

Prestatiebekostiging en medisch specialistische zorg

Goedemorgen dames en heren medisch specialisten.

U bent nogal veel in het nieuws de laatste tijd. We hebben de terugkerende inkomensdiscussie. Laatst zagen we een arts op televisie die er fijntjes op wijst dat hij er niet over piekert een te veel aan honoraria-inkomsten als gevolg van systeemfouten terug te betalen. We lezen in de kranten de verhalen over niet-functionerende artsen die jarenlang hun gang hebben kunnen gaan. En laatst kwam het onderzoek van Marc Pomp naar buiten over overbehandeling in Nederlandse ziekenhuizen. Met name bij het knippen van amandelen is dit blijkbaar het geval, maar ook bij staaroperaties, knie- en liesbreuken is dit geconstateerd.

SHEET 1 - Marc Pomp – Volumeontwikkeling B-segment 2005-2007

Uit het onderzoek van Marc Pomp naar aanbodgeïnduceerde vraag komt naar voren dat er duidelijke aanwijzingen zijn voor overbehandeling bij het knippen van amandelen, liesbreuk, spataderen en staar om er maar een aantal te noemen. Wij knippen al veel amandelen vergeleken met de landen om ons heen, maar dit is nog verder gestegen sinds de overheveling naar het b-segment.

Wie niet beter zou weten, zou denken dat het niet zo goed gesteld is met de zorg in Nederland. De focus mag niet liggen op het binnenhalen van zoveel mogelijk productie, maar moet liggen op het bieden van kwaliteit! Overbehandeling hoort daar niet bij, dat bent u hopelijk met me eens!

U maakt met zijn allen deel uit van een van de meest dynamische sectoren in de economie. Er verandert veel op uw vakgebied; binnen de medisch specialistische zorg is steeds meer mogelijk. De RVZ schreef onlangs dat de zorgvraag aan het verschuiven is van medisch incidenteel naar maatschappelijk chronisch. U zult moeten nadenken over uw rol daarbij. Met de komst van ketenzorg en functionele bekostiging zult u moeten nadenken over uw eigen rol. Wat doet de 2^e lijn en wat laten u aan de 1^{ste} lijn over? Hoe gaat u samenwerken in het belang van patiënt?

De omgeving waarin u opereert, soms letterlijk, is aan het veranderen. Het ziekenhuis, politiek, toezichthouders en patiënten stellen steeds hogere eisen aan uw werk. U moet zich afvragen hoe U er als beroepsgroep voor kunt zorgen dat terwijl dit allemaal gebeurt, burgers en patiënten vertrouwen houden in u als specialist en in de zorg in het algemeen. En ik raad u aan dit niet alleen te doen maar hierover te praten met uw raden van bestuur!

Vandaag neem ik u in vogelvlucht mee langs de belangrijkste veranderingen. Ik zal de komst van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg omdat dit een grote omzwaai zal zijn. Wij, de NZa, hebben het veld hier onlangs over geconsulteerd. Misschien heeft u ons conceptadvies gelezen. Mogelijk dat door de opmerkingen uit het veld een aantal accenten zal verschuiven. Uiteindelijk geven wij op 1 november een advies aan de minister.

U vraagt zich nu wellicht af: Ja, en? Wat heeft dat nu met mij te maken? Nou, blijft u dan vooral aangehaakt, want dat ga ik u nu vertellen.

Prestatiebekostiging dus. Wat gaan we doen en wat komt er daarbij allemaal op u af?

Het budgetteringsysteem in ziekenhuizen heeft de afgelopen jaren prima gewerkt. De macrokosten werden beheerst en meerproductie kon worden beloond. Dus waarom veranderen zou je zeggen? Omdat het tijd is dat er iets te kiezen valt voor de patiënt en deze met zijn vraag om zorg kan sturen. Doordat hij of zij kan kiezen voor kwaliteit tegen een redelijke prijs. Zodat ziekenhuizen direct worden afgerekend op de zorg die ze leveren. Zodat de zorg goed EN betaalbaar blijft.

Ziekenhuizen zullen dus betaald worden voor het werk dat ze daadwerkelijk leveren. En dat zal voor u moeten gaan gelden. Ook u zult straks betaald gaan worden voor wat u doet. U heeft nu al te maken met prestatiebekostiging doordat u een genormeerd uurtarief ontvangt. Uw honorarium wordt al niet meer gebudgetteerd.

Maar u weet ook dat de stijgende kosten die hierdoor zijn ontstaan weer voer is voor nieuwe discussies over uw salaris. Want de macrokaders zijn ruimschoots overschreden. U bent door de minister behoorlijk gekort. Sommigen van u schijnen zelfs terug te verlangen naar de lumpsum periode.

