

# KOSTEN & BATEN

## Robert Kreis

chirurg niet-praktiserend, emeritus  
hoogleraar brandwondenzorg VUmc,  
lid raad van commissarissen Rode  
Kruis Ziekenhuis, Beverwijk

MET EEN VRIJ EENVOUDIGE AANPASSING KAN HET ZORGSTELSEL WORDEN VERBETERD

# Voer de kostprijs weer in

Het dbc/DOT-systeem heeft niet gebracht wat ervan wordt verwacht. Er wordt alweer naarstig gezocht naar vervangende systemen. Maar het is verstandiger om het systeem dat er al is te verbeteren. En dat kan eigenlijk eenvoudig: door reële kostprijzen in te voeren.

**N**et als in het onderwijs zijn ook in de zorg de meeste stelselwijzigingen ideologisch bepaald. Het ziekenfondssysteem, dat we tot 2006 kenden, functioneerde op zich goed en had met kleine aanpassingen en verbeteringen gemoderniseerd kunnen worden. Het viel echter ten offer aan de ideologische strijd tussen het NHS-model (zie *kader*) en een marktgericht model. Die laatste optie heeft gewonnen en daar hebben we het dbc/DOT-stelsel aan overgehouden. Het gevolg was dat de zorgkosten explosief stegen. Deze kostenstijging was niet zozeer gebaseerd op vergrijzing en patiëntgebonden zorg, maar overwegend op de intrinsieke bureaucratie van het stelsel. De oorspronkelijke bedoeling om de *fee for service* (boter bij de vis) te vervangen door een *all in price* voor diagnose en behandeling, en daardoor de zorgkosten beter beheersbaar te maken, is niet gerealiseerd. Integendeel, er wordt nu niet onderhandeld over prijzen met verzekeraars, maar er worden afspraken gemaakt over een generiek budget op basis van voorgaande jaren. Daarna worden – nogal willekeurig – de dbc-prijzen in de zorginstelling ‘rondgerekend’ binnen het afgesproken budget, zonder dat ze een getrouwe afspiegeling zijn van de zorgkosten. Vandaar de soms onwettelijke verschillen in dbc-kosten tussen instellingen.

## Faillissementen

Hoewel de opwaartse spiraal van zorgkosten met macrobudgetten neerwaarts kon worden afgebogen, dreigt daarmee een oneven-

redige verdeling van zorggeld te ontstaan. Immers, de (jaarlijkse) landelijke procentuele kortingen op zorgbudgetten, raken de zuinige instellingen harder dan de *big spenders*. Dit dreigt ten koste te gaan van de infrastructuur van kleinere zorginstellingen met faillissementen tot gevolg (onder infrastructuur versta ik: gebouwgebonden kosten, kosten voor ICT, schoonmaak, et cetera.) De burger merkt hiervan vooral dat regionale zorgvoorzieningen worden gesloten omdat er geen toereikend budget is. Hoe nu verder? In plaats van het huidige stelsel te verbeteren, wordt er gezocht naar een nieuwe systematiek: *value based health care*. Dit zeer complexe systeem rekent de zorginstelling niet af op verricht werk, maar op de ‘waarde’ voor de behandelde patiënt.

Adviesbureaus maken zich al op voor een nieuwe ronde van lucratief instrueren en begeleiden

Dat maakt de financiële gevolgen volledig onvoorspelbaar. Adviesbureaus maken zich al op voor een nieuwe ronde van lucratief instrueren en begeleiden.

Verbeteringen aanbrengen kan efficiënter zijn dan een nieuwe systematiek ontwikkelen. Daarom is hier een voorstel om het huidige dbc/DOT-systeem zo aan te passen dat er een continue tendens is om de kosten van de zorg te beperken.

Essentieel onderdeel van deze verbetering is dat zorginstellingen kostprijzen invoeren. Dit is nodig om de dbc/DOT/DRG-tarieven voortdurend te kunnen herijken. Doordat Nederlandse zorginstellingen niet meer met kostprijzen rekenden, was er geen controle meer over de inhoudelijke waarde van de dbc/DOT-tarieven. Dit confronteert patiënten met restitutiepolissen met onmogelijke bedragen die niet zijn uit te leggen en die het systeem van eigen risico oneerlijk maken. Immers, als je een goedkope koelkast wilt aanschaffen, wil je niet de gemiddelde prijs van een koelkast betalen.

### Consultprijs

Het opstellen van instellingsgebonden kostprijzen voor gestandaardiseerde verrichtingen zoals consulten, onderzoeken of operaties is niet moeilijk. Er wordt niet langer een opgelegd landelijk stelsel gebruikt dat de prijzen vastlegt, zoals bij de oude CTG-tarieven, maar de zorginstellingen berekenen de tarieven zelf op basis van een landelijk model.

Een voorbeeld: polibezoek. Ieder ziekenhuis weet precies hoeveel uren poli worden gehouden, hoeveel personeel daarbij hoort, hoeveel specialisten daarbij zijn betrokken, hoeveel materiaal daarbij wordt gebruikt. De jaarlijkse gebouwgebonden kosten (dus: alle kosten voor het in stand houden van het gebouw, zoals onderhoud, verwarming, elektriciteit en renovatie) kunnen worden teruggerekend per uur, zelfs per halfuur. Zo kan een 'consultprijs' per tijdseenheid worden berekend.

