

# **Prikkels tot doelmatigheid**

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, april 1998

# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1	Adviesvraag	11
1.2	Bestuurlijke en maatschappelijke context	11
1.3	Adviesdomein	13
<b>2</b>	<b>Probleemanalyse en context</b>	<b>14</b>
2.1	Inleiding	14
2.2	Wat is doelmatigheid?	14
2.3	Werkt de zorgbranche ondoelmatig?	16
2.4	Overheidsregulering	18
2.5	Externe budgettering	18
2.6	Kabinetsvoornemens met betrekking tot de WTG	21
2.7	Benchmarking	22
2.8	Conclusie	23
<b>3</b>	<b>Oplossingsrichtingen verkend</b>	<b>24</b>
3.1	Inleiding	24
3.2	Centrale overheidssturing	24
3.3	Vrije marktwerking	25
3.4	Maatschappelijk ondernemerschap	33
3.5	De patiënt en doelmatigheid	42
3.6	Producttypering	43
3.7	Conclusie	47
<b>4</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>50</b>
	<b>Bijlagen</b>	
1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgesteld adviesprogramma voor 1997 en het hiervan afgeleide werkprogramma	55
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	57
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	59
4	Lijst van extern geconsulteerde personen	61
5	Lijst van afkortingen en begripsomschrijvingen	63
6	Literatuur	65
7	Overzicht publicaties RVZ	69



## Samenvatting

De druk om doelmatiger te werken, zal in de toekomst nog groter worden doordat de vraag naar zorg, met name door de dubbele vergrijzing, naar verwachting sterker zal stijgen dan de middelen die voor de zorgbranche beschikbaar worden gesteld. In dit advies wordt onder het stimuleren van doelmatigheid verstaan: meer bereiken met de gegeven middelen. Het concentreert zich op de curesector c.q. het tweede compartiment.

Meer bereiken met de gegeven middelen

In de zorgbranche vindt een sterke (overheids)regulering plaats, omdat de gezondheidszorg een collectief goed is dat voor iedereen voldoende beschikbaar, toegankelijk, van voldoende kwaliteit en betaalbaar moet zijn. De grote hoeveelheid wet- en regelgeving werkt echter verstarrend en het huidige budgetteringssysteem bevat zelfs prikkels die ondoelmatig handelen stimuleren. De suggestie om te snoeien in de wet- en regelgeving ligt voor de hand. Dit kan echter niet zonder eerst het besturingsconcept, waarbinnen deze wet- en regelgeving vorm heeft gekregen, kritisch te bezien. Er zal overeenstemming moeten zijn over dit concept, alvorens wet- en regelgeving kan worden aangepast. De RVZ heeft drie besturingsconcepten c.q. oplossingsrichtingen vanuit doelmatig perspectief verkend: een sterkere overheidssturing, het vrije marktmechanisme en het maatschappelijk ondernemerschap. Hij heeft de voor- en nadelen in kaart gebracht en daaruit conclusies voor beleid getrokken.

Huidige budgettering werkt soms averechts

Overeenstemming besturingsconcept noodzakelijk

Sterkere overheidssturing zou de huidige verstarrening nog meer doen toenemen, waardoor doelmatig werken zeker niet wordt gestimuleerd. Deze richting is naar de mening van de Raad dan ook niet de aangewezen weg.

Geen sterkere, maar andere overheidssturing

Het vrije marktmechanisme acht de Raad voor de zorgsector geen wenselijke oplossingrichting. Een vrije markt met slechts minimale overheidsinterventie zal niet leiden tot een doelmatiger zorgverlening. Voorts zal de toegankelijkheid van de zorg niet gewaarborgd zijn. Ook is een vrije markt onverenigbaar met kostenbeheersing in de vorm van budgettering. Slechts in specifieke situaties en binnen strikte regels leidt vrije marktwerking tot het gewenste resultaat van meer doelmatigheid, bijvoorbeeld bij medische hulpmiddelen voor (chronische) patiënten die in staat zijn de kwaliteit van het product te beoordelen.

Vrije markt ongewenst in de zorgbranche

Het introduceren van normbedragen binnen het persoonsgebonden budget stimuleert de doelmatigheid omdat de patiënt wordt be-

Normbedragen binnen PGB

loond voor voordelig inkopen.

Voor het grootste gedeelte van de zorgbranche gaat de voorkeur van de Raad uit naar het maatschappelijk ondernemerschap. Hierbij staan vertrouwen, verantwoordelijkheid en verantwoording centraal. De overheid moet meer vertrouwen hebben in het veld, terwijl het veld dit vertrouwen moet verdienen door verantwoording af te leggen.

De Raad kiest voor maatschappelijk ondernemerschap

Binnen het maatschappelijk ondernemerschap heeft de RVZ drie bekostigingssystemen geanalyseerd: de lump-sum c.q. regionale aanneemsombenadering, het bestuursconcessiesysteem en het competitief budgetsysteem.

De lump-sumbenadering, waarbij met de instellingen een vast bedrag voor een bepaalde periode wordt overeengekomen, is als tijdelijke oplossing een stap in de goede richting. Meerjarenspraken geven rust op financieel gebied en bieden instellingen de mogelijkheid invulling te geven aan het maatschappelijk ondernemerschap. De benadering bevat echter geen echte prikkels voor doelmatig werken. Wel worden belemmeringen om doelmatiger te werken voor een deel opgeheven.

Lump-sum is tijdelijke oplossing

Bij een bestuursconcessiesysteem krijgen bestuur en management het recht om voor een bepaalde tijd een instelling te besturen. Naar de mening van de Raad is dit systeem te sterk gericht op het straffen van ondoelmatigheid en te weinig op het belonen van doelmatigheid. Daarnaast zijn er expliciet geformuleerde doelmatigheidscriteria noodzakelijk ten behoeve van externe, dwingende benchmarking. Het multipurpose en reflexief karakter van organisaties maakt het zeer moeilijk hiervoor valide criteria te vinden.

Bestuursconcessiesysteem is ongeschikt

De voorkeur van de Raad gaat uit naar een systeem waarin het doelmatigheidsstreven is ingebouwd en recht doet aan de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders voor een doelmatige zorg. Een dergelijk systeem kan uiteraard alleen betrekking hebben op dat gedeelte van de kosten waar de aanbieder daadwerkelijk invloed op kan uitoefenen. Dit geldt dus niet voor infrastructurale kosten. Het systeem moet niet alleen ondoelmatigheid straffen, maar ook doelmatigheid belonen. De vrije concurrerende markt kent door het competitiemechanisme een ingebouwd doelmatigheidsstreven. De kostenbeheersing is echter een probleem, terwijl bij een budgetsysteem het omgekeerde het geval is.

Niet alleen ondoelmatigheid straffen, maar ook doelmatigheid belonen

Prikkels tot doelmatigheid

Het ligt voor de hand om te zoeken naar een oplossing die het goede van beide systemen in zich heeft. Een mogelijkheid is het competitief budgetsysteem. Dit bekostigingssysteem gaat uit van vergoedingsprijzen voor zorgproducten die voor alle instellingen gelijk zijn. Randvoorwaarde van dit systeem is dat duidelijke zorgproducten gedefinieerd zijn. De hoogte van de vergoedingsprijs van een bepaald zorgproduct in een bepaalde budgetperiode is gelijk aan de gemiddelde kostprijs van alle instellingen in de voorgaande budgetperiode, eventueel vermeerderd met een percentage voor bijvoorbeeld stijgende lonen en prijzen. Als de instelling haar kostprijs lager weet te houden dan de vergoedingsprijs, dan houdt zij geld over. Is de kostprijs hoger dan de vergoedingsprijs, dan zal de instelling er geld op moeten toelagen. De individuele instelling zal streven naar een zo laag mogelijk kostprijs. Immers het voordeel dat dit oplevert, is voor de individuele instelling veel groter dan het nadeel van lagere vergoedingsprijzen in de toekomst. Door het principe van middeling wordt het nadeel immers verdeeld over alle instellingen.

Competitief budgetsysteem belooft doelmatigheid en straft ondoelmatigheid

Lagere prijzen betekenen dat bij een gegeven budget het volume kan toenemen: meer bereiken met de gegeven middelen. Meer patiënten kunnen worden geholpen, dus kortere wachttijden voor de patiënt. Competitie heeft wel het gevaar in zich dat instellingen zich te veel op de kosten gaan richten, zodat de kwaliteit van de zorg er onder lijdt. Een goed toezicht op de kwaliteit van de zorg is dan ook vereist.

Goed toezicht op kwaliteit nodig

Competitie en samenwerking zijn elkaars tegenpolen. In de gezondheidszorg kan door samenwerking, met name op regionaal niveau, doelmatigheids- en kwaliteitswinst worden behaald. Competitie binnen een regio doet hieraan juist afbreuk. Binnen het competitieve budgetsysteem vindt de competitie op landelijk niveau plaats en (regionale) samenwerking die doelmatigheid verhoogt, wordt juist bevorderd. Het competitieve budgetsysteem past goed in een regiomodel met risicodragende en gebudgetteerde zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars kunnen voor het hen toegekende budget de, voor hun verzekerdenpopulatie noodzakelijke, zorgproducten inkopen bij de zorgaanbieders. Het budget van een individuele instelling is gelijk aan het door de verzekeraars ingekochte volume van de verschillende zorgproducten, maal de prijs die via het competitieve budgetsysteem tot stand komt. De zorgverzekeraars bepalen dus de hoogte van het budget van de individuele instelling. De zorgverzekeraar draagt

Regionale samenwerking kan goed samengaan met landelijke competitie

Prikkels tot doelmatigheid

<p>verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en het volume van de zorg. Doordat de prijs een gegeven is, wordt prijsgerelateerde kwaliteitsdifferentiatie voorkomen. Productieoverschrijdingen treffen de zorgverzekeraar, die immers risicodragend is, direct. Er is een sterke prikkel om toe te zien op een gepast gebruik van zorg. Competitie tussen verzekeraars, waardoor verzekerden 'met de voeten kunnen stemmen', moet de verzekeraar prikkelen tot een goede kwaliteitsbewaking en lage verzekeringspremie.</p>	<p>Zorgverzekeraars bepalen het instellingsbudget</p> <p>De prijs is een gegeven</p>
<p>Binnen een competitief budgetsysteem is benchmarking van de bedrijfsprocessen op basis van vrijwilligheid, dus als tool of management, het meest aangewezen middel.</p>	<p>Benchmarking: tool of management</p>
<p>Een competitief budgetsysteem binnen een regiomodel lijkt volgens de Raad een aantrekkelijke oplossing. Het is echter een nieuw concept dat (nog) nergens ter wereld in praktijk wordt gebracht. De consequenties van grootschalige invoering zijn op dit moment dan ook onvoldoende te overzien. Het is dan ook gewenst dat de overheid, naast de huidige experimenten met bijvoorbeeld lump-sums, ook experimenteert met het competitieve budget-systeem.</p>	<p>Praktijktesten nodig</p>
<p>Voor topzorg is een competitief budgetsysteem niet geschikt, aangezien er te weinig deelnemers aan 'de competitie' zijn. Centrale sturing zal hierbij noodzakelijk blijven.</p>	<p>Centrale sturing bij topzorg blijft nodig</p>
<p>De keuze van de te onderscheiden zorgproducten op basis waarvan zorgaanbieders financieel worden beloond voor hun inspanningen is, niet alleen binnen een competitief budgetsysteem, van uitermate groot belang. Producttypering is een moeizaam proces, waar reeds een aantal jaren aan wordt gewerkt. Er is nog een lange weg met vele hobbels en kuilen te gaan. Een goede producttypering, bijvoorbeeld voor transmurale zorg, maakt het mogelijk schotten in de financiering te slechten en doelmatigheidsprikkel op micro-, meso- en macroniveau parallel te laten lopen.</p>	<p>Goede producttypering essentieel</p>
<p>Binnen de curesector stelt de Raad voor de ontwikkeling van een systeem dat uitgaat van een combinatie van producttypering op basis van verwijzingen door de huisarts en van richtlijn-DBC's (diagnose/behandelingscombinaties).</p>	<p>Raad wil combinatie van verwijzingen en richtlijn-DBC's</p>

Prikkels tot doelmatigheid







# 1 Inleiding

## 1.1 Adviesvraag

In het door de minister van VWS vastgestelde advies/werkprogramma 1997-1998 is de volgende beleidsvraag geformuleerd:

*'Op welke wijze kan de wet- en regelgeving worden aangepast ter stimulering van doelmatig gedrag bij zorgaanbieders.'*

Bij de zorgverlening zijn meer partijen betrokken dan alleen de zorgaanbieders, namelijk de zorgverzekeraar en de patiënt. Ook voor hen zijn prikkels voor doelmatig gedrag noodzakelijk. Dit advies concentreert zich op het stimuleren van de doelmatigheid van de zorgaanbieders en de wijze waarop overheid, zorgverzekeraars en patiënten dit kunnen bevorderen.

Advies concentreert zich op zorgaanbieders

## 1.2 Bestuurlijke en maatschappelijke context

De kosten van de gezondheidszorg stijgen elk jaar. De dubbele vergrijzing is de belangrijkste oorzaak (en noodzaak) hiervan. Het percentage ouderen in Nederland neemt toe en deze ouderen worden ook steeds ouder. Dit gaat gepaard met een toename van de vraag naar zorg. Andere oorzaken zijn onder andere de toegenomen mogelijkheden van diagnose en therapie en de stijging van personeelskosten. De laatste zal in de toekomst extra hard stijgen door de voorziene krapte op de arbeidsmarkt. Reeds vele jaren tracht de overheid de kostenstijgingen te beheersen. Een belangrijk middel daarbij is de budgettering.

Vraag naar zorg neemt toe

De beschikbare financiële middelen voor de zorgbranche zijn beperkt en dienen zo doelmatig mogelijk ingezet te worden. De indruk bestaat dat van de sterke overheidsregulering onvoldoende prikkels uitgaan om doelmatig werken bij onder andere zorgaanbieders te stimuleren.

Financiële middelen zijn beperkt

Door het succes van de vrije markt in andere branches als mechanisme voor het doelmatig inzetten van productiemiddelen, is een beleid ingezet om meer marktwerking in de zorgbranche te introduceren. Het kabinet is van mening dat concurrentie een nuttige rol kan spelen bij de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening. Het is overigens het beleid van dit kabinet om marktwerking in alle sectoren te bevorderen. In

dit kader is het project Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit (MDW) opgezet (Tweede Kamer, 1995). Er zijn twee rapporten op het terrein van de zorgbranche uitgebracht: het rapport 'Het ziekenhuis ontketend' van de MDW-werkgroep Ziekenhuiszorg (Werkgroep MDW, 1996) en het rapport van de MDW-werkgroep Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg (Werkgroep MDW, 1997).