Hieruit blijkt maar weer dat grote systeemveranderingen gebaat zijn bij een rustige overgang. Liever wat later profiteren van de voordelen die je denkt te behalen, dan halverwege constateren dat de ontwikkelingen uit de pas zijn gaan lopen.

De NZa is voorstander van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Daarmee bedoelen we dat we vinden dat de medisch specialisten en de raad van bestuur van een ziekenhuis samen de koers voor de toekomst zouden moeten uitzetten. Beleidsmatig gezien zouden we het liefst prestatiebekostiging in ziekenhuizen gelijk schakelen met de invoering van prestatiebekostiging van medisch specialisten. Zodat u de neuzen dezelfde kant op heeft en samen kunt bepalen wat u als beloning voor uw toegevoegde waarde krijgt. Of dit praktisch gezien haalbaar en wenselijk is, is een ander verhaal.

De NZa vindt hoe dan ook dat de invoering van prestatiebekostiging bij de ziekenhuizen beheerst moet gebeuren. We kiezen voor een robuust transitie-model.

Ik schets u de hoofdlijnen van prestatiebekostiging.

Op dit moment hebben we een FB met vaste tarieven en een vrij volume. Eind van het jaar vindt een opbrengstverrekening plaats. Hierbij wordt ervoor gezorgd dat het totaal aan gedeclareerde DBC's niet boven het budget uitkomt. Daarnaast is er een B-segment met vrije prijzen en een vrij volume.

Prestatiebekostiging betekent dat ziekenhuizen geld krijgen voor de prestaties die ze leveren. Die prestaties worden afgemeten aan de hand van de geleverde DOT-zorgproducten. DOT wordt ingevoerd om de onderhandelingsstapel die nodig is om prestatiebekostiging in te voeren te verbeteren. Met DOT neemt het aantal zorgproducten af en daarnaast zijn de DBC's objectiever en eenduidiger. Dit maakt het onderhandelen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars overzichtelijker.

SHEET 2 – Eindmodel prestatiebekostiging

Prestatiebekostiging betekent dat er een vrij segment komt met vrije prijzen en een vrij volume. Zeg maar wat nu het B-segment is. Daarnaast komt er een gereguleerd segment waar maximum prijzen en een vrij volume gelden. In dit gereguleerde segment zitten zorgproducten waarvoor geen vrije prijsvorming mogelijk is, denk aan de WBMV, IC en Dure en Wees Geneesmiddelen. Daarnaast zitten er bij aanvang ook zorgproducten in waarvan de marktcondities nog niet zodanig zijn dat ze nu al aan vrije prijsvorming kunnen worden overgelaten, maar die op termijn wel naar het vrije segment kunnen gaan. Een voorbeeld daarvan is COPD, migraine en hoofdpijnaandoeningen.

Voor sommige prestaties zal een aanvullende bekostiging nodig zijn in de vorm van een vaste vergoeding bovenop de zorgprestatie, om de kosten volledig te dekken. Dan heb ik het bijvoorbeeld over de beschikbaarheid van de spoedeisende hulp, de traumazorg en de brandwondenzorg.

En sommige zorg leent zich gewoon niet voor een variabele beloning van de kosten. Traumahelikopters, donoruitnameteams bijvoorbeeld en de academische component. Hier zal een volledig vaste vergoeding voor moeten komen. Naast het vrije en gereguleerde segment komt er dus nog een segment met vaste vergoedingen.

En er blijft een gereguleerd segment. De NZa stelt voor dat de maximum prijzen die daar gelden, een gedifferentieerde vergoeding voor de kapitaallasten bevatten EN een normbedrag voor de inzet van medisch specialisten. Zo kan het ziekenhuis de verschillende productiemiddelen zo efficiënt mogelijk inzetten.

Maar let op: het tarief bevat dus geen separate honorariumcomponent en kostencomponent meer, maar een integraal tarief voor de medisch specialist. In dit tarief zitten een aantal kosten verwerkt waaronder een vergoeding voor uw inzet.

Met andere woorden: u ontvangt dus geen standaardbedrag per uur meer en zult zelf moeten onderhandelen over wat een redelijke vergoeding is voor de door u geleverde prestaties en over de mate waarin die vergoeding afhankelijk is van de resultaten van het ziekenhuis

En dat is nieuw. Overigens moet ik wel bij zeggen dat dit het gewenste eindplaatje is. Vanwege ongelijke machtsverhoudingen in het ziekenhuis op dit moment, is 2011 nog te vroeg om hiermee van start te gaan. Maar het zit er wel aan te komen.

Maar wat levert dit alles u nu op?

