transparantie?

Of leiden afspraken op specialismeniveau zonder substitutie tot te veel transparantie? Willen de NZa en de zorgverzekeraars deze duidelijkheid wel? Wat gebeurt er als wordt vastgesteld dat een zorgverzekeraar in bepaalde regio's te weinig zorg heeft ingekocht, terwijl de zorg wel beschikbaar is? Het is hoog tijd om op korte termijn te besluiten dat plafondafspraken uitsluitend op specialismeniveau mogen worden gemaakt en substitutie niet is toegestaan. Het zal leiden tot inzicht in de oorzaak van de wachtlijsten en de kosten hoeven niet te stijgen. Sterker nog, ze zullen dalen. ■

contact

ger@aduardbv.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.