Bevordering van marktwerking is algemeen kabinetsbeleid

Ondernemers vormen de motor van de vrije markt. Zij nemen initiatieven, maar lopen ook risico's. Successen worden beloond, falen wordt door de markt afgestraft. Meer marktwerking in de zorgbranche betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich meer als ondernemer (moeten kunnen) gaan gedragen. Zij moeten meer vrijheden krijgen om klantgerichter en doelmatiger te kunnen werken. De zorgmarkt is echter een bijzondere markt en vereist een bijzonder soort ondernemerschap. Hiervoor wordt veelal de term sociaal of maatschappelijk ondernemerschap gebruikt. Het richt zich op het realiseren van publieke doelen met behulp van principes uit het bedrijfsleven en wordt gekenmerkt door onder andere openheid, de bereidheid om rekening en verantwoording af te leggen aan de samenleving en het ontbreken van een winstoogmerk. Een batig exploitatiesaldo blijft binnen het circuit; er zijn geen derden-winstgerechtigden. Een punt van discussie binnen en tussen overheid en veld op dit moment is de nadere concretisering hiervan en het is met name de vraag via welke sturingsinstrumenten het kan worden vormgegeven.

Zorgmarkt is een bijzondere markt

De Raad heeft zich uitgesproken voor een verdere ontwikkeling van het maatschappelijk ondernemerschap. Centraal in het maatschappelijk ondernemerschap staan vertrouwen, verantwoordelijkheid en verantwoording. De overheid moet vertrouwen geven aan het veld om te komen tot een goede zorgverlening, waarbij het veld de bereidheid toont deze verantwoordelijkheid op zich te nemen. De overheid moet hierbij zekere risico's nemen.

Maatschappelijk ondernemerschap heeft de voorkeur van de Raad

### 1.3 Adviesdomein

Dit advies betreft het beleid op de middellange termijn en gaat bijgevolg niet in op korte termijnproblematiek en uitvoeringskwesties. Bij het advies is een aantal bijlagen. In bijlage 1 zijn de relevante gedeelten uit het advies- en werkprogramma van de RVZ

Middellange termijnadvies

Prikkels tot doelmatigheid

voor 1997 opgenomen. De samenstelling van de RVZ is vermeld in bijlage 2. In bijlage 3 zijn de personen vermeld die vanuit de RVZ betrokken zijn geweest bij de adviesvoorbereiding en in bijlage 4 de extern geconsulteerde personen. Bijlage 5 bevat een lijst van gebruikte afkortingen en begripsomschrijvingen en bijlage 6 de geraadpleegde literatuur.

Ter voorbereiding van dit advies is een achtergrondnota door het secretariaat opgesteld. Deze nota wordt tegelijk met dit advies uitgebracht.

## 2 Probleemanalyse en context

### 2.1 Inleiding

"Wat is doelmatigheid?"

"Is doelmatigheid een probleem in de gezondheidszorg?" "Welke problemen zijn er?"

Deze vragen komen in dit hoofdstuk aan de orde.

### 2.2 Wat is doelmatigheid?

Doelmatigheid heeft betrekking op de wijze waarop een bepaald wordt bereikt, terwijl doeltreffendheid de mate is waarin dit doel wordt bereikt. Het doel van de zorgsector is het verlenen van goede zorg aan hen die dit nodig hebben, tegen aanvaardbare kosten. Alle partijen in de zorgsector dragen hiervoor de verantwoordelijkheid. In het beleid van de overheid is dit vertaald in drie pijlers: bewaking van de toegankelijkheid, de kwaliteit en de kosten.

Goede zorg tegen aanvaardbare kosten

Doelmatigheid van zorg kan worden gedefinieerd als de verhouding tussen de kwaliteit van de geleverde zorg en de kosten ervan. Stimuleren van doelmatigheid houdt in het verbeteren van deze verhouding. Dit kan op verschillende manieren: betere zorg bij gelijkblijvende kosten, verlaging van de kosten bij een gelijkblijvende kwaliteit en uiteraard een combinatie van beide: meer zorg tegen lagere kosten. Doelmatigheid neemt toe als kwaliteitswinst wordt bereikt met naar verhouding geringe meerkosten of dat lagere kwaliteit resulteert in veel lagere kosten. Hierbij is het noodzakelijk om kwaliteit te kwantificeren. Dit is met name het terrein van MTA-onderzoek. Dit doelmatigheidsonderzoek is niet eenvoudig, het vergt veel inspanning en expertise en is daardoor kostbaar. De opbrengsten van zorgverlening, gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, evidence based medicine, zijn echter groot en rechtvaardigen deze investeringen. Daar waar kwantitatieve gegevens ontbreken, zal noodgedwongen moeten worden gebruikgemaakt van kwalitatieve gegevens.

Doelmatigheid: verhouding kwaliteit en kosten

De totale hoeveelheid geleverde zorg heeft een kwaliteits- en een volumecomponent. Door doelmatigheidsverhoging kan voor hetzelfde geld meer zorg van dezelfde kwaliteit worden geleverd. Zonder doelmatigheidsverbetering zal, als de kosten niet mogen

Volume versus kwaliteit

Prikkels tot doelmatigheid

stijgen, onvermijdelijk de kwaliteit moeten verminderen om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen c.q. zullen wachtlijsten toenemen.

Er zijn verschillende niveaus van doelmatigheid te onderscheiden: micro-, meso- en macrodoelmatigheid. Doelmatigheid op het ene niveau hoeft niet samen te gaan met doelmatigheid op een ander niveau. Zo kan het bijvoorbeeld op microniveau doelmatig zijn om arbeid te vervangen door apparatuur. Arbeid is duur ten opzichte van apparatuur. Als goedkoper moet worden gewerkt, betekent dit al snel bezuinigen op arbeid. Het resultaat hiervan is in de zorgbranche duidelijk merkbaar: het aantal handen aan het bed, vooral bij de verzorging en de verpleging, is tot een minimum beperkt. Hoewel dit op micro- niveau doelmatig kan zijn, behoeft dit op macroniveau niet het geval te zijn: de resulterende werkloosheid kost maatschappelijk gezien veel geld.

Niveaus van doelmatigheid

Pennywise and poundfoolish

In dit advies wordt niet inhoudelijk ingegaan op de kwaliteit van zorg. Als randvoorwaarde stelt de Raad dat de kwaliteit van de zorg niet mag afnemen. Aangenomen wordt dat de kwaliteit van de zorgverlening, met name de medische-inhoudelijke kwaliteit, goed is als voldaan wordt aan de wettelijke eisen hieromtrent en adequate kwaliteitswaarborgingssystemen worden toegepast. Dit laatste begrip wordt hier breed opgevat: het gaat niet alleen om systemen met bijvoorbeeld medical audits binnen instellingen, maar ook om systemen voor de behandeling van klachten van patiënten, vergelijkende 'warenonderzoeken' etc.

Goede kwaliteit is randvoorwaarde

Dit betekent dat in dit advies de oplossingsrichtingen voor het stimuleren van doelmatig gedrag bij zorgaanbieders worden beperkt tot: het leveren van meer zorg van dezelfde kwaliteit tegen dezelfde kosten of het leveren van dezelfde hoeveelheid en kwaliteit van zorg tegen lagere kosten of beide. Naast de eerder genoemde randvoorwaarde dat de kwaliteit van de zorg niet mag verminderen, moet eveneens de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd zijn.

Toegankelijkheid moet gewaarborgd zijn

Ervan uitgaande dat het macrobudget voor de zorgsector een gegeven is, betekent het stimuleren van doelmatig gedrag uiteindelijk: meer bereiken met de gegeven middelen.

Meer bereiken met de gegeven middelen

### 2.3 Werkt de zorgbranche ondoelmatig?

Prikkels tot doelmatigheid

In het verleden zijn verschillende onderzoeksrapporten gepubliceerd, bijvoorbeeld van Van de Ven (1988), VNO-CNW (1995), de PvdA, Gepaste zorg I en II (Oudkerk, 1995/1996) waarin werd geconcludeerd dat in de gezondheidszorg doelmatiger kan worden gewerkt. Ook onderzoeken waarin onverklaarbare regionale verschillen in de geleverde gezondheidszorg worden gevonden (Mackenbach, 1990) wijzen in die richting. Er zijn evenwel ook studies waaruit blijkt dat, bijvoorbeeld in de verpleeghuissector, nauwelijks nog doelmatigheidswinst te behalen is (Blank en Eggink, 1996).

"Wordt in de zorgbranche ondoelmatiger gewerkt dan in andere sectoren?" "Wat voor maatschappelijk nut levert de zorgbranche de samenleving voor de 60 miljard die er per jaar aan wordt besteed?" "Wordt in de gezondheidsbranche (on)doelmatiger gewerkt dan in bijvoorbeeld de rechtshandhavingsbranche of in het onderwijs?" Het probleem is, hoe kosten en opbrengsten van de verschillende sectoren te vergelijken.

Sectoren moeilijk vergelijkbaar

In een studie uit de Verenigde Staten (Tengs, 1995) zijn maatregelen in de gezondheidszorg vergeleken met maatregelen in de bouw- en transportbranche, ten aanzien van arbeidsomstandigheden en het milieu op basis van kosten per gewonnen levensjaar. De gezondheidszorg bleek verreweg het goedkoopst (\$19.000 per gewonnen levensjaar), terwijl milieumaatregelen het duurst bleken (\$4.200.000).

Indien naar de zorgbranche wordt gekeken als bron van werkgelegenheid, dan kan worden gesteld dat de zorgbranche belangrijk is; zij biedt aan 13% van de beroepsbevolking werk.

Zorgbranche is bron van werkgelegenheid

Als de Nederlandse zorgbranche met die van andere landen wordt vergeleken, dan blijkt dat het met de doelmatigheid van de zorgverlening in Nederland niet zo slecht is gesteld (Schrijvers, 1997). Voor wat de kosten van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking betreft, bevindt Nederland zich binnen Europa in de middenmoot, terwijl voor wat betreft de gezondheidstoestand afgemeten aan de belangrijkste gezondheidsindicatoren, zoals levensverwachting, zuigelingensterfte etc., Nederland zich in de hoogste regionen bevindt (OECD, 1995), (WHO, 1995).

Nederland doet het zeker niet slecht

Uit het voorgaande komt een beeld naar voren dat de gezondheidszorg in Nederland niet ondoelmatig functioneert. Het kan echter altijd beter en dat is het doel van dit advies. Behoedzaam-

Het kan altijd beter

Prakkels tot doelmatigheid



heid is echter geboden, met name bij de oplossingsrichting van meer marktwerking. Marktwerking is een medicijn dat vervelende bijverschijnselen kan geven, zoals de situatie in de Verenigde Staten, waar de zorgsector zich op een vrije markt bevindt, laat zien; de totale kosten van de Amerikaanse gezondheidszorg bedroegen in 1995 14,2% van het BBP (Nederland 8,8%) (Zorgverzekeraars Nederland, 1997), terwijl de gezondheidstoestand niet aantoonbaar beter is en de toegankelijkheid voor ieder niet is gewaarborgd (17% van de bevolking is door hoge ziektekostenpremies niet verzekerd tegen ziektekosten). 'Amerikaanse toestanden' zijn niet gewenst

Dit betekent niet dat bij voorbaat moet worden afgezien van meer marktwerking in de gezondheidszorg. Marktwerking, met name in de vorm van maatschappelijk ondernemerschap, kan een instrument zijn voor het beter inzetten van productiemiddelen in de zorgsector. Als marktwerking gedoseerd en onder stringente voorwaarden wordt toegepast, kan het op een sociaal en maatschappelijk verantwoorde wijze bijdragen aan een klantgerichter en doelmatiger zorgverlening. Marktwerking alleen onder stringente voorwaarden

De druk om doelmatiger te werken neemt toe. In paragraaf 1.2 is reeds de toenemende vraag naar zorg, ten gevolge van de dubbele vergrijzing, genoemd. De burger vindt gezondheid en gezondheidszorg zeer belangrijk. Gezondheidszorg staat hoog op de prioriteitenlijsten van alle grote politieke partijen. De toegestane groei van de kosten van de zorgsector is vooralsnog beperkt tot 1,5% (Ministerie van VWS, 1997), terwijl de sector 2,5% heeft gevraagd (NZf, 1997) en het RIVM een volumegroei van 2,1% heeft geadviseerd (Ruwaard en Kramers, 1997). De vraag is in hoeverre deze discrepantie geheel door doelmatigheidsverhoging kan worden opgevangen of dat deze ten koste zal gaan van de kwaliteit van de zorg.

In dit advies wordt naar oplossingen gezocht die 'de weg van de geleidelijkheid bewandelen'. Geen grote radicale veranderingen met onvoorspelbare en mogelijk desastreuze gevolgen, maar stapsgewijs trachten verbeteringen aan te brengen. Zo blijft de mogelijkheid open, bij te sturen als het de verkeerde kant op dreigt te gaan. De gezondheidszorg is niet homogeen. Er zijn geen universele recepten die altijd en overal werken. Kwaliteit van zorg kan in gevaar komen  
De ultieme oplossing bestaat niet

## 2.4 Overheidsregulering

In de zorgbranche vindt een sterke overheidsregulering plaats. De Overheidsregulering is noodzakelijk  
Prakkels tot doelmatigheid

onderliggende gedachte is dat gezondheidszorg een collectief goed is dat voor iedereen voldoende beschikbaar, toegankelijk en van voldoende kwaliteit dient te zijn. Daarnaast streeft de overheid naar beheersing van de kostenontwikkeling binnen de zorgbranche. Beschikbaarheid en toegankelijkheid worden onder andere door de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) geregeld. De Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) hebben betrekking op de bewaking van de kwaliteit, terwijl de kostenbeheersing vooral via de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) wordt geregeld.

Vanuit de verantwoordelijkheid van de overheid voor een beschikbare en toegankelijke gezondheidszorg lag in het verleden de nadruk vooral op de *planning* van voorzieningen. Wetgeving, gericht op de *exploitatie* van voorzieningen, is van recentere datum en vloeit vooral voort uit het streven om de kosten te beheersen. Het daarbij gehanteerde instrument op macroniveau is de externe budgettering, welke vanaf het begin van de jaren '80 is ingevoerd. Dit advies richt zich op de exploitatiekant. Activiteiten om financieringskosten te verlagen, zoals de oprichting van een Waarborgfonds, die bijdragen aan een grotere doelmatigheid, worden in dit advies niet meegenomen.

