

## **Introductie grotere marktwerking in zorgsector gaat geld kosten.**

Het Nederlandse overheidsbeleid voor de financiering van instellingen in de gezondheidszorg staat op de helling. Vanaf 2003 vervallen de huidige voor elke verrichting centraal vastgestelde tarieven. De zorginstellingen worden gefinancierd op basis van werkelijk gemaakte kosten. De instellingsgerichte financiering wordt verder vervangen door prestatiegerichte financiering. Zorgverzekeraars en zorginstellingen zullen de inhoud van de zorg op basis van contracten bepalen. De afstemming tussen verzekeraars en instellingen in een regio gaat plaatsvinden op basis van onderhandelingen over volume en prijs van zogenoemde "diagnose behandel combinaties" (afgekort DBC's). Diagnose-behandelcombinaties zijn beschrijvingen van zorgproducten met bijbehorende kosten van zowel het ziekenhuis als de medisch specialist. De financiering door verzekeraars van ingekochte zorg vindt dan dus vooral plaats op basis van producttypering.

Bij het op DBC's gebaseerde bekostigingssysteem wordt vooralsnog nog wel onderscheid gemaakt tussen vaste, semi-vaste en varabele delen. De vaste kosten zijn op lange termijn vrijwel constant, de semi-vaste kosten betreffen uitgaafcategorieën die op korte termijn slechts in beperkte mate kunnen worden aangepast. De DBC-systematiek wordt vanaf 2003 geleidelijk ingevoerd, te beginnen met het opnemen in de productprijzen van al datgene waar de zorgverzekeraars invloed op kunnen uitoefenen. In de nieuwe situatie blijft wel een apart budget bestaan voor het vaste deel van de ziekenhuisbudgetten: kapitaallasten (van vooral gebouwen en installaties), topreferentiezorg en opleidingen. Niet alles kan immers onder de DBC's worden gebracht. Het semi-vaste deel van de kosten zou moeten worden bepaald door het marktaandeel (patiëntenstroom). Afhankelijk van de kostenbeheersing door verzekeraars en het waarmaken van hun verantwoordelijkheid wordt het semi-vaste deel toegevoegd aan de variabele kosten.

Bij een diagnosebehandeling combinatie gaat het om een ordening van medisch specialistische ziekenhuiszorg in producten waarbij de zorgvraag van een patiënt centraal staat. Er wordt door de medisch specialisten een (gemiddeld) behandelingsprofiel inclusief de daarmee samenhangende behandelingen in het ziekenhuis samengesteld. Begin, einde en typering worden vastgelegd. Het behandelingsprofiel in combinatie met de werklasten en (nieuwe vast te stellen uniforme genormeerde) uurhonoraria van medisch specialisten moet vervolgens inzicht geven in de kwaliteit en de kosten van de DBC.

Aan de DBC's worden dus kostprijzen /parameterwaarden toegekend inclusief de kosten voor medisch specialistische hulp. Honorariumopbrengsten en ziekenhuiskosten vloeien hier vervolgens uit voort.

Medisch specialisten krijgen een beter inzicht in de werklast. De capaciteiten van instelling en specialisten kunnen beter op elkaar worden afgestemd en optimaler benut. Het resulterende DBC tarief zal beter dan bij de tarifiering conform het huidige bekostigingssysteem aansluiten bij de werkelijke kosten van de geleverde prestaties. Instellingen kunnen bij toepassing van het DBC systeem ook beter met elkaar worden vergeleken. Lagere kosten kunnen hiervan het gevolg zijn, maar zijn geenszins zeker.

Voor de verzekeraars geldt dat DBC's transparant maken wat zorginstellingen te bieden hebben en tegen welke prijs. Zij krijgen meer inzicht in de zorgvraag en de kwaliteit en kosten van de medisch-specialistische zorgverlening. De verzekeraars kunnen via de DBC-registratie concrete afspraken met een ziekenhuis realiseren over kwaliteit, volume en prijs van zorgproducten. Dit past ook in het overheidsbeleid gericht op een meer decentrale sturing van de zorgvraag.

