

Financiering curatieve zorg

Elke euro telt

Circa 21,5 miljard, dat is het bedrag dat jaarlijks wordt uitgetrokken voor zorg van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Hoe komt dit bedrag tot stand? Wie onderhandelt met welke partij, en wie betaalt wat? En waarom is meepraten zo belangrijk? Feiten en cijfers op een rij over de financiering van de medisch-specialistische zorg.

Financiering van zorg

In veertig jaar tijd is de financiering van zorg al een aantal keren stevig op de schop gegaan om het bekostigingssysteem te vereenvoudigen, de zorgkosten te beheersen en de kwaliteit te blijven verbeteren. Vóór 1979 was er sprake van een 'open einde'-financiering, een aanbodgestuurde regeling zonder budgettair plafond. Langzaam is het paradigma verschoven naar meer vraaggestuurde zorg. Zo deed eerst de budgetfinanciering (1983) haar intrede, daarna de functiegerichte budgettering (1988) en in 2000 kwam het 'boter bij de vis'-principe waarmee extra geld beschikbaar was voor extra zorg aan patiënten, mits goed onderbouwd. In 2006 was het tijd voor een grote omslag: een heel nieuw stelsel met het doel geregleerde marktwerking in de zorg te bewerkstelligen.

De nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) betekende het einde van het ziekenfonds, de komst van de verplichte basisverzekering en de intrede van de DBC-systematiek. In 2015 volgde opnieuw een forse wijziging: de invoering van de integrale tarieven.

Gereguleerde marktwerking

Zowel patiënten, artsen als beleidsmakers verlangen nog weleens terug naar die 'goede oude tijd' van het ziekenfonds. Toch waren er belangrijke redenen om daar afscheid van te nemen, zoals de zeer snel stijgende zorgkosten en de relatief lange wachtlijsten. Er werd gekozen voor geregleerde marktwerking, waarbij de overheid toezicht houdt op de balans tussen vraag en aanbod in de verschillende zorgsectoren, en er ruimte is voor concurrentie, verschil in zorgaanbod en verschillen in de prijzen van behandelingen. De in 2006 opgerichte Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet als 'marktmeester' toe op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, terwijl de Autoriteit Consument & Markt let op gezonde concurrentieverhoudingen.

Een groot voordeel van 'marktwerking' in de zorg moet zijn dat er kostenbewustzijn ontstaat bij patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit zou ervoor moeten zorgen dat er meer op de kosten wordt gelet en er meer wordt ingezet op zaken als preventie en efficiëntie van de zorgverlening en zorginkoop. ►

Wie onderhandelt met wie?

Onder curatieve zorg verstaan we alle zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt: medisch-specialistische zorg, maar ook fysiotherapie, tandheelkunde en huisarts-geneeskunde en een belangrijk deel van de geestelijke gezondheidszorg. De hoofdrolspelers in de curatieve zorg zijn patiënt, arts, overheid, apotheek, ziekenhuis, en zorgverzekeraar.

Elke partij heeft rechten en plichten vanuit de wetgevende kaders. Zo staan in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) de aanspraak beschreven die patiënten maken op geneeskundige zorg en de *zorgplicht* van artsen. In de Zorgverzekeringswet zijn de verplichtingen van zorgverzekeraars benoemd, zoals de *acceptatieplicht* voor het afgeven van een basisverzekering en de *zorgplicht* om voldoende zorg in te kopen. Tot slot beschrijft de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) de regels inzake *marktordening*, *doelmatigheid* en *beheerste kostenontwikkeling*.

En waarover?

Vooral over de 'beheerste kostenontwikkeling' oftewel: het geld. De ambitie van de overheid is goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen. Maar de zorgkosten rezen het afgelopen decennium de pan uit door technologische vooruitgang, de groei van het aantal patiënten, prijsstijgingen en de vergrijzing. Daardoor stegen ook de zorgpremies aanmerkelijk. De rem moest op de kosten, terwijl artsen zich tegelijkertijd hard maakten voor het verbeteren van kwaliteit, vernieuwing en de volksgezondheid.