Advies richt zich op de exploitatie

## 2.5 Externe budgettering

Op 1 januari 1983 werd gestart met een systeem van historische budgettering voor de ziekenhuizen en een jaar later voor de overige instellingen in de gezondheidszorg. De hoogte van het budget was hierbij gebaseerd op de door de instelling gemaakte kosten in het basisjaar (1982 of 1983). Een dergelijk systeem belooft verkwisting c.q. ondoelmatigheid of bestraft zuinigheid c.q. doelmatigheid in het verleden. In 1985 werd het systeem voor de ziekenhuizen gewijzigd door de hoogte van het budget op te bouwen uit een capaciteitsgebonden deel (vaste kosten) en een productiegebonden deel (variabele kosten). Dit systeem, de zogenaamde Bredero-systematiek, werd in 1988 opgevolgd door een verfijnder systeem, de functiegerichte budgettering. De hoogte van het budget wordt berekend aan de hand van een beschikbaarheidscomponent, een capaciteits- en functiegebonden component en een productiegebonden component. De hoogte van de productiegebonden component vloeit voort uit onderhandelingen tussen verzekeraars en instellingen over het aantal opnamen, verpleegdagen, dagverplegingsdagen en eerste polikliniekbezoeken

Prikkels tot doelmatigheid

voor de komende budgetperiode (de zogenaamde productieafspraken).

*Problemen van het huidige budgetteringssysteem*

De budgettering is effectief gebleken in het beheersen van de macrokosten, doch het systeem stimuleert doelmatigheid slechts in beperkte mate. Uiteraard zal een instelling trachten een gunstig exploitatiesaldo te bereiken binnen het gestelde budget. Er is een prikkel om de kosten van personeel en materieel zo laag mogelijk te houden.

Budgettering is effectief

Het systeem bevat echter ook prikkels die juist ondoelmatig handelen stimuleren. Onderstaand volgt een aantal treffende voorbeelden.

Door de toepassing van een nieuw middel tegen misselijkheid en braken kunnen patiënten die voor kanker met cytostatica worden behandeld, twee dagen eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen. Het middel kost 400 gulden, twee ligdagen 1800 gulden. Het is dus naast het feit dat de patiënt minder ziek is, ook vanuit doelmatigheidsoogpunt aantrekkelijk het middel aan patiënten te geven. Door dit te doen, straft het ziekenhuis echter zichzelf, want zij moet de 400 gulden uit haar eigen budget betalen, terwijl zij de inkomsten van twee ligdagen mist.

Een cardiologiepraktijk ging haar wachtlijsten te lijf door de bedrijfsvoering te stroomlijnen. Door het verbeteren van de doelmatigheid lukte het om de wachtlijsten weg te werken. De korte wachtlijst trok veel patiënten aan. Hierdoor dreigt de praktijk in de problemen te komen, want de productieafspraken worden overschreden.

Productieafspraken kunnen er toe leiden dat beschikbare capaciteit onvoldoende wordt benut. Dit kan betekenen dat bijvoorbeeld operatiekamers, die grote investeringen gevegd hebben, deels leegstaan.

Leegstaande operatiekamers door ontoereikende budgetten

Prikkels tot doelmatigheid

Instellingen die proberen effectiever en doelmatiger te werken door meer poliklinisch te behandelen worden hiervoor gestraft: het aantal opnames neemt af en daarmee het budget. De instelling benadeelt zo zichzelf, zeker als de met de poliklinische behandeling samenhangende extra kosten voor bijvoorbeeld apparatuur en geneesmiddelen, niet extra worden vergoed. Hierdoor wordt poliklinische behandeling, die per saldo goedkoper en veelal patientvriendelijker is dan een ziekenhuisopname, afgeremd.

Poliklinisch behandelen financieel vaak onaantrekkelijk

De diagnose rughernia werd tot voor enkele jaren geleden gesteld door een onderzoek, waarbij door middel van een ruggenprik röntgencontrastvloeistof werd ingespoten en röntgenfoto's werden gemaakt. Een onaangenaam onderzoek waarvoor de patiënt enkele dagen in het ziekenhuis opgenomen moest worden. Door een nieuwe techniek, Magnetic Resonance Imaging (MRI), kan de diagnose evengoed gesteld worden. Dit onderzoek kan poliklinisch plaatsvinden. Voor het ziekenhuis betekent dit echter dat het aantal opnames daalt. De productieafpraak en daarmee het ziekenhuisbudget zal daardoor echter het volgende jaar dalen, terwijl de kosten, MRI-apparatuur is duur, niet navenant dalen.

Als door een toename van de totale zorgvraag het aantal verrichtingen toeneemt, is een macrobudgetoverschrijding onvermijdelijk. Om de kosten beheersbaar te houden, verlaagt de overheid de tarieven (de zgn. kortingsrondes), waardoor het steeds moeilijker, zo niet onmogelijk, wordt voor de instellingen om aan de groeiende zorgvraag te voldoen en olopende wachtlijsten zijn het gevolg. In het rapport Het ziekenhuis ontketend (Werkgroep MDW, 1996) wordt deze ontwikkeling gesignaleerd.

Kortingsrondes leiden tot olopende wachtlijsten

Om de macrokosten van de ziekenhuiszorg verder in de hand te houden, heeft de overheid besloten om vanaf 1995 de erkenningsberchikkingen van de ziekenhuizen te bevrozen. Vanaf dat jaar past de overheid het aantal erkende medisch specialisten en het aantal bedden van het ziekenhuis niet aan. Deze aantallen vormen echter wel de basis voor het capaciteitsgebonden deel van het

Bevriezing erkenningsbeschikkingen werkt verstarrend

Prikkels tot doelmatigheid

ziekenhuisbudget. Dit brengt met name ziekenhuizen in gebieden met een sterke bevolkingsgroei (bijvoorbeeld de zgn. Vinex-locaties) in de problemen. De sterke toename van de zorgvraag wordt daar niet gecompenseerd in het budget.

Verder blijken nieuwe initiatieven van zorgaanbieders niet of moeizaam van de grond te komen doordat alle prijzen in de gezondheidszorg moeten worden goedgekeurd door het COTG terwijl de regelgeving niet toegesneden is op de nieuwe zorgvormen of niet aansluit op de lokale praktijk en problematiek.

Regelgeving belemmert nieuwe zorgvormen

Conclusie: Het huidige systeem van richtlijnen en tarieven bevordert het doelmatig handelen van zorgaanbieders in een aantal situaties niet, maar belemmert het zelfs. De Algemene Rekenkamer kwam in haar rapport over het functioneren van het COTG (Algemene Rekenkamer, 1995) tot soortgelijke conclusies. De huidige systematiek, die bij de bepaling van de hoogte van de budgetten wordt gehanteerd, leidt tot verstarring en onderbenutting van de bestaande capaciteit.

## 2.6 Kabinetsvoornemens met betrekking tot de WTG

Het kabinet heeft de problemen met de WTG onderkend en in de nota De prijs die zorg verdient (Tweede Kamer, 1995) geeft het kabinet haar beleidsvoornemens weer. Door het uitbreiden van dat deel van de budgettering waarover ziektekostenverzekeraars risico lopen - de variabele component van de curatieve zorg in het tweede compartiment - wordt de verantwoordelijkheid voor de volume- en prijsbeheersing bij de verzekeraars gelegd (verzekeraarsbudgettering). Daarnaast moet er een systeem van productprijzen komen. Op de langere termijn moet de prijsvorming tot stand komen via marktwerking, waarbij het essentieel is dat voor alle betrokkenen inzicht bestaat in de werkelijke kosten. Bij deze outputpricing worden de verschillende medische verrichtingen als product gedefinieerd en worden de werkelijke kosten hiervan bepaald. Verzekeraars en ziekenhuizen maken vervolgens afspraken over het volume van de af te nemen producten en de daarbij behorende prijzen.

Overheidsbeleid: verzekeraarsbudgettering

Verze-

### *Problemen ten aanzien van de inzichtelijkheid van prijsvorming*

Het kabinet stelt, dat het essentieel is dat voor alle betrokkenen inzicht bestaat in de werkelijke kosten en dat de prijzen gerelateerd moeten zijn aan de werkelijke kosten. Dit staat echter op ge-

Vrije markt en inzichtelijkheid van prijsvorming gaan niet samen

Prakkels tot doelmatigheid

spannen voet met het eveneens door haar bepleite vrije marktmechanisme. In een vrije markt komen prijzen tot stand via vraag en aanbod. Een gering aanbod leidt tot een hoge prijs; een groot aanbod tot een lage prijs. Er is dus geen directe relatie tussen de prijs van een product en de productiekosten in een vrije markt! Een monopolist in een vrije markt kan een hoge prijs krijgen voor een gewild product. Zo kan bijvoorbeeld een producent van een uniek geïmporteerd (= monopolie) levensreddend geneesmiddel een zeer hoge prijs bedingen, ongeacht de productiekosten. In een vrije markt zijn de werkelijke productiekosten juist niet bekend, alleen mogen we aannemen dat in een vrije volledig concurrerende markt in een evenwichtstoestand de prijs gelijk is aan de productiekosten plus een gangbare winstmarge.

*Problemen ten aanzien van het definiëren van producten (producttypering)*

Naar aanleiding van de kabinetsvoornemens wordt gewerkt aan het definiëren van producten binnen het project producttypering. Wat tot nu toe is ontwikkeld, lijkt echter nog veel op het huidige verrichtingsstelsel. De zorgaanbieder wordt alleen beloond voor het doen: slechts onderzoeken en verrichtingen worden vergoed.

Producttypering staat nog in de kinderschoenen

## 2.7 Benchmarking

Benchmarking is een methode om het organisatieoptreden continu te verbeteren. Vanuit spiegelinformatie worden doelen, benchmarks, voor de eigen organisatie gesteld. De openheid en bereidheid om anderen te laten delen in de opgedane kennis, die het sociaal/maatschappelijk ondernemerschap kenmerken, passen goed bij een dergelijke methode. Deze wijze van benchmarking is een zaak van zorgaanbieders onderling vanuit hun gezamenlijk streven naar kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering. Het is een *tool of management*.

Een probleem ontstaat indien anderen, zoals de overheid of zorgverzekeraars, benchmarking willen hanteren als controle-instrument (*tool of control*). Benchmarks worden dan tot criteria, targets waaraan voldaan moet worden. Gezondheidszorginstellingen zijn complexe multipurpose organisaties. Dit maakt dat gegevens van de ene organisatie niet zomaar kunnen worden vergeleken met die van een andere: ze dienen altijd in hun context te worden gezien. Alleen als men de organisatie door en door kent,

Benchmarking: tool of management of tool of control?

Prikkels tot doelmatigheid

zoals een goed manager, is men hiertoe in staat. Verplichte externe benchmarking zal reflexief gedrag van organisaties uitlokken. Zij zullen hun beleid richten op het voldoen aan externe targetcijfers. Dit zal veelal ten koste gaan van de inhoudelijke kwaliteit.

Verplichte externe benchmarking  
lokt reflexief gedrag uit

## 2.8 Conclusie

De RVZ constateert is dat het huidige budgetteringssysteem onvoldoende prikkels bevat voor doelmatig werken van zorgaanbieders. De door het kabinet voorgestelde oplossing van meer marktwerking via een systeem van productprijzen en inzichtelijkheid van kosten levert problemen op, met name producttypering en de onverenigbaarheid van inzichtelijkheid van prijsvorming en marktwerking.

De grote hoeveelheid wet- en regelgeving werkt verstarrend. De suggestie om hierin te snoeien, ligt voor de hand. Echter deze wet- en regelgeving is ontstaan binnen c.q. is het gevolg van het sturingsconcept van centrale overheidssturing dat in het verleden werd gehanteerd. Alvorens de wet- en regelgeving aan te pakken moet de overheid zich bezinnen over het gewenste besturingsconcept.

De adviesvraag, zoals die in paragraaf 1.1 is geformuleerd, namelijk 'Op welke wijze kan wet- en regelgeving worden aangewend ter stimulering van doelmatig gedrag bij zorgaanbieders' kan om deze reden niet direct kan worden beantwoord.

Eerst bezinnen over besturings-  
concept

## 3 Oplossingsrichtingen verkend

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden drie besturingsconcepten verkend, met verschillende oplossingsrichtingen daarbinnen:

1. Centrale overheidssturing
2. Vrije marktwerking
3. Maatschappelijk ondernemerschap.

Nagegaan wordt in hoeverre en op welke wijze de problemen, die in het vorige hoofdstuk zijn onderkend, binnen de verschillende besturingsconcepten en oplossingsrichtingen kunnen worden opgelost.

Volledig centrale overheidssturing en volledige decentrale sturing via het vrije marktmechanisme kunnen worden gezien als de uitersten van een continuüm van maximale naar minimale overheidsregulering. Daartussen bevindt zich de situatie, waarbij de overheid meer afstand neemt dan bij volledige centrale sturing, maar niet zoveel afstand als bij een vrije markt. De zorgaanbieder kan binnen het volledig vrije marktmodel worden gekarakteriseerd als een (commercieel) ondernemer, binnen het centraal gestuurde model als die van uitvoeringsorganisatie en binnen het gecombineerde model als die van maatschappelijk ondernemer.

### 3.2 Centrale overheidssturing

Zorgaanbieders kunnen binnen een systeem van sterke centrale overheidssturing worden gezien als uitvoeringsorganisaties die de gedetailleerde regelgeving van de overheid uitvoeren. Ze zijn zeer afhankelijk van de bureaucratie. Het lokt tactisch gedrag uit: spelen op safe, zorg voor behoud van de organisatie etc. Dit belemmert flexibel inspelen op veranderingen in de zorgvraag en op zorgvernieuwing. Er zijn geen prikkels om doelmatiger te werken. Zoals in het vorige hoofdstuk is geconstateerd, wordt door de regelgeving vaak juist ondoelmatig werken gestimuleerd.

Doelmatigheidsprikkels ontbreken

De laatste jaren is de overheid een stuk teruggetreden. Er bestaan evenwel nog (te) veel centrale regelingen en verplicht overleg.

Er wordt nog te veel centraal geregeld

Prikkels tot doelmatigheid



Voorbeeld hiervan zijn de tariefovereenkomsten krachtens de WTG, die verplichten tot het door representatieve organisaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders sluiten van tariefovereenkomsten die vervolgens goedkeuring behoeven van het COTG. Samen met de Uitkomsten van Overleg, waarbij binnen het kader van en goedgekeurd door de Ziekenfondswet representatieve organisaties van zorgverzekeraars en van personen die zorg aanbieden tot overeenstemming zijn ge-komen, vormen zij de leidraad voor op individueel niveau te sluiten medewerkersovereenkomsten. De UvO's worden overigens afgeschaft.