Om te beginnen met DOT. Hoe je het ook wendt of keert, de introductie van DOT zal zorgen voor een toename van de transparantie. Iets waar ik heel bij van word als voorzitter van de NZa, maar waar U wellicht even aan moeten wennen. Vanwege de afleiding via de grouper zullen de regelmogelijkheden binnen het declareringssysteem afnemen. En door het specialisme-overstijgende karakter van DOT zal er deels een benchmarking van normtijden over de verschillende specialismen heen plaatsvinden. Toch valt er ook nog wel enig goed nieuws voor u te melden: u zult worden verlost van de beslomeringen rond het validatieproces.

Met prestatiebekostiging zal de Raad van Bestuur meer dan nu het geval is aan het stuur komen te zitten over waar het ziekenhuis op lange termijn naar toe moet. Het ziekenhuis zal een duidelijke strategie moeten hebben –gedeeld met en door de specialisten- over de wijze waarop het ziekenhuis inspeelt op de toenemende inkoopsturing en hoe het zich op lange termijn wil positioneren. Op korte en middellange termijn betekent het dat het ziekenhuis naast de prijs veel meer zal moeten sturen op kwaliteit en volume. Indachtig de Governance-brief van Klink zullen medisch specialisten aan de Raad van Bestuur verantwoording moeten afleggen over de geboden kwaliteit en het gerealiseerde volume. Denk daarbij ook aan hoe binnen het ziekenhuis overbehandeling wordt voorkomen. Want al te gewiekste marketingtechnieken kunnen een verkeerde dynamiek teweeg brengen. U kunt patiënten naar u toe halen die eigenlijk geen behandeling behoeven. Het aanbod MAG niet de vraag creëren. In de zorg is dat funest. Niet alleen worden patiënten onnodig aan ingrepen onderworpen. Het leidt ook tot een stijging van de kosten in de zorg, iets wat we nu juist moeten zien te voorkomen.

Raden van bestuur zullen de goede en slechte specialisten letterlijk en figuurlijk afrekenen op hun presteren. Het betekent dat u gedeelde belangen zult moeten bepalen zodat u als ziekenhuis kunt groeien. Als u samen niet weet waar u heen wilt en geen plan heeft hoe u daar moet komen, dan zult u beiden niet goed kunnen profiteren van de voordelen die prestatiebekostiging biedt. Dus praat hier over, maak dit duidelijk. En denkt u hierbij vooral aan het belang van de patiënt!

Prestatiebekostiging zal ervoor zorgen dat Raden van bestuur focus gaan aanbrengen en die zorg gaan aanbieden waarin ze als ziekenhuis excelleert. Wij verwachten dan ook dat prestatiebekostiging gaat leiden tot meer specialisatie en niet direct tot schaalvergroting. En dat is mooi, want we hebben in Nederland te grote ziekenhuizen vergeleken met de landen om ons heen.

SHEET 3 - Volume ziekenhuizen

Kijkt u maar mee. We staan, van de 13 Europese landen, bovenaan als het gaat om het gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis. We liggen ver boven wat wordt beschouwd als de optimale schaapgrootte. Om het simpel te zeggen: met een nog grotere schaal, met meer bedden per ziekenhuis, valt geen voordeel te behalen.

Ziekenhuizen die dit allemaal doorhebben en het beste hierop in spelen zullen volume niet naar zich toe trekken om het volume, maar doordat ze hele goede kwaliteit leveren tegen een redelijke prijs. En dus zal zorg daar worden geleverd waar het het meest efficiënt gebeurt. Uiteindelijk komt het erop neer dat het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf zal moeten gaan functioneren. De ziekenhuisdirectie speelt hierbij een belangrijke rol, maar u als medisch specialisten evenzeer. Aangezien ziekenhuisdirecteuren meestal niet lang genoeg aan het roer staan om veranderingen met een lange looptijd te realiseren, lijkt het me voor u verstandig en ook uw verantwoordelijkheid om het ziekenhuis in een goede uitgangspositie te manoeuvreren.

U kunt daarbij wachten tot u hiertoe wordt uitgenodigd of zelf uw verantwoordelijkheid nemen, een visie ontwikkelen op al deze veranderingen en inhaken. Het afleggen van verantwoording hoort er helaas voor u ook bij. Meer ruimte voor eigen invulling, meer eigen verantwoordelijkheid, meer vrijheid, betekent nog niet dat u kunt doen en laten wat u wilt. U zult verantwoording moeten afleggen over wat u met publiek geld heeft gedaan.