Hetzelfde kunnen we doen voor de intensive care, laboratorium, operatiekamers en eerste hulp. Een en ander kan zelfs per specia-

### GEBRUIKTE AFKORTINGEN

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>dbc</b>         | Diagnosebehandelcombinatie                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>DOT</b>         | Dbc op weg naar transparantie; is in feite een bundeling van DOT-tarieven.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>DRG</b>         | <i>Diagnose Related Groups</i> ; is de basis van de DOT-systematiek.                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CTG</b>         | College Tarieven Gezondheidszorg; bestaat niet meer.                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>DOT-Grouper</b> | Een bestaand 'kantoor' dat de waarde van het onderhanden, nog niet gedeclareerde werk in beeld brengt. Hiermee wordt duidelijk welke zorgproducten gedeclareerd kunnen worden.                                                                                                         |
| <b>ICD-10</b>      | De tiende editie van de <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> . Het is een internationaal gehanteerde lijst van ziekten, bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie. De registratie met dit systeem is verplicht in Nederland. |
| <b>NHS</b>         | Het door de Engelse overheid aangestuurd National Health System.                                                                                                                                                                                                                       |

# Budgetonderhandelingen met verzekeraars kunnen vervallen

lisme worden uitgewerkt. De patiënt betaalt – als die dat wil – de instel lingsgebonden kostprijzen, die openbaar zijn en kunnen worden vergeleken. Merkwaardig genoeg zijn dit gegevens waarover ieder bedrijf hoort te beschikken, maar Nederlandse zorginstellingen dus niet.

### Reële kostprijzen

De zorginstelling bundelt de kostprijzen van alle verrichtingen per ICD-10-code en levert die aan bij de landelijke DOT-groeper. Deze organisatie kan dan de gemiddelde landelijke DOT-prijs berekenen. Zorginstellingen vullen zelf geen DOT's meer in. Budgetonderhandelingen met verzekeraars kunnen vervallen. Daarvoor in de plaats betalen zorgverzekeraars de zorginstellingen op basis van de berekende gemiddelde landelijke DOT-prijzen. (Half)jaarlijks worden de door patiënten betaalde bedragen hiervan afgetrokken. Te dure instellingen verliezen geld, goedkopere worden beloond. Via een jaarlijkse procentuele vereffening kunnen de uitersten in DOT-tarieven tot elkaar worden gebracht. Het belangrijkste is echter dat het centrale DOT-groeperkantoor inzicht krijgt in hoeverre de DOT-tarieven overeenstemmen met reële kostprijzen. Hierdoor kunnen de DOT-tarieven – zoals oorspronkelijk ook de bedoeling was – worden aangepast. Er ontstaat nu een dynamisch model gebaseerd op een competitieve prijsstelling.

### Drie voordelen

Voor de basisverzekering 'ligt over de verzekeraars heen' een centraal beheerd vereveningsfonds dat al te rigoureuze tekorten en overschotten van opgebrachte zorgpremies reguleert. Een dergelijk vereveningsfonds bestaat al om landelijke verschillen in patiëntpopulaties te compenseren. Zorgpremies worden jaarlijks, landelijk en uniform vastgesteld door de overheid op basis van de (geïndexeerde) zorgkosten van voorgaande jaren. Verzekeraars kunnen zich onderling alleen profileren op basis van de aanvullende verzekeringen en een goede service. Dit systeem heeft drie belangrijke voordelen.

1. Er ontstaat een meer dynamisch model met een neerwaartse spiraal van zorgkosten, immers financieel-economisch werken wordt beloond door het kunnen overhouden van geld.
2. De gewenste transparantie in de besteding van zorggelden kan worden gerealiseerd.

## PRAKTIJKPERIKEL

### KINDERSLUITING

**H**ulp bij zelfdoding op maandagavond. Hij is eraan toe. Zijn vrouw helpt hem overeind op de bank waar hij al een paar weken ligt. Ik vraag hem nog eenmaal of hij het echt heel zeker weet.

Dan pak ik het flesje met het drankje. Ik probeer het te openen. Ik zie dat er een kindersluiting op zit; dus drukken en draaien, maar nee: geen beweging. Ik wil eigenlijk niet opgeven, want ik wil natuurlijk alles zo soepel mogelijk laten verlopen in deze situatie, maar het lukt echt niet. Dan de echtgenote maar even laten proberen; het lukt haar ook niet. Een tang, denk ik; maar kan dat nu wel? Zo oneerbiedig. Ik kan toch moeilijk bij de burens aanbellen om te vragen of ze dit flesje mixtura non-therapeutica even kunnen helpen openen. 'Niet knoeien graag.' Toch de echtgenote maar gevraagd om een tang. Ze verdwijnt naar het schuurtje buiten. Het duurt lang, dus ik ga erachteraan. In het donker, met een zaklamp. 'Ja, dit was mijn mans afdeling.' Gelukkig kan ze erom gniffelen. Goed, uiteindelijk is er een tang. Flesje geopend, drankje gedronken en hij is vredig ingeslapen.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

3. De financiële buffers bij de zorgverzekeraars kunnen worden afgebouwd voor wat betreft de basisverzekering. Immers, de verzekeraars betalen de zorginstellingen vanuit het centrale vereveningsfonds dat door de landelijke instelling wordt beheerd en tevens een financiële bufferfunctie heeft. Overigens staat bovenstaande los van de eerder aangegeven besparingen die haalbaar zijn door vermindering van de bureaucratie en het zorgtoelagesysteem. ■

### contact

[rwkreis@zonnet.nl](mailto:rwkreis@zonnet.nl);

cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

### web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).