Alhoewel de overheid wil terugtreden, bestaat nog steeds de neiging om bij problemen te zoeken naar oplossingen binnen het centrale sturingsconcept. Enkele voorbeelden hoe de problemen met de huidige budgettering binnen het centrale sturingsconcept zouden kunnen worden aangepakt. Voor de problematiek van de wachtlijsten zou een aparte budgetparameter kunnen worden ingevoerd, evenals voor bijvoorbeeld nieuwe dure geneesmiddelen. Dit lokt reactief gedrag uit. Als instellingen bijvoorbeeld meer geld krijgen om wachtlijsten weg te werken, is het gedrag te voorspellen: wachtlijsten creëren om meer geld te krijgen. Om dit te voorkomen zullen nadere regels moeten worden gesteld en zo komt men al snel in een vicieuze cirkel.

Reflexief gedrag is een groot probleem

Geconcludeerd kan worden dat meer centrale sturing niet de geëigende oplossingsrichting is om de doelmatigheid in de zorgverlening te bevorderen. Een zekere mate van centrale sturing blijft evenwel noodzakelijk, immers de overheid is en blijft eindverantwoordelijk voor een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg.

Meer centrale sturing is niet de oplossing

### 3.3 Vrije marktwerking

De oplossingsrichting van vrije marktwerking past in het algemene Europese beleid van vrije marktwerking. De Mededingingswet (Staatsblad, 1997), die op 1 januari 1998 van kracht is geworden als vervanger van de Wet economische mededinging (WEM), sluit aan bij de Europese regelgeving. De Mededingingswet is van toepassing op alle sectoren van de economie, dus ook de zorgbranche. De wet gaat uit van vrije marktwerking in alle sectoren. Alles wat concurrentiebelemmerend kan werken, is verboden, tenzij het uitdrukkelijk wordt toegestaan. Deze bevoegdheid ligt bij de minister van Economische Zaken voorzover de Europese

Een vrije markt, tenzij ...

Prikkels tot doelmatigheid

wetgeving hiertoe de ruimte biedt. Op basis van artikel 16 van de wet wordt voor de komende vijf jaar na inwerkingtreding, vrijstelling verleend voor bestaande overeenkomsten, zoals die in de zorgsector bestaan. Over vijf jaar zijn uitzonderingen alleen op basis van (nieuwe) wet- en regelgeving mogelijk. Het voorgaande betekent dat bij het zoeken naar oplossingen voor de zorgsector eerst moet worden gekeken naar oplossingen binnen het kader van vrije marktwerking en pas wanneer blijkt dat dit niet goed mogelijk is, moet worden gekeken naar alternatieven. Het bevorderen van concurrentie betekent het opheffen van marktimperfecties. In het door het kabinet voorgestane systeem concurreren verzekeraars met elkaar om de gunst van de verzekerde en ziekenhuizen concurreren om de gunst van de verzekeraar.

Er is een aantal marktonvolkomenheden (Wergroep MDW, 1997):

- a. het bestaan van monopolie-achtige situaties aan de aanbodkant;
- b. het ontbreken van een homogeen product;
- c. de beperking van het oordeelsvermogen van de patiënt over de kwaliteit van het gegeven aanbod en de noodzaak van handelen;
- d. het zich weinig gelegen laten liggen door patiënten, doordat ze verzekerd zijn, aan de kosten van medisch handelen.

Het succes c.q. de wenselijkheid van een vrij marktsysteem hangt af van de mate waarin de marktimperfecties daadwerkelijk kunnen worden opgeheven. Indien dit in onvoldoende mate mogelijk is, is het middel erger dan de kwaal en zal naar een ander besturingsmechanisme moeten worden gezocht. In de volgende paragrafen wordt nagegaan in hoeverre de marktimperfecties in de zorgbranche kunnen worden opgeheven.

Kernvraag: kunnen de marktimperfecties voldoende worden opgeheven?

#### *a. Het bestaan van monopolie-achtige situaties aan de aanbodkant*

De manier om monopolies of oligopolies op te heffen, is om ze open te breken. Vooral in de Verenigde Staten wordt dit middel gehanteerd. Daar worden grote bedrijven, die te veel macht krijgen, gedwongen gesplitst. Bekende voorbeelden uit het verleden zijn de opsplitsing van de AT & T-telefoonmaatschappij en de

Prikkels tot doelmatigheid

Standard Oil-oliemaatschappij. Openbreken van natuurlijke mono- of oligopolies is vaak niet mogelijk. In de gezondheidszorg- branche bestaan verschillende van deze natuurlijke mono- of oligopolies, bijvoorbeeld in een dorp met maar één huisarts of met maar één ziekenhuis in de buurt. Ook als er meer ziekenhuizen in een gebied zijn, dan is de concurrentie beperkt. Overigens is het op medische-inhoudelijke gronden zoals continuïteit van zorg en/of uit hoofde van doelmatigheid vaak juist wenselijk dat verschillende instellingen met elkaar samenwerken. Hierdoor kunnen monopolie-achtige situaties ontstaan.

In zorgbranche zijn veel natuurlijke mono- of oligopolies

Bij de ziektekostenverzekeraars hebben, mede onder invloed van overheidsbeleid, fusies, concentratie en schaalvergroting plaatsgevonden. Het aantal zorgverzekeraars is daardoor sterk afgenomen (Montfort, 1995). In het kader van marktwerking is dit enerzijds een wenselijke ontwikkeling, omdat de zorgaanbieders hierdoor sterkere marktpartijen tegenover zich krijgen. Anderzijds vergroot het de kans op collusiegedrag. Waar de noodzaak tot samenwerking bestaat, moet deze niet door mededingingswetgeving worden belemmerd. Waar samenwerking niet nodig is, moet de concurrentie zijn loop hebben.

Gevaar collusiegedrag verzekeraars

Gesteld kan worden dat het veelal niet mogelijk is om monopolie-achtige situaties te beëindigen en soms worden ze juist gecreëerd. In feite is dit laatste de situatie bij budgettering.

Bij budgettering overtreft per definitie de vraag het aanbod, immers als dit niet het geval is en het beschikbare budget niet wordt opgemaakt, is feitelijk sprake van een openeindfinanciering. Door budgettering wordt een permanente 'sellers market' c.q. aanbiedersmonopolie gecreëerd: de aanbieders hoeven niet te concurreren om de gunst van de zorgvrager. Keuzevrijheid is alleen mogelijk als er een zekere mate van overcapaciteit bestaat. Een voorbeeld hiervan ziet men in de verpleeghuissector. Door capaciteitstekort wordt de keuzevrijheid van

Budettering creëert aanbiedersmonopolie

de patiënt in de praktijk sterk beperkt. Voor ziekenhuiszorg met lange wachtlijsten geldt hetzelfde.

In een vrije concurrerende markt leidt schaarste tot hoge prijzen en winsten en tot een verruiming van de markt doordat nieuwe aanbieders worden aangetrokken waardoor de schaarste verdwijnt. Door budgettering kan de markt zich niet verruimen en kan de schaarste niet worden opgeheven.

Prikkels tot doelmatigheid

*Doelbewuste mono/oligopolies: Vrije marktconcessiesystemen*

Concessiesystemen zijn een specifieke vorm van marktwerking waarbij doelbewust sprake is van mono- of oligopolies. Een concessie is een vergunning van overheidswege, met uitsluiting van anderen tot het verrichten van diensten van openbaar nut.

Concessies worden vrijwel altijd aangeaan voor een bepaalde periode. Indien de concessiehouder niet naar behoren heeft gepresteerd, kan de concessiegever besluiten de concessie niet te verlenen. Als de concessiegever een concessie wil verlenen, kan dit door een concessienemer aan te wijzen of door middel van openbare aanbesteding, waarbij gegadigden zich kunnen inschrijven. Na de inschrijftermijn wordt een keuze gemaakt uit de kandidaten op basis van de beste prijs/kwaliteitsverhouding.

Concessiesystemen zijn vooral geschikt in die situaties waarbij een schaarste is aan een bepaalde fysieke infrastructuur, bijvoorbeeld spoorwegen of zendfrequenties voor televisie of voor mobiele telefonie. Via het concurrentiemechanisme van de vrije markt kan deze schaarse infrastructuur zo optimaal mogelijk worden benut.

Concessiesystemen kunnen alleen werken als er voldoende aanbod is c.q. gegadigden zijn. Als het aanbod gelijk is aan de vraag dan treedt aan het einde van het proces een monopoliepositie op: de laatste vragers zijn dan veroordeeld tot de laatste aanbieders die een hoge prijs kunnen afdwingen. Dit probleem kan worden versterkt door het gevaar dat concurrenten die uit de boot zijn gevallen permanent de markt verlaten, zodat in een volgende ronde schaarste ontstaat.

Er moeten voldoende gegadigden zijn

In de gezondheidszorg is veelal een situatie van permanente schaarste in het aanbod ten gevolge van de budgettering, waardoor een concessiesysteem zoals hiervoor beschreven niet goed kan werken. Zo is het moeilijk voorstelbaar dat de overheid of een verzekeraar, gelet op de krapte in ziekenhuiszorg en de grote kapitaalsvernietiging die het met zich mee zou brengen, een concessie van een groot ziekenhuis niet zou verlengen. Een mogelijkheid om kapitaalsvernietiging te voorkomen is om het concessiesysteem te beperken tot het bestuur en management van een instelling. Een dergelijk systeem, dat kan worden aangeduid met de term bestuursconcessiesysteem, valt echter niet binnen vrije marktwerking, maar binnen het maatschappelijk ondernemerschap. Dit wordt in paragraaf 3.4 besproken.

Concessiesysteem kan in zorg-  
branche niet goed werken

In situaties waar voldoende aanbod is, is een vrije marktconcessiesysteem in beginsel mogelijk. In het MDW-rapport Concur-

Prikkels tot doelmatigheid

rentie en prijsvorming in de gezondheidszorg wordt hiervoor bijvoorbeeld bij fysiotherapie gepleit. Echter zoals reeds gesteld, zijn concessiesystemen vooral geschikt voor situaties waarbij er schaarste is aan een bepaalde fysieke infrastructuur. In de gezondheidszorg is dit niet aan de orde. Een 'gewone' vrije markt geniet dan ook in voorkomende gevallen de voorkeur.

Bij voldoende concurrentie geniet een 'gewone' vrije markt de voorkeur

Geconcludeerd kan worden dat de mogelijkheden voor vrije marktwerking in de zorgbranche beperkt zijn, zolang budgettering bestaat en in die gevallen waarbij dit wel mogelijk is, een 'gewone' vrije markt de voorkeur verdient boven een vrije marktconcessiesysteem.

#### *b. Het ontbreken van een homogeen product*

Essentieel voor de werking van het vrije marktmechanisme is dat kwaliteit en prijs van verschillende producteenheden met elkaar kunnen worden vergeleken. Bij producten zoals auto's en televisies is duidelijk wat het product precies inhoudt. Binnen de zorgsector ligt dit veel moeilijker. In paragraaf 2.6 is de problematiek van de producttypering reeds besproken. Er is op dit moment geen algemeen geaccepteerde 'verzameling van producten' die tezamen 'de zorgverlening' vormen.

Producttypering is een probleem

#### *c. De beperking van het oordeelsvermogen van de patiënt over de kwaliteit van het gegeven aanbod en de noodzaak van handelen*

Een manier om het oordeelsvermogen van de patiënt te vergroten, is educatie en voorlichting. In een aantal gevallen kan dit zeer effectief zijn, zoals het voorbeeld in het kader illustreert. Echter, hoe goed de patiënt/consument ook geïnformeerd is, er blijft vaak een kennisachterstand ten opzichte van de professional. De deskundigheid van de patiënt schiet veelal te kort om bijvoorbeeld de noodzaak van een door de hulpverlener voorgestelde behandeling goed te kunnen beoordelen. De hulpverlener zal altijd een belangrijke, zo niet een doorslaggevende, rol spelen bij de uiteindelijke keuze tot wel of niet behandelen en zo ja, welke behandeling wenselijk is.

Oordeelsvermogen patiënt is beperkt

Minder naar arts na volgen cursus

Prakkels tot doelmatigheid

Mensen die een cursus Beter Slapen van de stichting Thuiszorg in West-Brabant hadden gevolgd, bleken minder vaak een beroep te doen op de huisarts en hebben ook minder medicijnen nodig. Bij het begin van de cursus had 57 procent van de deelnemers slaapmiddelen nodig, daarna nog maar 28 procent. Het bezoek aan de huisarts wegens slapeloosheid liep met 30% terug.

*Haagsche Courant, 16 oktober 1997.*

Een andere manier om het oordeelsvermogen van de patiënt te vergroten is hem of haar de gelegenheid te geven een deskundige in de arm te nemen. In de praktijk gebeurt dit reeds regelmatig in de vorm van het vragen van een second opinion.

Het vrije marktmechanisme kan alleen goed werken in die situaties waarin de patiënt in staat is zelf, met eventueel advies van een deskundige, de kwaliteit van de geleverde zorg te kunnen beoordelen.

*d. Het zich weinig gelegen laten liggen door patiënten, doordat ze verzekerd zijn, aan de kosten van medisch handelen*

Bij een ziektekostenverzekering betalen de verzekerden voor de zieken. De baten komen bij de patiënt en de rekening bij de verzekerden terecht. Van een verzekeringssysteem gaat voor de verzekerde geen prikkel uit tot gepast gebruik van voorzieningen en eveneens ontbreekt een stimulans voor doelmatig gedrag van zorgaanbieders bij het aanbieden van zorg. Er zijn verschillende mechanismen om het gepast gebruik te bevorderen. Besproken worden de indicatiestelling, de eigen bijdrage en het normbedragensysteem.

Verzekerden betalen voor de zieken

#### *Indicatiestelling*

Zoals gesteld gaat van het verzekeringsprincipe geen prikkel uit voor de patiënt tot gepast gebruik. De patiënt heeft de baten, terwijl de lasten bij de verzekerden terecht komen. Er dient derhalve door een onafhankelijk deskundige een afweging te worden gemaakt tussen het belang van het individu c.q. de patiënt en de samenleving c.q. de verzekerden.