In 2013 sloot minister Schippers van VWS een zorgakkoord over de medisch-specialistische zorg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), patiëntenfederatie NPCF, de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De afspraken daaruit komen erop neer dat het groeipercentage van de zorguitgaven tot 2017 wordt teruggebracht tot één procent per jaar, met extra druk op de kosten van geneesmiddelen en door de invoering van de integrale bekostiging.

DBC's, DOT en prestaties

Sinds 2005 declareren ziekenhuizen niet meer per verrichting maar per diagnose behandelcombinatie (DBC). Een DBC staat voor de complete behandeling van een patiënt: een (gemiddelde) optelsom van zorgactiviteiten en verrichtingen. Voor alle diagnostiek, behandelingen, operaties en opnames die de patiënt per diagnose ondergaat, wordt één DBC gedeclareerd. Het ziekenhuis onderhandelt met de zorgverzekeraar over de volumes en het tarief per DBC. Dit past binnen het systeem van prestatiebekostiging waarin ziekenhuis en zorgverzekeraar afspraken maken over de zorg voor patiënten.

Maar in 2008 bestonden er meer dan 30.000 DBC's. Die enorme hoeveelheid bemoeilijkte de onderhandelingen met verzekeraars en het maakte de systematiek gevoelig voor fouten. Daarom worden sinds 2012 declareerbare prestaties uitgedrukt in DOT-zorgproducten. Transparantie en medische herkenbaarheid zijn belangrijke uitgangspunten bij het opstellen hiervan, waarvoor de beroepsgroep verantwoordelijk is. De 30.000 DBC's zijn met deze DOT-methodiek teruggebracht naar 4.400 DOT-zorgproducten.

Vaste en vrije segmenten

Voor 30 procent van de 4.400 DOT-zorgproducten stelt de NZa een maximumtarief vast, voor 70 procent geldt een vrij tarief. Het gereguleerd segment geldt voor bijvoorbeeld bijzondere zorg (WBMV) en de kindergeneeskunde. Hiervoor bepaalt de NZa maximumtarieven. In het vrije segment onderhandelen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zonder beperkingen over kwaliteit, prijs en volume. Tot slot is er het vaste segment waarin een beschikbaarheidsbijdrage wordt gegeven omdat deze zorg (deels) niet geschikt is om per prestatie te bekostigen, zoals de inzet van de traumahelikopter. Deze 'zorgprestaties' zijn niet aan een DBC gekoppeld.

Noem 'es een bedrag

De media strooien graag met cijfers. Zo zou de Nederlandse zorg tot de duurste ter wereld behoren, besteden we er 14 procent van ons bruto binnenlands product aan en betaalt een modaal gezin aan zorg ongeveer een kwart van het inkomen (11.500 euro op jaarbasis). Die cijfers kloppen wel, maar met een belangrijke kanttekening: het gaat dan om de uitgaven voor curatieve en langdurige zorg tezamen. In werkelijkheid is de curatieve zorg niet bijzonder duur - we zitten rond het gemiddelde van de OESO. Daarbij wordt de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg in Nederland als uitstekend beoordeeld.

In het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) legt de overheid het beschikbare bedrag vast voor alle zorg. Voor 2016 zijn die bedragen voor de curatieve zorg 45,9 miljard en voor de langdurige zorg 19,9 miljard euro. Om die bedragen nog concreter in te kleuren: ongeveer de helft van het bruto BKZ voor curatieve zorg (23,1 miljard) geldt als macrokader voor instellingen binnen de medisch-specialistische zorg. De andere helft is voor eerstelijnszorg (5,3 miljard), geneeskundige ggz (3,8 miljard), wijkverpleging (3,3 miljard), ziekenvervoer (0,7 miljard) en genees- en hulpmiddelen (6,2 miljard). En om ook dit laatste cijfer wat concreter te maken: in 2014 gaven we aan intramurale farmaceutische middelen 1,73 miljard euro uit, waarvan maar liefst 1,33 miljard euro aan innovatieve (dure) geneesmiddelen. ▶