Dat gezegd hebbende constateer ik er nog niet genoeg checks and balances in het systeem zitten om de integrale tarieven al in te voeren. Daarvoor hangen de bestaande machtsverhoudingen nog onvoldoende in het lood en heeft de raad van bestuur nog te weinig mogelijkheden om het gedrag dat zij van u verlangt af te dwingen. Daarom adviseren wij om de deelregulering van de honoraria voor nu nog in stand te houden. Zodat u met het ziekenhuisbestuur tijd heeft om te wennen aan alle veranderingen en uw nieuwe rollen.

De invoering van prestatiebekostiging en DOT kan niet van de ene op de andere dag. Al was het maar omdat de financiële effecten voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en 's Rijks Financiën niet goed voorspelbaar zijn. Het kan niet zo zijn dat uitsluitend als gevolg van systeemwijziging zelf, ziekenhuizen of verzekeraars in de financiële problemen komen of de macrokosten opeens een paar honderd miljoen hoger liggen. En dat dat laatste niet ondenkbaar is, blijkt wel uit de uit de verrekening van de financieringsverschillen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. In 2008 hebben ziekenhuizen netto ongeveer een miljard te veel opbrengsten gerealiseerd ten opzichte van hun budgetten. Ja, u hoort het goed, een miljard. Publiek geld wel te verstaan. Dus u begrijpt dat een verdere verbetering van de kostprijzen noodzakelijk, en snel!

SHEET 4 – transitie­model naar prestatie­bekostiging

Om dit te voorkomen, stellen wij aan de minister een ingroeimodel voor, het zogeheten Z-model, u ziet het hier. De omzet van een ziekenhuis wordt daarbij bepaald door deels de historische omzet en deels de omzet uit prestatie­bekostiging. In het begin zal die verhouding liggen op 90% of meer historische omzet en tussen 0-10% omzet uit prestatie­bekostiging. Naarmate de kostprijzen verbeteren en DOT doorontwikkelt, gaat het percentage dat op basis van prestatie­bekostiging wordt afgerekend omhoog. De 5 jaar in deze grafiek is overigens willekeurig, de overgang­periode moet wat ons betreft zo kort mogelijk, waarbij we rekening houden met de risico's die deze transitie geeft.

Wat komt er verder nog aan ontwikkelingen op u af?

De rode draad is toch wel dat raden van bestuur steeds beter moeten gaan sturen. Ook de versterking van de governance­structuur draagt daaraan bij. Hierin is formeel vastgelegd dat de raad van bestuur verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de geboden zorg, waaronder de door u als medisch specialisten geleverde zorg. U begrijpt dat als u diegene bent, u de touwtjes graag zelf in handen heeft. Kwaliteitsbewaking voor en door de beroepsgroep zelf is daarin ongetwijfeld een belangrijke schakel, maar dat zal niet volstaan.

Het blijkt overigens ook dat door deze bewegingen de kwaliteit van zorg in Nederland inzichtelijker is geworden. Uit de European Health Consumer Index 2009 komt naar voren dat Nederland goed scoort op het gebied van patiëntenrecht en patiënteninformatie vergeleken met de landen om ons heen. Zichtbare Zorg Ziekenhuizen is daar een voorbeeld van. De NZa houdt in 2010 een transparantieactie, waarbij we de kwaliteitsindicatoren die af zijn vertalen naar keuze­informatie voor de patiënt. Maar er moet ook nog veel gebeuren. En ik vraag u daaraan, samen met uw ziekenhuisbestuur, een actieve bijdrage te leveren.

Er lopen nog een aantal onderzoeken naar het functioneren van vraag naar en aanbod van medisch specialisten. Later dit jaar komen wij met een advies aan de minister. De Raad voor de Volksgezondheid buigt zich hier ook nog over. Dwars hierdoor heen loopt de discussie over medisch specialisten in loondienst. Hoewel dit, gelet op mijn voorgaande betoog, natuurlijk als het ei van Columbus klinkt om fricties tussen u en de raad van bestuur over de aansturing en richting van het ziekenhuis op te lossen, zal uit nader onderzoek echt moeten blijken of dit nu het panacee voor de toekomst is.

Die toekomst is wat ongewisser geworden dan een aantal maanden geleden. Er moet, ook in de zorg, uiteindelijk 20% worden bezuinigd. Tja, dat is, laat ik het zo maar zeggen, een ambitieuze opdracht als je kijkt naar de steeds groter worden behoefte aan zorg. En kaasschaven is geen optie, echte keuzes zijn nodig.

4. Tenslotte

Ook u zult ECHT moeten kiezen. Blijft u een eilandje binnen de ziekenhuisorganisatie zonder verantwoordelijkheid over de koers van het ziekenhuis in zijn geheel..... Of kiest u voor het geïntegreerde medisch specialistisch bedrijf en gaat u meedenken en werken aan de gezondheidzorg van de toekomst? Aan u de keus.