Prikkels tot doelmatigheid

Bij een onafhankelijke indicatiestelling wordt deze afweging gemaakt door een (team van) niet bij de behandeling betrokken deskundige(n). Het heeft echter een aantal nadelen. Dit brengt extra kosten met zich mee. Daarnaast kunnen indicatiestellingsprocedures leiden tot bureaucratie en tot vermindering van de betrokkenheid van de hulpverlener. Een systeem van onafhankelijke indicatiestelling is slechts doelmatig als de extra kosten die dit met zich meebrengt ruimschoots opwegen tegen de baten. In de praktijk betekent dit dat onafhankelijke indicatiestelling alleen wenselijk is als het gaat om beslissingen die grote financiële gevolgen hebben. Voorbeeld hiervan is opname in een verpleeghuis voor langdurige zorg. Voor kortdurende zorg wegen in de regel de voordelen van onafhankelijke indicatiestelling niet op tegen de nadelen.

Onafhankelijke indicatiestelling  
doelmatig inzetten

#### *Eigen bijdragen*

Een mogelijkheid tot het stimuleren van gepast gebruik is een systeem van eigen bijdragen. Hierbij wordt het verzekeringsprincipe als het ware voor een deel opgeheven. Baten en (een deel van) de kosten worden direct aan elkaar gekoppeld waardoor de patiënt bewuster consumptiekeuzes zal maken.

Een eigenbijdragensysteem met als primair doel het afremmen van de medische consumptie is alleen nuttig als de patiënt/consument in staat is om een rationele afweging te maken tussen de baten, bijvoorbeeld naar de dokter gaan, en de kosten, bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor een doktersbezoek. Voor de meeste medisch-inhoudelijke problemen is dit niet het geval.

Eigen bijdragen vormen geen  
oplossing

#### *Patiëntgebonden budget*

Momenteel kunnen gebruikers binnen de thuiszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB), in plaats van de gebruikelijke zorg in natura. Hierbij krijgt de zorgvrager die voor bepaalde zorg geïndiceerd is de beschikking over een budget waarmee hij of zij zelf de benodigde zorg kan inkopen.

Er zijn twee belangrijke redenen voor de toepassing van het PGB. De eerste reden is het versterken van de positie van de patiënt/consument: meer recht doen aan diens autonomie en het bieden van meer keuzevrijheid. De tweede reden is het stimuleren van de doelmatige zorgverlening door het vergroten van de mogelijkheden van substitutie van zorg en vergroten van de concurrentie tussen zorgverleners. Het PGB past dan ook geheel binnen de marktwerkingsoplossingsrichting. Omgekeerd, om het

Prikkels tot doelmatigheid

PGB goed te laten functioneren moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Zo moet sprake zijn van reële keuzemogelijkheid voor de zorgvrager: er moeten voldoende aanbieders zijn waaruit hij of zij kan kiezen, de zorgvrager moet in staat zijn weloverwogen keuzen te maken en het budget moet toereikend zijn.

Binnen het huidige PGB is geen prikkel voor de patiënt aanwezig om per saldo kosten te besparen. Door het gebruik van normbedragen voor een bepaald product of dienst wordt dit wel mogelijk. Het systeem werkt als volgt: als een patiënt geïndiceerd is voor een product of dienst, dan mag de patiënt dit product of deze dienst, bijvoorbeeld een bepaald geneesmiddel of fysiotherapeutische behandeling, inkopen. Als de patiënt het product of de dienst goedkoper weet in te kopen dan het normbedrag, wordt een deel van het verschil in mindering gebracht op de te betalen premie voor de ziektekostenverzekering: de beloning voor doelmatig gedrag. De verzekeraar wordt gestimuleerd om de patiënt te informeren over de prijzen van producten van verschillende leveranciers. De verzekeraar heeft er immers baat bij dat de patiënt zo voordelig mogelijk inkoopt. De normbedragen worden periodiek bijgesteld op basis van de daadwerkelijk door de patiënten betaalde bedragen voor de te onderscheiden producten en diensten. Uiteraard dient de verzekeraar ervoor zorg te dragen dat een patiënt voor het normbedrag altijd een adequaat product of dienst geleverd kan krijgen: het systeem mag niet in het nadeel van de patiënt werken.

Het huidige PGB bevat geen doelmatigheidsprikkel

Een dergelijk systeem kan slechts werken als de producten of diensten binnen een vrije, volledig concurrerende markt worden aangeboden. Vaste prijsafspraken zijn dan uiteraard verboden. Dit systeem kan bij een aantal specifieke, 'voor de vrije handel geschikte' producten, zoals medische hulpmiddelen, worden toegepast.

Geconcludeerd kan worden dat voor het stimuleren van doelmatig gedrag bij zorgaanbieders via de patiënt in die situaties waarin de patiënt in staat mag worden geacht te kunnen oordelen over de kwaliteit van het gegeven aanbod, een PGB op basis van normbedragen een aantrekkelijke optie is, die nader onderzoek verdient. Onafhankelijke indicatiestelling is, zoals eerder opgemerkt, alleen doelmatig bij beslissingen die grote financiële gevolgen hebben, zoals bij langdurige zorg.

PGB op basis van normbedragen bevat doelmatigheidsprikkel

Prikkels tot doelmatigheid



### 3.4 Maatschappelijk ondernemerschap

Zowel het vrije marktprincipe als centrale overheidssturing gaan van de veronderstelling uit dat personen en organisaties alleen door externe prikkels, winst en verlies bij de vrije markt, uitvoeringsrichtlijnen bij centrale sturing, maatschappelijk gewenst gedrag vertonen.

Het grootste deel van de zorgverlening is evenwel niet ontstaan vanuit externe prikkels, maar vanuit een interne drang om mensen in nood te helpen. Hiertegenover stond veelal geen andere beloning dan de voldoening de zieken, de zwakken en de weerlozen in de samenleving te kunnen helpen. Heden ten dage vormt dit laatste nog steeds een belangrijke drijfveer voor velen om in de zorgverlening werkzaam te zijn.

Binnen deze notie past een besturingsconcept dat uitgaat van zelfsturing. Eigen waarden en normen vormen hierbij de drijfveer, niet het winstbejag of overheidsdwang. Dit besturingsconcept heeft nader vorm gekregen in het maatschappelijk ondernemerschap en is concreet uitgewerkt in het RVZ-advies Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming (RVZ, 1996).

Het maatschappelijk ondernemerschap legt de verantwoordelijkheid voor een goede, klantgerichte en doelmatige zorgverlening primair bij de zorgaanbieder. Van de zorgaanbieder wordt de bereidheid verlangd rekening en verantwoording af te leggen over het handelen. Ook is de maatschappelijk ondernemer bereid om in het belang van de samenleving zijn of haar kennis te delen met anderen.

Zorgaanbieder moet verantwoording afleggen

Voor wat de bedrijfsvoering betreft, kan de geschetste openheid worden gerealiseerd door het standaardiseren van de jaarrekening van gelijksoortige instellingen en deze openbaar te maken. Door een accountantsverklaring wordt een werkelijkheidsgetrouwe weergave gewaarborgd. Openheid op andere terreinen, bijvoorbeeld ten aanzien van de kwaliteit wordt onder andere bewerkstelligd door de Kwaliteitswet zorginstellingen. Doordat spiegelinformatie vrijelijk beschikbaar is, is onderlinge vergelijking goed mogelijk.

Standaardisatie en openbaarheid van verslaglegging

Standaardisatie en openbaarheid van de verslaglegging maakt dat de maatschappelijk ondernemer zich, veel meer dan 'gewone'

'Zorgaanbieder zit in een glazen onderneming'

Prikkels tot doelmatigheid

ondernemers, in een 'glazen onderneming' bevindt, die publieke controle mogelijk maakt. Hierdoor vormen 'derde geldstromen' ook geen probleem, immers een ieder kan nagaan wat er met het geld gebeurt en in voorkomende gevallen de ondernemer ter verantwoording roepen.

Er zijn verschillende sturingssystemen mogelijk waarbinnen het maatschappelijk ondernemerschap tot ontplooiing kan komen. Besproken worden de regionale aanneemsom, het bestuursconcessiesysteem en het competitieve budgetsysteem.

#### *Aanneemsommen*

Een aanneemsom is een vast bedrag dat vooraf wordt overeengekomen voor de levering van een bepaald product of dienst. Een aanneemsom kan worden gezien als een vast budget voor het uitvoeren van bepaalde taken. Vaak wordt de term lump-sum gebruikt. Bij een systeem van regionale aanneemsommen worden meerjarenafspraken gemaakt met zorginstellingen in een regio om zorg aan patiënten te verlenen. Een dergelijk systeem kent een aantal voordelen. Een vast budget voor een instelling voor een aantal jaren geeft een zekere financiële zekerheid en rust. Jaarlijkse onderhandelingen zijn niet nodig, dus de transactiekosten zijn bij dit systeem laag.

Meerjarenafspraken geven zekerheid en rust

Zorgverlening is voor een belangrijk deel een lokaal gebeuren dat een grote mate van diversiteit vertoont: cultuurverschillen, regionale vraag- en aanbodverschillen etc. (Montfort, 1997). Een regionale aanneemsom biedt instellingen in een regio de mogelijkheid om in onderlinge samenwerking een klantgerichte en doelmatige zorgverlening te bewerkstelligen. Binnen een systeem van regionale aanneemsommen kan maatschappelijk ondernemerschap tot zijn recht komen. Vanuit een gezamenlijk zorgconcept kunnen zorgaanbieders in samenwerking en vanuit hun eigen verantwoordelijkheden gestalte geven aan een samenhangend geheel van zorg. Het geeft ruimte voor een echte vorm van transmuralsisering.

Ruimte voor eigen verantwoordelijkheid

Het systeem van regionale aanneemsommen is gebaseerd op de eigen verantwoordelijkheid en zelfsturing van zorgaanbieders. Het mag dan ook niet verwonderen dat een veelgehoorde kritiek op het systeem is dat er te weinig controle is en de zorgaanbieders te veel de vrije hand krijgen. De vraag kan worden gesteld of een dergelijk systeem voldoende prikkels bevat om te investeren in nieuwe initiatieven om doelmatigheid te bevorderen. In hoeverre

Vraagtekens bij stimulering van doelmatigheid

Prikkels tot doelmatigheid

zullen zorgaanbieders bereid zijn risico's te nemen?

Probleem is hoe de hoogte van de budgetten van de instellingen moet worden bepaald. Bij de huidige experimenten met regionale aanneemsommen wordt uitgegaan van de historische budgetten, echter dit kan uiteraard niet zo blijven. In de tijd zullen zich allerlei ontwikkelingen voordoen die budgetverschuivingen binnen en tussen regio's noodzakelijk maken en hiervoor moet een mechanisme worden gevonden.

Bepaling van de hoogte van de budgetten een probleem

Een ander probleem is in hoeverre een systeem van regionale aanneemsommen samen kan gaan met het ingezette beleid van verzekeraarsbudgettering. De bedoeling van het laatstgenoemde systeem is dat verzekeraars met elkaar gaan concurreren. Het is echter niet duidelijk hoe dit mogelijk is binnen een systeem van regionale aanneemsommen.

Combinatie regionale aanneemsommen en verzekeraarsbudgettering een probleem

Geconcludeerd kan worden dat regionale aanneemsommen of lump-sumbenaderingen een goede, zij het tijdelijke oplossing voor doelmatigheidsbevordering, vormen.

Lump-sumbenadering goede, tijdelijke oplossing voor doelmatigheidsbevordering

#### *Bestuursconcessiesystemen*

In paragraaf 3.3 zijn concessiesystemen binnen de vrije markt besproken. Een concessiesysteem binnen de oplossingsrichting van het maatschappelijk ondernemerschap is ook mogelijk. De concessie bestaat dan uit het recht om een instelling te besturen en wordt door de overheid voor een bepaalde tijd verleend aan het bestuur en management van een instelling. Indien het management onder de maat presteert, wordt de concessie niet - of onder specifieke voorwaarden - verlengd. In ernstige gevallen moeten het bestuur en management opstappen om plaats te maken voor andere, betere, managers. De prestaties van instellingen moeten met elkaar kunnen worden vergeleken. Het systeem vereist derhalve externe, dwingende, benchmarking. In paragraaf 2.7 zijn de problemen van het gebruik van benchmarking als tool of control besproken. De Raad is hiervan geen voorstander.

Een bestuursconcessiesysteem is een 'strafstelsel', indien het management onvoldoende presteert wordt het gestraft. Het management krijgt evenwel geen beloning als het excelleert. Het is daarom de vraag of een dergelijk systeem voldoende prikkels bevat om doelmatigheid te stimuleren. Daarnaast is een aantal problemen van meer praktische en juridische aard. Wie gaat de instellingen beoordelen? Wat zijn de criteria en wat is een

Prikkels tot doelmatigheid

acceptabele bandbreedte? Wordt dit een aparte instantie of wordt dit gedelegeerd aan bijvoorbeeld de raad van toezicht van een instelling? Hoe zit het met de aansprakelijkheid; zijn de directie en de raad van toezicht hoofdelijk of individueel aansprakelijk?

Raad geen voorstander van bestuursconcessiestysteem

#### *Competitief budgetsysteem*

Een sterk punt van het vrije concurrerende marktsysteem is dat het een ingebouwd doelmatigheidsstreven kent. De stuwende kracht hierbij is de competitie. De sterke kant van een budgetsysteem is de beheersing van de kosten. Het ligt dan ook voor de hand te zoeken naar een bekostigingssysteem dat de voordelen van beide in zich heeft. In een competitief budgetsysteem is dit het geval.

Competitie als motor voor doelmatigheid

Technisch zou een competitief budgetsysteem als volgt gestalte kunnen krijgen. Er wordt uitgegaan van productprijzen c.q. vergoedings- of normbedragen die voor alle instellingen gelden. Na elke budgetperiode worden de prijzen herzien en berekend als gemiddelde van de gemaakte kosten per te onderscheiden product van alle instellingen in Nederland in de voorafgaande budgetperiode. Instellingen die door doelmatiger werken de kostprijs weten te verlagen, houden geld over, dat zij bijvoorbeeld kunnen gebruiken voor het belonen van degenen die zich inspanningen hebben getroost om de doelmatigheidsverbeteringen te bereiken, voor het investeren in verdere doelmatigheidsverbetering, etc.

Via het systeem van gemiddelden zullen bij gerealiseerde kostenbesparingen in een volgende periode de productprijzen iets lager worden, zodat andere instellingen financieel worden geprikkeld om ook doelmatiger te gaan werken. Door het systeem van gemiddelden overtreffen voor een individuele instelling of groep van samenwerkende instellingen de voordelen van doelmatiger werken de nadelen, namelijk de (iets) lagere prijs in een volgende budgetperiode. Aangenomen mag worden dat van een dergelijk systeem een sterke doelmatigheidsprikkel uitgaat. Het algemene principe dat eraan ten grondslag ligt, het individualiseren van voordelen en collectivieren van nadelen, heeft namelijk in vele sectoren van de maatschappij (overigens niet altijd met wenselijke uitkomsten) zijn werkzaamheid bewezen. Er is geen reden om aan te nemen dat het principe binnen een competitief budgetsysteem met een voldoende groot aantal instellingen niet zal werken.