De zorgeuro

Het bedrag voor het macrokader medisch-specialistische zorg wordt voor 90 procent opgebracht uit de ziektekostenpremies, het eigen risico en belastingen, en voor 10 procent uit de begroting van VWS. Met het budgettaire kader kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders het proces voor de zorginkoop starten; zorgverzekeraars kopen hun zorg vooraf in via contracten met onder andere ziekenhuizen. Ziekenhuizen declareren vervolgens voor de geleverde zorg overeengekomen tarieven aan de verzekeraar. De zorgverzekeraar controleert de facturen en gaat over tot betaling.

Wordt het macrokader medisch-specialistische zorg overschreden, dan kan de overheid ingrijpen door zorgaanbieders achteraf kortingen op te leggen. Binnen de medisch-specialistische zorg is het *macrobeheersinstrument* (MBI) hiervoor vastgesteld. Een korting opleggen is echter een laatste redmiddel, want het staat natuurlijk haaks op de filosofie van marktwerking. In de afgelopen jaren is het MBI dan ook niet ingezet, hoewel de VWS-begroting meestal overschreden werd. Positieve noot: mede dankzij de inzet van medisch specialisten neemt de kostenstijging de laatste jaren af.

Andere positie

De positie van vrijgevestigde medisch specialisten verandert ingrijpend door de integrale bekostiging: zij verliezen hun zelfstandig declaratierecht en moeten voortaan met het ziekenhuis onderhandelen over hun honorarium en de tussen hen geldende voorwaarden.

Daarnaast moeten specialisten en bestuurders samen onderhandelen over de prijs die zij vragen per aandoening. Ziekenhuizen willen daarbij wel invloed houden op de wijze waarop de medisch specialist zijn beroep uitoefent, gelet op de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van het ziekenhuis tegenover de patiënt en de contractuele afspraken met de zorgverzekeraars.

Met al deze verschuivingen groeit de zakelijke verantwoordelijkheid van de vrijgevestigde specialisten, evenals het belang van onderhandelen en samenwerken met de raad van bestuur van het ziekenhuis. Met deze veranderde belangen maken de maatschappen plaats voor het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Andere ziekenhuizen kiezen om een deel of alle medisch specialisten in loondienst te nemen. Tegelijkertijd zijn er naast MSB's in veel ziekenhuizen ook VMSD's opgericht: verenigingen voor medisch specialisten in dienstverband.

Afspraak is afspraak

Het speelveld van de financiering van de curatieve zorg is complex. Medisch specialisten hebben binnen dit ingewikkelde systeem een sleutelrol. Zij zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg, moeten de geleverde zorg registreren en voelen zich verantwoordelijk om samen met het ziekenhuis op de kosten te letten, zonder aan kwaliteit in te boeten.

Die rol goed vervullen is niet altijd even gemakkelijk: belangen botsen af en toe, de kwaliteit staat soms onder druk en andere partijen willen nog weleens op de stoel van de medisch specialist gaan zitten. Ook leidt de complexiteit van het systeem onder meer tot regeldruk en registratielast. Toch lukt het medisch specialisten tot nu toe om de afspraken uit het zorgakkoord na te komen. Het huidige akkoord loopt in 2017 af. Naar verwachting komt er dan een nieuw zorgakkoord.

Alles-in-één tarief

Sinds januari 2015 betalen zorgverzekeraars en patiënten behandelingen in de medisch-specialistische zorg volgens één integraal tarief. Dat betekent dat het ziekenhuis alle behandelkosten declareert bij de verzekeraar en/of de patiënt en de volledige vergoeding hiervoor ontvangt. Met de invoering van deze integrale bekostiging wordt niet langer onderscheid gemaakt tussen het instellingsdeel en het honorariumdeel van de zorgproducten. Het doel: minder complexe nota's en meer gelijkgerichtheid van ziekenhuis en specialisten om samen de beste zorg te willen leveren. ●



Meer weten over de financiering van curatieve zorg?
Bekijk de animatie op www.demedischspecialist.nl.