Ziektekostenverzekeraars worden in de toekomst risicodragend gebudgetteerd: er worden op zelfstandige wijze vaste (met name locatiegebonden kosten) en variabele

(productie) kosten ziekenhuiszorg vast gesteld. De vaste en variabele componenten van het instellingsbudget worden op instellingsniveau doorvertaald naar de tarieven.

De verzekeraars mogen ongelimiteerd afspraken maken met ziekenhuizen. Zij moeten de vraag van de consumenten (die in de toekomst mogelijk een persoonsgebonden budget zullen gaan ontvangen) en het aanbod van voorzieningen in goede banen zien te leiden. De contracteerplicht komt in 2003 te vervallen.

De zorgverzekeraars die de inkoopcontracten sluiten zijn dus voor 100 % risicodragend. Ook bij de ziekenhuizen en andere zorgaanbieders nemen de risico's toe.

### **Kantekeningen bij de nieuwe bekostiging.**

De nieuwe bekostigingssystematiek heeft dus grote voordelen. Helaas zijn er ook belangrijke nadelen.

- De in gang zijnde produkttypering is tijdgebonden met weinig ruimte voor de toepassing van nieuwe ICT technieken, zoals bijvoorbeeld telemedicin. Het is daarbij gebaseerd op een gemiddelde voor de betrokken ziekenhuizen. Individuele instellingen kunnen tekort komen of zelfs ook verdienen (als men meer of minder dan het gemiddelde presteert).
- Het geeft geen oplossing voor de macro budgettaire problematiek (met name kosten van extra volume en betere kwaliteit van de zorgvraag): de politieke wens tot beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg ( lees eventuele bezuinigingen) zal grenzen leggen op aan het DBCbudgetten. Dit probleem wordt niet opgelost als de dubbele budgettering in de toekomst wordt vervangen door verzekeraarsbudgettering. De verzekeraars zullen hun problematiek (terecht) naar de vergoedingssystematiek willen vertalen.
- De verzekeraars zullen als risicodragende ondernemingen hun solvabiliteit op peil willen krijgen om tegenvallers op te vangen en hun continuïteit te waarborgen. Reservevorming is dan ook noodzakelijk. Hoewel doelmatig beheer en effectief inkoopbeleid daarvoor de sleutelbegrippen zijn, leidt dat ook tot een opwaartse druk op verzekeringspremies en tot mogelijk minder oog voor door zorginstellingen te leveren kwaliteit. Het eerste betekent dat het maar de vraag is of de huidige plafonnering van de nominale premies door de overheid zal kunnen blijven bestaan.
- De zorgaanbieders lopen grotere risico's niet alleen door het vervallen van de contracteerplicht maar ook door het eventueel niet geheel vergoed krijgen van de gemaakte kosten. Geldgevers kunnen vanwege de grotere risico's terughoudender worden met kredietverlening, hogere rentevergoedingen verlangen en extra zekerheden. Er is dan een belangrijke taak voor het waarborgfonds voor de zorgsector (WfZ) weggelegd. Maar ook de overheid krijgt met de gevolgen van de tucht van de markt te maken: zwakkere zorginstellingen zullen eerder moeten worden gesaneerd met nadelige gevolgen voor het overheidsbudget.
- Onduidelijks is hoe de kapitaallasten in de DBC systematiek worden verwerkt. Door hogere investeringen kunnen in de praktijk efficiencywinsten worden geboekt via een betere capaciteitsbenutting en besparingen op lopende uitgaven en dergelijke. Ook de feitelijke kostenontwikkeling respectievelijk de kwaliteit van de aangeboden zorg (en daarmee eventueel ook de omvang van de toekomstige zorgvraag) worden in een ziekenhuis mede bepaald door nieuwe investeringen.

Opvallend is dat deze aspecten tot dusverre weinig aandacht hebben gekregen. Aanvullend maatregelen zullen nodig zijn om te voorkomen dat de zorg in de toekomst per saldo in plaats van goedkoper duurder uitpakt dan thans.