Individualiseren van voordelen en collectivieren van nadelen: een effectief principe

Competitie en samenwerking zijn elkaars tegenpolen. In de zorgsector kan door afstemming en samenwerking, met name op

Prikkels tot doelmatigheid

regionaal niveau, veel doelmatigheidswinst worden behaald. Concurrentie binnen een regio doet hier juist afbreuk aan. Het is evenwel mogelijk om gelijktijdig zowel concurrentie als samenwerking te hebben als dit op verschillende niveaus plaatsvindt. Op lokaal/regionaal niveau kan worden samengewerkt, terwijl competitie op landelijk niveau plaatsvindt.

Gelijktijdige concurrentie en samenwerking is mogelijk

Een competitief budgetsysteem biedt het instellingsmanagement vrijheid om in te spelen op de lokale situatie en samen te werken. Vaste vergoedingsprijzen helpen hierbij. Het voordeel van het systeem is dat het (lokale) samenwerking, die doelmatigheidswinst oplevert voor de betrokken instellingen, bevordert. Ondanks de vaste vergoedingsprijzen voor de uiteindelijk geleverde zorgproducten, zijn instellingen vrij om te onderhandelen over de diensten en de bijbehorende prijzen die zij onderling van elkaar afnemen. Allerlei activiteiten die doelmatigheidswinst opleveren, zoals gezamenlijke inkoop, in- en uitbesteding bij over- respectievelijk ondercapaciteit, toepassing van diagnostische en therapeutische protocollen en van het elektronisch patiëntendossier en doelmatige transmurale zorg worden daardoor gestimuleerd.

Instellingen kunnen onderling vrij onderhandelen

Binnen het voorgestelde systeem wordt doelmatigheid beloond. Ondoelmatigheid wordt gestraft, immers instellingen die constant slechter presteren dan het gemiddelde zullen interen op hun reserves en uiteindelijk in de problemen komen. Vanuit maatschappelijk oogpunt is het niet wenselijk dat een instelling failliet gaat. Dit betekent dat de overheid een dergelijke instelling tijdig onder curatele moet stellen en maatregelen moet nemen om de instelling doelmatiger te laten werken. In dit opzicht is er een overeenkomst met het hiervoor besproken bestuursconcessiesysteem.

Belonings- en strafsysteem

Overeenkomst met bestuursconcessiesysteem

Opgemerkt dient te worden dat het competitieve budgetsysteem op dit moment nog slechts een concept is. Het is een nieuw concept dat (nog) nergens ter wereld in de praktijk wordt gebracht. De consequenties van grootschalige invoering is dan ook op dit moment onvoldoende te overzien. Daarnaast kan het op dit moment überhaupt niet grootschalig in de praktijk worden gebracht omdat een adequaat systeem van producttypering nog niet voorhanden is. In paragraaf 3.6 wordt nader op producttypering ingegaan.

Praktijktest nodig

#### *Een competitief budgetsysteem en verzekeraarsbudgettering*

Een competitief budgetsysteem is een bekostigingssysteem dat

Er is meer nodig

Prikkels tot doelmatigheid

prikkels bevat om de kostprijzen per producteenheid te minimaliseren. Het biedt geen oplossing voor overschrijdingen van productieafspraken. Tevens staat het los van de wijze waarop het macrobudget verdeeld wordt tot uiteindelijk instellingsbudgetten.

Er is op dit moment een beleid ingezet van verzekeraarsbudgettering. Een competitief budgetsysteem past in een regiomodel met risicodragende en gebudgetteerde zorgverzekeraars. Technisch zou het als volgt gestalte kunnen krijgen. De zorgverzekeraar wordt een budget toegekend op basis van kenmerken van zijn verzekerdenpopulatie. Hiervoor kan hij de noodzakelijke zorgproductmix inkopen bij de zorgaanbieders. Het budget van een individuele instelling is gelijk aan het door de verzekeraar ingekochte volume van de verschillende zorgproducten maal de prijs die via het competitieve budgetsysteem tot stand komt. De zorgverzekeraars bepalen daarmee dus het budget van de individuele instelling.

Zorgverzekeraars bepalen budget  
individuele instelling

In figuur 1 is deze getrapte budgettering schematisch weergegeven.

Het voordeel van gelijke prijzen voor alle verzekeraars (en instellingen) is dat prijs- c.q. premiegerelateerde kwaliteitsdifferentiatie wordt voorkomen: de prikkel om bijvoorbeeld lage kwaliteit van zorg tegen een lage prijs in te kopen, ontbreekt. Elke verzekeraar zal, omdat de prijs toch een gegeven is, zo goed mogelijke kwaliteit willen inkopen. Dit voorkomt een negatieve prijs/kwaliteitsspiraal.

Toegang tot kwalitatief hoogwaardige zorg is gewaarborgd

De zorgverzekeraar draagt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en het volume van de zorg. Productieoverschrijdingen treffen de zorgverzekeraar, die immers risicodragend is, direct. Er is een sterke prikkel om toe te zien op een gepast gebruik van zorg. Competitie tussen verzekeraars moet hen prikkelen tot een goede kwaliteitsbewaking en moet op het niveau van de verzekeringspremie een goede prijs/kwaliteits-verhouding garanderen. Uiteraard is een randvoorwaarde dat verzekerden kunnen uit meerdere verzekeraars en daadwerkelijk 'met de voeten kunnen stemmen'. De overheid zal dit moeten waarborgen.

Verzekerden moeten kunnen kiezen

Net als bij het competitieve budgetsysteem is opgemerkt, geldt ook voor het regiomodel met risicodragende en gebudgeteerde zorgverzekeraars dat het een concept is, dat zich nog niet bewezen heeft. De praktijk zal moeten uitwijzen hoe de concurrentie tussen verzekeraars gestalte zal krijgen en welke consequenties dit heeft voor met name de chronische patiënt.

Praktijktests nodig

#### *Kwaliteitsbewaking*

In de voorgaande paragraaf is gesteld dat de combinatie van vaste prijzen binnen een competitief budgetsysteem en concurrerende verzekeraars een mogelijke neerwaartse prijs/kwaliteitsspiraal tegengaat. De kwaliteit van zorg is evenwel van dermate groot belang dat onafhankelijk toezicht op kwaliteit noodzakelijk blijft. Zoals in paragraaf 2.2 reeds is vermeld moeten, ongeacht het gehanteerde besturingsconcept, adequate kwaliteitswaarborgings-systemen worden toegepast. Hierop dient de overheid toezicht te houden. Hieronder worden niet alleen medical audits binnen instellingen, maar ook systemen voor de behandeling van klachten van patiënten, 'vergelijkende warenonderzoeken', etc. verstaan.

Onafhankelijk toezicht op kwaliteit blijft noodzakelijk

Prikkels tot doelmatigheid

### *Benchmarking*

Van een competitief budgetsysteem gaat een stimulans uit voor het management van de instelling om doelmatig te werken: als zij het goed doet, wordt zij beloond, als zij het slecht doet, wordt zij gestraft. Een groot voordeel is dat het doelmatigheidsstreven inherent aan het systeem is. Er is geen zorgverzekeraar of overheid nodig om van buitenaf een doelmatig bedrijfsproces af te dwingen. De overheid c.q. zorgverzekeraar heeft de rol van toezichthouder op de naleving van de spelregels. Instellingen zullen zelf doelmatiger willen werken en clusters van instellingen zullen dan ook vrijwillig aan benchmarking gaan doen. Door de transparantie en de openheid die onlosmakelijk met het maatschappelijk ondernemerschap verbonden zijn, zullen ook anderen kennis kunnen nemen van de gegevens en hiervan kunnen leren. Echter zodra bijvoorbeeld de overheid deze gegevens als norm gaat verheffen, werkt het niet meer. In het verleden zijn verschillende pogingen in diverse landen om bijvoorbeeld medische richtlijnen of intercollegiale toetsing als extern sturingsinstrument te hanteren, mislukt (Herk, 1997). Geconditioneerde zelfregulering is met name in het tweede compartiment, de curesector, de aangewezen weg.

Doelmatigheidsstreven is inherent aan het systeem

Geconditioneerde zelfregulering in curesector

Binnen het eerste compartiment, de caresector, waar de overheid een sterkere sturende rol heeft, kan benchmarking normatiever van aard zijn.

### *Topzorg*

Een competitief budgetsysteem is niet geschikt voor topzorg. Deze wordt slechts in een beperkt aantal centra verleend, zodat te weinig deelnemers in 'de competitie' zijn. Voor topzorg zal dan ook centrale sturing nodig blijven, wat niet hoeft te betekenen dat voor maatschappelijk ondernemerschap geen ruimte mogelijk is. Integendeel, de centrale sturing zal hiervoor ruimte moeten laten.

Centrale sturing topzorg blijft nodig

Maatschappelijk ondernemerschap binnen een competitief budgetsysteem

Een competitief budgetsysteem stimuleert samenwerking die doelmatigheidswinst oplevert. Als een aantal ziekenhui-

Prikkels tot doelmatigheid



zen door centrale inkoop een lagere prijs voor de producten weet te bedingen, dan zullen ze hier allemaal voordeel van hebben; immers lagere kosten betekent dat men meer overhoudt op het budget. Centrale inkoop wordt zo gestimuleerd. Het is echter niet ondenkbaar dat na verloop van tijd een zekere bureaucratie bij de centrale inkoop binnensluipt en bijvoorbeeld een groothandel goedkoper kan zijn. Binnen een competitief budgetsysteem is het voor een instelling lucratief naar de goedkopere oplossing over te gaan. Binnen een competitief systeem kan een instelling flexibel inspelen op marktveranderingen.

Een competitief budgetsysteem belooft doelmatigheidsbevorderende initiatieven. Als een instelling een overcapaciteit heeft voor bijvoorbeeld MRI-onderzoeken, dan kan zij die voor andere ziekenhuizen verrichten (inbesteden). Het inbestedende ziekenhuis wil een prijs die hoger is dan de kosten die ze voor een onderzoek moeten maken, terwijl voor het uitbestedende ziekenhuis de prijs lager moet liggen dan wanneer men het zelf moet doen. Komt men tot een prijs die hier tussen ligt, dan hebben beide voordeel. Specialisatie is een mogelijkheid om de kosten per product te verlagen. Een competitief budgetsysteem zal dan ook specialisatie bevorderen.

Er zijn legio voorbeelden van in- en uitbesteden denkbaar die voor deelnemende partijen voordeel oplevert, bijvoorbeeld het inkopen van goedkopere verpleeghuisbedden voor bepaalde categorieën patiënten door een ziekenhuis. Ook bijvoorbeeld thuiszorg kan door het ziekenhuis ingekocht worden als alternatief voor klinische behandeling. Transmurale initiatieven die een doelmatiger zorgverlening

Prikkels tot doelmatigheid

mogelijk maken, worden gestimuleerd.

Een competitief budgetstelsel geeft maatschappelijk ondernemerschap de ruimte. Het beloont initiatieven, vernieuwingen, die een doelmatiger zorgverlening opleveren. Het ingebouwde mechanisme waardoor ondoelmatigheid wordt gestraft, zorgt ervoor dat achterhaalde, ondoelmatige handelingen uit de gratie raken. Dit alles zonder dat de overheid dwingend moet optreden.

### 3.5 De patiënt en doelmatigheid

De individuele patiënt kan zich afvragen: 'Wat heb ik nu voor baat bij een grotere doelmatigheid?'

Doelmatiger werken betekent onder andere doelmatiger plannen van onderzoek en behandeling. Dit kan de klantvriendelijkheid bevorderen. Patiënten worden sneller geholpen. Het betekent ook dat de patiënt zich moet aanpassen aan de voor de instelling doelmatige planning, die niet parallel hoeft te lopen met een optimale planning voor de patiënt. Een doelmatig gebruik van dure apparatuur zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat onderzoeken op een voor de patiënt minder aantrekkelijk tijdstip plaatsvinden. Op dit moment zijn er evenwel voor vele behandelingen en onderzoeken lange wachttijden en moet de patiënt zich reeds in de planning schikken. Een grotere doelmatigheid betekent in deze situatie dat de wachttijden juist zullen afnemen.

Patiënt wordt sneller geholpen

Doelmatig werken betekent ook dat zorginstellingen meer met elkaar zullen samenwerken en dat functiedifferentiatie zal optreden. Dit kan de kwaliteit ten goede komen. Het kan evenwel ook inhouden dat de keuzevrijheid van de patiënt in een regio kleiner wordt en dat patiënten wellicht grotere afstanden af moeten afleggen. Doelmatigheid, klantvriendelijkheid en keuzevrijheid zullen derhalve niet altijd volledig parallel lopen.

Door samenwerking neemt keuzevrijheid patiënt af

Voor de samenleving betekent een doelmatiger zorgverlening, dat bij een gegeven budget en kwaliteit meer mensen kunnen worden geholpen. Zoals in paragraaf 1.2 is geschetst, zal de zorgvraag in

Prikkels tot doelmatigheid

de komende jaren blijven stijgen. Om aan deze toenemende zorgvraag bij beperkte middelen te kunnen blijven voldoen, is een doelmatiger zorgverlening noodzakelijk, zodat wachttijden voor de patiënt binnen de perken blijven.

### 3.6 Producttypering

Bij alle in dit hoofdstuk geschetste besturingsconcepten, de historische budgettering uitgezonderd, is één of andere vorm van producttypering noodzakelijk. De wijze waarop zorgaanbieders worden beloofd voor verleende diensten vormt een essentieel onderdeel van alle oplossingen ter bevordering van doelmatig gedrag van zorgaanbieders.

Producttypering is noodzaak

Dit betekent dat op enigerlei wijze producten moeten worden onderscheiden. Deze producten kunnen op zeer verschillende wijzen en niveaus worden vormgegeven: diagnose-behandel combinaties (DBC's), ziektekenmerken, eerste polibezoeken, populatiekenmerken en verwijzingen etc.

Bij de uiteindelijke keuze voor een bepaalde vorm van producttypering is het essentieel rekening te houden met gewenste en ongewenste prikkels voor doelmatigheid. Het is hierbij van uitermate groot belang om onderscheid te maken in niveaus van doelmatigheid. Vergoeden op basis van producten binnen een budgetstelsel kan worden gezien als het plaatsen van schotten: een gedeelte van het budget wordt besteed aan een bepaald product, een ander gedeelte aan een ander product.

Producttypering = zorgvuldig definiëren

Ondoelmatigheidsprikkels in het huidige systeem, waarvan in paragraaf 2.6 een aantal zijn beschreven, vloeien met name voort uit de gehanteerde producttypering gebaseerd op het onderscheid van intra- en extramuraal, eerste en tweede lijn, poliklinisch en klinisch. Binnen de zo ontstane schotten wordt weliswaar gestreefd naar doelmatigheid, maar als geheel kan dit ondoelmatig zijn. Met name door goed op elkaar aansluitende zorg kan veel doelmatigheidswinst worden behaald. Producten moeten zodanig worden gedefinieerd, dat ze aansluiten bij deze integrale ketenbenadering.

Aansluiten bij integrale ketenbenadering

Naast de hiervoor geschetste inhoudelijke eis die aan een goede producttypering moet worden gesteld, is er een aantal 'technische eisen'. Voor de overzichtelijkheid en controleerbaarheid van het systeem moet het aantal te onderscheiden producteenheden niet te groot zijn. Anderzijds mag het aantal ook weer niet te klein zijn,

Niet te veel en niet te weinig ver-

Prikkels tot doelmatigheid

omdat dan het onderscheidend vermogen onvoldoende is. Tevens moeten de producteenheden zodanig worden gekozen dat degene die bepaalt welk product de patiënt/consument nodig heeft, geen andere belangen heeft dan het leveren van een doeltreffende en doelmatige zorg. schillende producten

#### *Diagnose behandelcombinaties*

Deze systematiek gaat uit van de individuele patiënt op het niveau van zijn of haar ziekte. Een product wordt hierbij gevormd door een combinatie van diagnose en behandeling. Het systeem is sterk gericht op de aanbodzijde en indien aan DBC's een vergoeding wordt gekoppeld, lijkt het sterk op een verrichtingsstelsel: de hulpverlener wordt beloond voor het doen van onderzoeken en behandelingen. Er is geen beloning voor het achterwege laten van verrichtingen of het ontplooiën van preventieve of andere gezondheidsbevorderende activiteiten, waarmee de doelmatigheid gediend kan zijn. Als de behandelaar bepaalt welke DBC's van toepassing zijn op de patiënt, voldoet het systeem niet aan de eis dat degene, die bepaalt welk product de patiënt/consument nodig heeft, geen andere belangen heeft dan het leveren van een doeltreffende en doelmatige zorg. Onafhankelijke indicatiestelling kan hier oplossing bieden. Gezien de hoge kosten die dit met zich meebrengt, is dit alleen voor zeer dure behandelingen doelmatig. Een andere mogelijkheid is het vastleggen van de diagnostiek en behandeling in protocollen, of, dwingender, richtlijnen in de vorm van normatieve DBC's op basis van evidence based medicine. Een bepaalde richtlijn is gekoppeld aan een bepaalde prijs die wordt betaald als vergoeding voor de diagnose en behandeling van een patiënt waar de betreffende richtlijn op van toepassing is. De richtlijnen moeten openbaar zijn, zodat de patiënt kan nagaan of de richtlijn goed wordt gevolgd. De richtlijnen kunnen zo een belangrijke rol spelen bij de kwaliteitsbewaking. Aan een dergelijk systeem kleef een aantal problemen, bijvoorbeeld hoe om te gaan met co-morbiditeit, veranderingen van behandelingsmethoden etc. Het opstellen van richtlijnen is een langdurig proces dat grote inspanning vereist.

Normatieve DBC's op basis van evidence based medicine

Openbaar en toetsbaar

#### *Producttypering op basis van ziektekenmerken c.q. zorgzwaarte*

Producttypering op basis van ziektekenmerken c.q. zorgzwaarte gaat uit van de patiënt of vraagzijde en niet van de aanbodzijde.

Voor de curatieve zorg kan dit een systematiek betekenen die uitsluitend gebaseerd is op diagnoses en disease staging, zoals onder andere in het rapport 'Ontwikkelingsprincipes voor de

Prikkels tot doelmatigheid

Inrichting van de Informatievoorziening over de Curatieve Zorg' wordt voorgesteld (Zwetsloot-Schonk, 1997). Voordeel van deze aanpak is dat het veel minder aan veranderingen onderhevig is dan de DBC-systematiek, immers wijziging van behandelingsmethoden heeft geen invloed. In het rapport wordt een aantal van 400 diagnoses genoemd die elk nog verschillende gradaties kennen, zodat men uiteindelijk op meer dan duizend verschillende producten uitkomt. Dit is strijdig met de randvoorwaarde die uit de eis van overzichtelijkheid en controleerbaarheid voortvloeit dat het aantal producten beperkt moet zijn. Daarnaast is er het probleem van de onafhankelijke vaststelling van de diagnose en de ernst van de ziekte.

Onoverzichtelijk

Voor de niet-medisch inhoudelijke zorgverlening, vooral in de caresector, is een systeem gebaseerd op ziektekenmerken in de vorm van zorgzwaarte mogelijk, waarbij met een beperkt aantal zwaartecategorieën kan worden volstaan. Voor de gehandicaptenzorg is de invoering van een dergelijk systeem in de tweede helft van 1998 reeds voorzien. Het is van belang dat de bepaling in welke zorgzwaartecategorie een patiënt valt onafhankelijk wordt vastgesteld. In het eerste compartiment bestaat voor opname in een instelling reeds een onafhankelijke indicatiestelling. De bepaling van de zorgzwaarte kan hierbij worden meegenomen.

Producttypering op basis van zorgzwaarte geschikt voor caresector

*Producttypering op basis van eerste polibezoeken en opnames*

Het in de vorige paragraaf besproken systeem van ziektekenmerken heeft als probleem dat het voor de curesector zeer complex is. Er wordt dan ook gezocht naar andere kenmerken als basis voor producttypering. Eén hiervan is gebaseerd op eerste polibezoeken. Deze producttypering kan worden gezien als een aanneemsom of budget, dus een vast bedrag dat de instelling ontvangt voor diagnose en behandeling van een patiënt die zich 'aan de poort' meldt. Er is geen differentiatie in vergoeding gebaseerd op ziektekenmerken van de patiënt, wel is een globale differentiatie mogelijk, bijvoorbeeld naar specialisme. Aangezien de kosten voor de instelling sterk oplopen als de patiënt daadwerkelijk in het ziekenhuis wordt opgenomen, is er een aparte vergoeding voor opnames.

Net als bij de voorgaande systemen kan ook hier de zorgaanbieder de inkomsten zelf beïnvloeden, bijvoorbeeld door het opvoeren van het aantal eerste polikliniekbezoeken en de patiënt vervolgens lang laten wachten op een vervolfbezoek of het verhogen van het

Manipuleerbaar

Prikkels tot doelmatigheid

aantal opnames.

*Producttypering op basis van populatiekenmerken*

Een nog globalere, en daardoor door de zorgaanbieder minder te beïnvloeden, producttypering is die louter op basis van populatiekenmerken, zoals leeftijd en geslacht. Dit kan op verschillende niveaus plaatsvinden, bijvoorbeeld op het niveau van de instellingen, maar ook op het niveau van een regio. In het laatste geval zou het de basis kunnen vormen voor regionale aanneemsommen. Een probleem is dat naarmate het aggregatieniveau toeneemt, de mate waarin de doelmatigheid op basis van de producttypering gestuurd kan worden, afneemt.

*Producttypering op basis van verwijzingen*

De huisarts als poortwachter bewaakt de toegang tot de tweede lijn en kan worden gezien als een onafhankelijke indicatiesteller. De huisarts heeft inzicht in de kwaliteit van de zorgverlening in de tweede lijn in zijn of haar regio en kan de patiënt dienaangaande adviseren. De schakel tussen de eerste en tweede lijn wordt gevormd door de verwijzing naar een bepaald specialisme. Dit kan als product voor de tweede lijn worden beschouwd waar een vergoeding tegenover staat. Het aantal verschillende producten blijft beperkt tot de verschillende specialismen en oneigenlijke beïnvloeding door de instelling is moeilijk. Om patiënten te krijgen en te behouden, zal de instelling klantvriendelijk moeten zijn en goede kwaliteit leveren.

Huisarts als onafhankelijke indicatiesteller

Een stap verder is om de huisarts financiële verantwoordelijkheid te geven (fundholder). Dit is echter een stap te ver aangezien het de onafhankelijke indicatiestelling in gevaar brengt. Het huidige abonnementsstelsel van de huisarts voor de basishuisartsenzorg voldoet goed.

Huisarts als fundholder is stap te ver

Het ontwikkelen van een goede producttypering is niet gemakkelijk. De verschillende manieren hebben elk hun voor- en nadelen. Deze voor- en nadelen afgewogen, komt de Raad tot de conclusie dat voor de caresector een producttypering op basis van zorgzwaarte de voorkeur geniet. Voor de curatieve zorg is een combinatie van producten gebaseerd op verwijzing en normatieve DBC's c.q. richtlijnen de meest aangewezen weg.

Caresector: zorgzwaarte  
Curesector: combinatie verwijzing en normatieve DBC's

De Raad realiseert zich dat de uitwerking van een systeem op basis van DBC's zeer complex is. De weg om uiteindelijk te komen tot evidence based normatieve DBC's die een doelmatige zorgverlening op macroniveau stimuleren, is lang en vergt veel inspanning, maar de Raad is van mening dat de investeringen zich

Niets zonder veel inspanning

Prikkels tot doelmatigheid

op termijn ruimschoots zullen terugverdienen.

### 3.7 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn drie besturingsconcepten om doelmatig gedrag van zorgaanbieders te stimuleren verkend: (meer) centrale overheidssturing, vrije marktmechanisme en maatschappelijk ondernemerschap. Als randvoorwaarden gelden dat de zorg toegankelijk, van voldoende kwaliteit en betaalbaar moet zijn.

Centrale sturing heeft als voordelen dat de overheid directe greep heeft op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Het systeem leidt echter tot verstarring en bevat onvoldoende en soms zelfs negatieve prikkels voor doelmatigheid.

Centrale sturing: verstarrend

Een volledig vrije markt zonder overheidsingrijpen is niet verenigbaar met de randvoorwaarde van algemene toegankelijkheid en zal door specifieke marktonvolkomenheden niet tot optimale doelmatigheid leiden. De mogelijkheden om de marktonvolkomenheden op te heffen zijn beperkt, zodat (gereguleerde) vrije marktwerking slechts in bepaalde situaties, bijvoorbeeld bij fysiotherapie, genees- en hulpmiddelen, het verzorgende deel van de thuiszorg en tandheelkundige zorg, wenselijk is in de vorm van een normbedragensysteem.

Marktwerking: geen doelmatigheid

Voor het overige deel van de cure- en caresector geniet de oplossingrichting van het maatschappelijk ondernemerschap de voorkeur. Hierbij zijn verschillende sturingssystemen mogelijk. Allereerst is er de mogelijkheid van regionale aanneemsommen. Dit systeem is vrij gemakkelijk te realiseren en heeft een aantal voordelen boven het huidige systeem. De transactiekosten zijn laag en het geeft ruimte aan instellingen om invulling te geven aan het maatschappelijk ondernemerschap. Het systeem bevat echter geen echte prikkels tot doelmatigheid. Daarnaast is het probleem hoe de hoogte van de budgetten moet worden bepaald. Regionale aanneemsommen vormen een goede oplossing voor de korte termijn als overgang naar een beter systeem.

Regionale aanneemsommen zijn tijdelijke oplossing

Een bestuursconcessiesysteem is primair een malussysteem: ondoelmatigheid wordt gestraft. Er is weliswaar een beloning voor

Bestuursconcessiesysteem is slechts een strafsysteem

Prikkels tot doelmatigheid

'voldoende' presteren, namelijk dat het management mag aanblijven, maar er ontbreekt een echte beloning voor als men excelleert.

Een competitief budgetsysteem bevat zowel beloning voor doelmatig als straf voor ondoelmatig werken (bonus *en* malus systeem). Een voordeel van dit systeem is dat het doelmatigheidsstreven ingebouwd is. Er is geen overheid of zorgverzekeraar nodig om doelmatigheid van buitenaf op te leggen. Het geeft ruimte aan het maatschappelijk ondernemerschap. Dit systeem geniet derhalve de voorkeur. Dit bekostigingssysteem is goed te combineren met een regiomodel met risicodragende en gebudgetteerde verzekeraars.

Competitief budgetsysteem en regiomodel goede combinatie

Bij alle systemen, historische budgettering uitgezonderd, is een vorm van producttypering noodzakelijk. Voor de caresector is een producttypering op basis van zorgzwaarte wenselijk en haalbaar. Producttypering voor de curesector is veel complexer. Elke vorm van producttypering heeft zijn voor- en nadelen, de ene vorm is te complex, de andere te gemakkelijk ongewenst te beïnvloeden of te weinig differentiërend etc. De Raad vindt een combinatie van een typering op basis van verwijzingen en behandelingsrichtlijnen c.q. normatieve DBC's de beste oplossing.

Producttypering noodzaak!

Raad heeft voorkeur voor combinatie van verwijzingen en normatieve DBC's



## 4 Aanbevelingen

In de probleemanalyse, hoofdstuk 2, is geconcludeerd dat allereerst een keuze dient te worden gemaakt voor een bepaald besturingsconcept. Pas daarna kunnen concrete aanbevelingen voor wijzigingen van wet- en regelgeving worden gedaan. In het navolgende worden dan ook geen concrete wetswijzigingen voorgesteld. Het moge evenwel duidelijk zijn dat voor de realisering van een aantal aanbevelingen wijziging van met name de Wet Tarieven Gezondheidszorg noodzakelijk is.

Wijziging WTG noodzakelijk

De voorkeur van de Raad gaat uit naar de oplossingsrichting van het maatschappelijk ondernemerschap, waarin het veld vertrouwen krijgt, verantwoordelijkheid neemt en verantwoording aflegt. Als bekostigingssysteem vindt de Raad voor de middellange termijn het competitieve budgetstelsel zoals dat in het vorige hoofdstuk beschreven is, een optie die het overwegen waard is. Het systeem past goed binnen een regiomodel met risicodragende en gebudgetteerde zorgverzekeraars, waarbij sprake is van getrapte budgettering: de zorgverzekeraars bepalen via de inkoop van de, voor hun verzekerdenpopulatie noodzakelijke, zorgproducten de budgetten van de individuele instellingen. Het competitieve budgetstelsel zorgt voor een adequaat prijsniveau. De voor alle verzekeraars en instellingen gelijke prijzen voorkomen prijsgerelateerde kwaliteitsdifferentiatie: de prikkel om bijvoorbeeld lage kwaliteit van zorg tegen een lage prijs in te kopen ontbreekt. Een mogelijke negatieve prijs/kwaliteitsspiraal ontbreekt.

Raad kiest voor maatschappelijk ondernemerschap en competitief budgetstelsel

Negatieve prijs/kwaliteitsspiraal wordt voorkomen

De volgende aanbevelingen worden gedaan:

1. Voor de korte termijn is een verdere uitbreiding van regionale aanneemsommen c.q. lump-sommen wenselijk.
2. Verder uitwerken van een systeem van productprijzen. Voor de caresector is een systeem op basis van zorgzwaarte het meest aangewezen. De ervaringen die worden opgedaan met de geplande invoering van een dergelijk systeem in de gehandicaptenzorg zullen hierbij zeer waardevol zijn. Voor de tweedelijns curatieve zorg lijkt een producttypering gebaseerd op verwijzingen van de huisarts gecombineerd met behandelingsrichtlijnen c.q. normatieve DBC's de beste

Aanbeveling:  
lump-sommen uitbreiden

Aanbeveling:  
systeem van productprijzen uitwerken

Prikkels tot doelmatigheid

oplossing.

3. Experimenten starten met een competitief budgetsysteem in het tweede compartiment. Dit kan goed binnen de algemene kaders waarin de huidige experimenten, zoals regionale aanneesommen, plaatsvinden. Een randvoorwaarde is uiteraard dat een voldoende aantal producttyperingen beschikbaar is (zie aanbeveling 2). Vervolgens moet inzicht komen in de kostprijsofbouw van te onderscheiden producten. Op het terrein van het inzicht krijgen in kostprijzen zijn reeds activiteiten gaande, waarbij kan worden aangesloten. Daarna kan worden 'proefgedraaid' in een beperkt aantal instellingen en een beperkt aantal producten om de methodiek te testen. Gezien dit beperkte aantal deelnemers kan hiermee het competitie-element uiteraard niet worden beproefd. Vervolgens kan voor een beperkt aantal producten een experiment op landelijke schaal worden uitgevoerd, waarna het aantal producten verder wordt uitgebreid.

Aanbeveling:  
experimenteren met competitief  
budgetsysteem
4. Voor extramurale medische hulpmiddelen experimenten initiëren met een PGB op basis van normbedragen. Aangezien een dergelijk systeem goed aansluit bij het bestaande restitutiesysteem dat particuliere verzekeraars hanteren, ligt het voor de hand daar te starten met experimenten.

Aanbeveling:  
experimenteren met  
PGB-normbedragen
5. Rekening en verantwoording van zorginstellingen aan de samenleving waarborgen door eisen te stellen aan de verslaglegging: gestandaardiseerde, openbare en door een accountant goedgekeurde jaarrekening en kwaliteitsrapportage.

Aanbeveling:  
eisen stellen aan verslaglegging

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,**

Prikkels tot doelmatigheid

*Voorzitter,*

Prof. drs. J. van Londen

*Algemeen secretaris,*

Drs. P. Vos

# Bijlagen



## Bijlage 1

### **Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1997 en het hiervan afgeleide werkprogramma**

#### **Uit deel 1 Adviesprogramma 1997-1998 RVZ:**

##### **1.4 Incentives, doelmatigheid en ondernemerschap in de zorgverlening**

###### *Achtergrond en probleemstelling*

In het werkprogramma 1995/1996 van de RVZ was een plaats ingeruimd voor het onderwerp opsporen en opheffen van ondoelmatigheid op microniveau (punt 6.1).

In overleg met het ministerie van VWS is besloten dit onderwerp te integreren in een in 1997 uit te brengen advies over incentives op het vlak van doelmatigheid.

Ondoelmatigheden worden o.m. beïnvloed door de wijze waarop regelgeving is ingericht. In het TVK-rapport is daar aandacht aan geschonken (pagina's 22 en 23). Zorgaanbieders kunnen de neiging hebben om het gedrag zo veel als mogelijk te richten op de regelgeving: gegeven de regelgeving trachten de inkomsten maximaal te maken. Het TVK-rapport concludeert daarover:

"Deze onevenwichtigheid in regelgeving is vanuit de optiek van kostenbeheersing risicovol. Dit betekent dat een herijking nodig is van de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Daarbij gaat het niet zozeer om meer regelgeving; dat werkt eerder contraproductief. Essentie is dat bevoegdheden daar worden gelegd waar ze gegeven de nieuwe gedragspatronen horen.

Daaraan is onlosmakelijk verbonden dat de daarbij horende verantwoordelijkheden ook daadwerkelijk worden afgedwongen".

###### *Vraagstelling*

Tegen deze achtergrond kan worden geconstateerd dat de vraagstelling in het programma 1995/1996 een complement heeft in de regelgeving: wat is nodig op het gebied van de regelgeving teneinde de aanbieders te stimuleren tot doelmatig gedrag. Mede gebruik makend van de analyses in het TVK-rapport, zouden in een aantal sectoren de gedragseffecten van de regelgeving kunnen worden doorgelicht. Aandacht zal daarbij worden geschonken aan de wijze van verantwoording van de beschikbare middelen, mede als instrument om doelmatigheid (via publieke verantwoording) te bevorderen.

#### **Uit deel 2 Werkprogramma RVZ 1997:**

Prikkels tot doelmatigheid

## **8. Incentives en sociaal ondernemerschap**

### *Te beantwoorden beleidsvraag*

Op welke wijze kan de wet- en regelgeving worden aangewend ter stimulering van doelmatig gedrag bij zorgaanbieders?

### *Functie advies in beleidsproces*

Het advies is bedoeld als handreiking aan de bewindslieden van VWS teneinde regelgeving die ondoelmatigheid bevordert, te herzien. Tevens is het bedoeld als aanzet voor een beleid gericht op het versterken van het afleggen van publieke verantwoording over het inzetten van (in overwegende mate) collectieve middelen. Afhankelijk van het benodigde tijdsbeslag kan een aantal sectoren worden geanalyseerd.

Ook volgtijdelijkheid in advisering is mogelijk.

Elke sector wordt in de eigen beleidsmatige context geplaatst.

Zowel voor de huidige als van de beoogde situatie zal worden aangegeven wat de verwachte gedragsreacties zijn.

Het advies wordt opgesteld in nauwe samenhang met het advies over het verzekeringsstelsel en dat over besturing. Verder bestaat er een rechtstreekse relatie met de RVZ-advisering over doelmatigheid in de bedrijfsvoering (onderwerp uit werkprogramma 1996/1997). Deze twee adviesonderwerpen zullen na overleg met VWS worden geïntegreerd in een adviesproject.

### *Programmering advies in 1997*

Tegen deze achtergrond, dient het advies in de tweede helft van 1997 te verschijnen.

## **Bijlage 2**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

**Voorzitter:**

Prof. drs. J. van Londen

**Leden:**

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Mr. I.W. Opstelten

Mr. J.J. van Rijn (tot 1 januari 1998)

Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos





## **Bijlage 3**

### **Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

#### **Raadsleden:**

Mw. M.J.M. le Grand-van den Boogaard

Mr. J.J. van Rijn

#### **Projectgroep:**

Drs. L. Ottes, arts, projectleider

Mw. P. Gouw

Mw. mr. C. Nijkamp

Mw. O.L. Klijn, projectsecretaresse



## Bijlage 4

### Lijst van extern geconsulteerde personen

- Dr. L.M. van den Akker  
Oostnederland Zorgverzekeraar/R.Z.R., Enschede
- J.M. Bergs  
Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht
- Dr. J.L.T. Blank  
Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk
- W.L. Bonhof  
Psychiatrisch Centrum Zon & Schild, Amersfoort
- Drs. J. Bultman  
Ziekenfondsraad, Amstelveen
- Prof. dr. O.J.S. Buruma,  
Academisch Ziekenhuis, Leiden
- F.A.N.M. Clevers  
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Bunnik
- Ir. B.F. Dessing  
Zorgverzekeraar VGZ, Nijmegen
- Mw. dr. E. Eggink  
Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk
- Drs. P.A. de Groote  
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
- Drs. L. Hans  
Rabobank International, Utrecht
- Mr. P.C. de Jong  
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Utrecht
- J. Leenhouts  
Nederlandse Zorgfederatie, Utrecht
- Prof. dr. A.P.W.P. van Montfort  
NZI, Utrecht
- B.A. Ponsioen  
Zorgverzekeraars Nederland, Zeist

- Mr. Th.J.M. Roos  
Ohra Verzekeringen, Arnhem
- Drs. P.C.M. Segers  
COTG, Utrecht
- Drs. M.A.C.J.M. Sijnders  
Univé Verzekeringen, Alkmaar
- Q.A.J. Swagerman, MHA  
Thuiszorg Centraal Twente, Hengelo

## Bijlage 5

### Lijst van afkortingen en begripsomschrijvingen

Bbp	Bruto binnenlands product
Big	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
DBC	Diagnose behandelcombinaties
MDW	Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit
MRI	Magnetic Resonance Imaging (medische beeldvormende techniek, waarmee met behulp van het fysieke verschijnsel van magnetische c.q. kernspinresonance inwendige anatomische structuren in de vorm van kwarsdoorsneden van het lichaam van de patiënt zichtbaar kunnen worden gemaakt.
MTA	Medical Technology Assessment
NZf	Nederlandse Zorgfederatie
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PvdA	Partij van de Arbeid
RIVM	Rijks Instituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
Uvo	Uitkomst van overleg
WEM	Wet economische mededinging
WHO	World Health Organization
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen



## Bijlage 6

### Literatuur

Algemene Rekenkamer. *Het functioneren van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Algemene Rekenkamer, 1995.

Blank, J.L.T. en Eggink, E. *Zuinig op zorg: een empirisch onderzoek naar de product iestructuur van verpleeghuizen in Nederland*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996.

Herk, R. van. *Artsen onder druk: het kwaliteitsbeleid van de medische beroepen in Groot-Britannië, Nederland en België tussen 1970 en 1996, als gevolg van interne en externe druk op de zelfregulering van artsen*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Mackenbach, J.P. Regionale verschillen in de frequentie van enkele veel voorkomende operaties. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, nr. 19, p. 953-957.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Jaar Overzicht Zorg 1998*, Rijswijk: VWS, 1997.

Montfort, A.P.W.P. van. *Zorgverlening: een kwestie van instelling en ondernemen*. Rotterdam: S.n., 1995.

Montfort, A.P.W.P. van. Regionale aanneemsommen voor de curatieve zorg: een wenkend perspectief?! *Medisch Contact*, 1997, 52, nr. 140, p. 1248 - 1250.

Nederlandse Zorgfederatie. *Gezondheidszorg in tel 5*. Utrecht: NZf, 1997.

Organization for Economic Co-operation and Development. *OECD health data file*. Parijs: OECD, 1995, version 3.6. (<http://www.oesd.org>).

Oudkerk, R. en Ploeg, R. van der. *Gepaste zorg: notitie Tweede Kamerfractie PvdA*. Amsterdam: PvdA-fractie, 1995.

Oudkerk, R. en Boomen, van den, I. *Gepaste Zorg II 'Het kan altijd beter': notitie Tweede Kamerfractie PvdA*. Amsterdam: PvdA-fractie, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Het ziekenhuis als*



*maatschappelijke onderneming*. Zoetermeer: RVZ, 1996.

Ruwaard, D. en Kramers, P.G.N. (red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 1997: de som der delen*. Bilthoven; Utrecht: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; Elsevier; De Tijdstroom, 1997.

Schrijvers, A.J.P. *et al.* *Health and Health Care in the Netherlands: a critical Self-assessment by Dutch Experts in the Medical and Health Sciences*. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. *Wet van 22 mei 1997, houdende nieuwe regels omtrent de economische mededinging (Mededingingswet)*. 's-Gravenhage: Sdu-uitgeverij, 1997. Nr. 242.

Tengs, *et al.* Five-Hundred Live Saving Interventions and Their Cost-Effectiveness. *Risk-analysis*, 1995, 15, nr. 3, p. 369-390.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit (MDW)*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1994-1995. Nr. 24036-1.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota De prijs die zorg verdient*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1995-1996. Nr. 24478-1.

Ven, W.P.M.M. van de, *et al.* *Doelmatigheid in de gezondheidszorg: een miljardenkwestie*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 1988. Nr. 88.01.

VNO-CNW. *Doelmatige gezondheidszorg: het werkt beter!: Een verkennende literatuurstudie naar het bestaan en tegengaan van inefficiënties en verspillingen in de gezondheidszorg*. Den Haag: VNO-CNW, 1995.

Werkgroep Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit. *Het ziekenhuis ontketend*. Rijswijk: MDW-ziekenhuiszorg, 1996.

Werkgroep Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit. *Rapport van de werkgroep Concurrentie en prijsvorming in de ge-*

*zondheidszorg*. Rijswijk: MDW-ziekenhuiszorg, 1997.

World Health Organization, Regional Office for Europe (EURO).  
*Health for All Data Base*. Kopenhagen: WHO, 1995.  
(<http://www.who.ch>).

Zorgverzekeraars Nederland. Primary Care in Nederland  
duidelijkst omlijnd. *Zorgverzekeraars Internationaal*, 1997,  
nr. 3, p. 5-6.

Zwetsloot-Schonk, J.H.M. en Vries Robbé, P.F. de. *De ontwikke-  
lingsprincipes voor de inrichting van de informatievoorziening  
over de curatieve zorg*. 's-Gravenhage: Wetenschappelijke Raad  
voor het Regeringsbeleid, 1997.



## Bijlage 7

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1998 kost f 270,--.

#### 1995

-	Volksgezondheid met beleid	gratis
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00

#### 1996

96/01	Programmatistische jeugdzorg	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/08	Stand van zaken preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/13	Achtergrondstudie Thuis in de ggz	25,00

#### 1997

97/01	Adviesprogramma 1997 RVZ	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
97/05	Met zorg wonen deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00

97/07	Achtergrondnota Beter (z)onder dwang	20,00
97/08	Adviesprogramma 1998 RVZ	gratis
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00

#### **Januari 1998**

97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/12	Met zorg wonen deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/13	Achtergrondstudies Geestelijke gezondheids- zorg in de 21e eeuw	40,00

#### **Maart 1998**

97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrond- nota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00



**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,  
Zoetermeer;  
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,  
Dordrecht, omslag  
Uitgave: 1998  
ISBN: 90-5732-031-2

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f20,--  
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer  
onder vermelding van publicatienummer 97/17*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg