

Bijlage 2

Evaluatie DBC-experiment

- Ruimte voor Resultaat -

1 Inhoudsopgave

1	Inhoudsopgave	2
2	Inleiding	3
3	Context en doelstellingen experiment	3
4	Evaluatiegegevens	5
4.1	Criteria van evaluatie	5
4.2	Ontwikkeling van de wachtlijsten	5
4.3	Kwantitatieve gegevens	6
4.3.1	Reguliere productie.....	6
4.3.2	Gegevens experiment	7
4.4	Kwalitatieve gegevens	9
4.4.1	Zorgverzekeraars	9
4.4.2	Ziekenhuizen	10
4.4.3	Medisch specialisten	12
5	Conclusies van het experiment	12
6	Gevolgen voor de invoering van de nieuwe systematiek	14

2 Inleiding

Zowel in het Strategisch Akkoord (start experiment Ruimte voor resultaat) als in het Hoofdlijnen Akkoord is aangegeven dat de behoefte aan zorg van de burgers een leidend beginsel moet zijn en dat ruimte moet ontstaan voor maatoplossingen, vernieuwing en efficiencyverhoging. Als instrumenten noemt het SA in dat verband: deregulering en financiering op basis van prestaties; concurrentie tussen aanbieders van zorg en tussen zorgverzekeraars; (op den duur) reële prijsvorming. Het HA geeft aan dat “de centrale aanbodsturing is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord is, vervangen door gereguleerde marktwerking”. In de ziekenhuissector wordt al enkele jaren gewerkt aan het Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) systeem waarbij een vorm van prestatiebekostiging mogelijk wordt hetgeen een voorwaarde is voor marktwerking. Een DBC is de behandel prijs voor een medisch zorgproduct, en bevat daarmee de kosten voor een beschreven medische behandeling. Met ingang van 2003 is als eerste stap om behandel prijzen in te voeren het experiment ‘Ruimte voor Resultaat’ van start gegaan.

Dit rapport evalueert het experiment aan de hand van vooraf gestelde doelstellingen en benoemde criteria (zie brief aan de Tweede Kamer CZ/B-2333090). In paragraaf 3 van dit rapport wordt ingegaan op de context van het experiment en de vooraf geformuleerde doelstellingen. In paragraaf 4 zijn de evaluatiecriteria genoemd en zijn de resultaten van het experiment (kwantitatief en kwalitatief beschreven). In de 5^e paragraaf zijn enkele conclusies getrokken en zijn de gevolgen daarvan voor verdere invoering geformuleerd.

Een concept van dit rapport is besproken met de ambtelijke werkgroep die het experiment begeleidt. Deze werkgroep bestaat uit het Ministerie van Financiën, het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het Ministerie van VWS. Zorgverzekeraars Nederland is aanwezig als waarnemer. Tevens is het concept rapport besproken met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nationale Raad voor Particuliere Klinieken. Ook zijn reacties van de Orde voor Medisch Specialisten op het concept ontvangen en verwerkt.

3 Context en doelstellingen experiment

- Context

Het huidige systeem van bekostiging van de ziekenhuis (functiegerichte budgettering) en de medisch specialistische zorg (lumpsum) is gebaseerd op de verdeling van een het landelijk beschikbare budget, via een klein aantal maatstaven en daarmee tamelijk grof, naar individuele ziekenhuisbudgetten. Dit top-down-systeem van bekostiging heeft weinig relatie met de werkelijke prestaties en de werkelijke kosten omdat het systeem niet is gebaseerd op kostprijzen. Daardoor worden niet altijd de juiste kostensignalen afgegeven. Dat kan leiden tot ongewenste keuzen (bijvoorbeeld patiënten niet in dagopname behandelen omdat dat verliesgevend is, maar met een opname en dus overnachting) en een slechte aansluiting bij de vraag van de patiënt.

- DBC-systematiek

Een stelsel van bekostiging is een instrument om doeleinden te realiseren, het is geen doel op zich. Het voornaamste doel is: voldoende productie die aansluit bij de vraag van de patiënt (geen wachttijden; geen “verkeerde” productie) tegen zo laag mogelijke kosten en een zo goed mogelijke kwaliteit. De afgelopen jaren is in de ziekenhuissector gewerkt aan een goede beschrijving van zorgproducten die geschikt zijn voor prijsvorming. Deze producten zijn de zgn. DBC's. Hierna wordt een concreet voorbeeld gegeven van de kostprijsberekening (cijfers fictief) zoals deze in het kader van de DBC systematiek plaatsvindt voor het ziekenhuisdeel.

Voorbeeld berekening DBC kostprijs (ziekenhuisdeel)

zorgprofiel	Verrichtingen	euro	aantal
polikliniek bezoeken	eerste polikliniek bezoek	18,15	1
	herhaal bezoeken	18,15	1
kliniek	verpleegdag klasse x	241,85	2
diagnostische activiteiten	arthroscopie knie i.c.m. heilkundige ingreep	134,32	1
operatieve verrichtingen	kruisbandplastiek met transplantatie	593,03	1
beeldvormende diagnostiek	knies en/of onderbeen	34,49	1
(para)medische functies	fysiotherapeutische behandeling	19,06	1
totale kostprijs ziekenhuisdeel bij patiënt x		1059,1	8

Aangezien in 2002 de problematische wachtlijsten/tijden nadrukkelijk de aandacht vroegen, heeft toenmalig minister Bomhoff diverse mogelijkheden overwogen om meer ruimte voor extra productie te genereren. Overwogen zijn onder meer regelvrije zones en het versneld (volledig) invoeren van de nieuwe systematiek. De rode draad was dat er ruimte voor meer productie zou moeten ontstaan zodat daarmee de wachttijden zouden afnemen. Bovendien moest ervaring ontstaan onder welke voorwaarden een systeem van vraagsturing zo functioneert dat klantgerichtheid, extra zorg en doelmatig geproduceerde zorg hand in hand gaan. Omdat (extra) zorg wordt afgesproken door zorgaanbieders en zorgverzekeraars is het essentieel hen ervaring te laten opbouwen met het systeem van zorgproducten met behandelprizen. Zorgverzekeraars moeten bijvoorbeeld in staat zijn om met zorgaanbieders meer en doelmatiger zorg af te spreken. Als eerste stap van de invoering van een systematiek van zorgproducten met behandelprizen is het experiment Ruimte Voor Resultaat gestart.

- het experiment

Het experiment "Ruimte voor resultaat" biedt zorgverzekeraars en ziekenhuizen de gelegenheid te onderhandelen over volume, prijs én kwaliteit van de geleverde zorg. In beginsel geldt het experiment voor het jaar 2003 en kan het gezien worden als opmaat naar de invoering van de nieuwe systematiek. Het onderhandelingproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars betreft zowel de ziekenhuiscomponent als de honorering van de medisch specialist.

De omvang van "ruimte voor resultaat" wordt bepaald door twee aspecten: het aantal producten (DBC's) binnen het experiment en het aantal ziekenhuizen/specialisten die eraan meedoen. Er zijn 105 DBC's in 17 clusters geselecteerd voor het experiment. De zorgproducten zijn geselecteerd op basis van de volgende criteria: (1) geen spoedeisende zorg; (2) geen eenvoudige substitutiemogelijkheden; (3) substantieel volume; (4) herkenbaar voor het publiek; (5) substantieel productieprobleem; (6) een behoorlijk deel van de DBC's moet door zelfstandige behandelcentra geleverd kunnen worden; en (7) eenduidig en makkelijk over te rapporteren. Het gaat om de volgende producten:

Nr.	Naam	Nr.	Naam	Nr.	Naam
1	liesbreuk	7	prostaatingreep	13	hernia
2	galstenen verwijderen	8	sterilisatie man	14	borstverkleining
3	Spatader behandeling	9	sterilisatie vrouw	15	staar
4	slagader verwijding	10	totale heupoperatie	16	chronische dialyse
5	afgesloten bloedvat vrijmaken	11	totale knieoperatie	17	baarmoeder afwijkingen
6	borstkanker behandeling chirurgisch	12	knies ingreep		

Berekend is dat met deze ingrepen in het huidige systeem ca. € 750 mln. euro is gemoeid (€ 630 mln. ziekenhuiscomponent en € 120 mln. honorering van de medisch specialisten).

De overgang van het systeem van aanbodsturing naar een systeem van vraagsturing is een grote verandering in de wijze van werken van alle betrokkenen in het veld.

Het ligt in de rede dat betrokkenen, wellicht met vallen en opstaan zullen moeten leren om goed om te gaan met het nieuwe systeem. De verzameling van leerervaringen is belangrijk voor een goede verdere implementatie. Vandaar ook deze evaluatie van het experiment. De resultaten van het experiment bieden belangrijke aanrijpingspunten voor de wijze waarop en in welk tempo de nieuwe systematiek ingevoerd kan worden.

4 Evaluatiegegevens

In paragraaf 4.1 zijn de criteria voor evaluatie uit de brief "Ruimte voor Resultaat" weergegeven. In de navolgende paragrafen wordt aangegeven welke ervaringen met betrekking tot deze criteria zijn opgedaan.

4.1 Criteria van evaluatie

De criteria voor de evaluatie zijn verwoord in de brief "Ruimte voor Resultaat", te weten (letterlijk citaat uit de brief):

- a. Primair betrof het, het kunnen bezien of de geboden ruimte leidt tot **de verwachte prikkel tot extra productie** bij een aantal medische ingrepen waarvoor wachtlijsten bestaan.
- b. Secundair ging het om te kunnen toetsen of **zorgverzekeraars inderdaad in staat zijn goede contracten af te sluiten** met instellingen. Goede contracten houden in: meer zorg tegen een scherpe prijs. Dit is van belang voor de introductie van een nieuw zorgstelsel waarin zorgverzekeraars in een competitieve omgeving een belangrijke rol krijgen.
- c. Tertiair wil ik **leerervaringen voor de betrokkenen partijen** in het veld en het op gang brengen van **wenselijk te achten veranderingsprocessen** (cultuur en organisatie).

4.2 Ontwikkeling van de wachtlijsten

Als **criterium a** is in de brief "Ruimte voor Resultaat" aangegeven dat het experiment tot meer productie c.q. kortere wachttijden zou moeten leiden. Onderstaande tabel bevat de wachttijden van de betrokken zorgproducten (waarvoor de wachttijden separaat worden bijgehouden) en de wachttijden per juli 2003 hiervoor.

wachtijd in weken	jan2003		juli2003	
	kliniek	dagverpleging	kliniek	dagverpleging
liesbreuk	7,7	7,3	6,8	6,4
galsteen verwijdering	6,8	9,0	6,5	4,8
Spatader behandeling	12,7	13,3	9,4	9,3
prostaatingreep	6,9	4,3	6,1	3,3
sterilisatie man	5,8	5,6	4,2	5,1
sterilisatie vrouw	3,7	4,8	3,9	4,8
totale heupoperatie	15,6	7,8	12,7	6,8
totale knieoperatie	17,1	7,2	13,9	6,9
knie ingreep	7,5	7,2	7,7	6,9
hernia rug	10,0	11,0	7,8	12,0
borstverkleining	34,0	26,9	38,8	46,1
staar	14,0	12,4	11,1	11,2

Toelichting op deze tabel:

Uit deze tabel blijkt dat voor het leeuwendeel van de zorgproducten de wachttijden zijn afgenomen. Uitzonderingen zijn de hernia rug en de borstverkleining.

4.3 Kwantitatieve gegevens

Het experiment heeft voor een aanzienlijke dynamiek in de sector gezorgd. Het signaal dat van het experiment uitgaat, heeft ziekenhuizen, zorgverzekeraars en medisch specialisten duidelijk gemaakt dat het de overheid ernst is met de invoering van de nieuwe systematiek.

Vele ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om zorgproducten af te spreken verkend. De stand van zaken eind augustus 2003 is dat 14 zorgaanbieders (8 ziekenhuizen en 6 zelfstandige behandelcentra) afspraken met zorgverzekeraars hebben gemaakt. Hoewel dit aantal niet groot is, moet het effect van het experiment niet worden onderschat. Vele ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn over zorgproducten in gesprek geraakt en hebben gemerkt wat daarmee samenhangt. Uit een inventarisatie van ZN blijkt dat zorgverzekeraars met 44 zorgaanbieders hebben onderhandeld. Dat deze dynamiek tot niet meer dan 14 contracten heeft geleid kent een groot aantal oorzaken. Deze komen in het kwalitatieve deel van de evaluatie aan de orde (§ 4.4). Voor wat betreft de kwantitatieve analyse wordt allereerst een beeld gegeven van de reguliere productieafspraken. Vervolgens wordt specifiek op het experiment ingegaan. Allereerst volgt een algemeen indruk van het experiment.

4.3.1 Reguliere productie

Hiervoor is aangegeven dat de wachttijden aanzienlijk zijn gedaald. De vraag is of de daling van de wachttijden samenhangt met het experiment. Om deze reden wordt hierna een beeld gegeven van de productie 2002 en de productieafspraken 2003. Uit rapportages van het CTG blijken de volgende productieafspraken voor de algemene en de categorale ziekenhuizen. De voornaamste productie-indicatoren voor de huidige bekostiging zijn de klinische opnamen, de dagopnamen de eerste polikliniekbezoeken.

Algemene en categorale ziekenhuizen	2002 realisatie	2003* afspraak*	% groei 2002/2003
Klinische opnamen	1.474.242	1.511.957	2,6%
Dagopnamen	913.483	952.676	4,3%
Eerste polikliniekbezoek.	7.459.123	7.652.808	2,6%

Uit deze tabel blijkt dat de productie van de algemene en de categorale ziekenhuizen van 2002 op 2003 aanzienlijk toeneemt, voor de dagopnamen zelfs met ruim 4%.

Voor de academische ziekenhuizen blijkt de volgende productie:

Academische ziekenhuizen	2002 realisatie	2003* afspraak*	% groei 2002/2003
Klinische opnamen	205.180	210.404	2,5%
Dagopnamen	113.220	111.937	-1,1%
Eerste polikliniekbezoek.	940.610	958.243	1,9%

Uit deze tabel blijkt dat ook de productie van de academische ziekenhuizen van 2002 op 2003 toeneemt. Het gaat dan vooral om de klinische opnamen (2,5%) en de eerste polikliniekbezoeken (1,9%). Er worden wat minder dagopnamen verwacht dan in 2002.

Over het geheel genomen is van 2002 op 2003 aanzienlijk meer zorg afgesproken tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Met deze productie hangt het volgende budgettaire beslag samen:

x €1 mln.	2002	2003	% groei
-----------	------	------	---------

	realisatie	afpraak*	2002/2003
Alg.+ cat. ziekenhuizen	8.157,0	8.335,0	2%
academische ziekenhuizen	2.494,0	2.534,0	2%
Medisch specialistische zorg	1.461,7	1.520,2	4%
totaal	12.112,7	12.389,2	

Uit deze gegevens blijkt dat de productie zowel in aantallen als in financieel beslag van 2002 op 2003 toeneemt. De productie neemt met ruim 2,5% gemiddeld toe terwijl het financieel beslag met gemiddeld ca. 2,2% toeneemt. De reden waarom de productie sneller stijgt dan het budget is gelegen in het feit dat de "goedkope" productie (zoals de dagopname) relatief snel toeneemt.

4.3.2 Gegevens experiment

Uit CTG-gegevens met betrekking tot het experiment (eerste helft van het jaar, op dat moment waren 12 afspraken gemaakt waarvan 6 met ziekenhuizen) blijkt het volgende beeld voor de ziekenhuizen:

Naam DBC-groep RvR	aantal DBCs afgesproken 2003	prijs Gewogen gemiddelde	Omzet DBC's*			Verschil met huidige budget*		
			Totaal	Waarvan ziekenh.	Waarvan spec.	Totaal	Waarvan ziekenh.	Waarvan spec.
Liesbreuk	979	1.592	1,6	1	0,5	0,3	0,0-	0,4
Galsteen verwijdering	279	2.556	0,7	0,5	0,3	0,1	0,0-	0,1
Spatader behandeling	660	1.994	1,3	0,8	0,5	0,4	0,0-	0,4
Arter. chir. buikaneurysma	100	11.350	1,1	0,9	0,2	0,9	0,9	0
Arter. chir. shunt/stent been			-	-	-	-	-	-
Borstkankerbehandeling			-	-	-	-	-	-
Prostaatingreep			-	-	-	-	-	-
Sterilisatie man			-	-	-	-	-	-
Sterilisatie vrouw			-	-	-	-	-	-
Totale heupoperatie	2.407	7.813	18,8	16,9	2	1,5	1,3	0,3
Totale knieoperatie	1.434	8.378	12	10,9	1,1	1,5	1,4	0,1
Knie ingreep	284	1.705	0,5	0,4	0,1	0,1	0,1	-
Hernia rug	100	2.200	0,2	0,2	-	0,1	0,1	-
Borstverkleining			-	-	-	-	-	-
staar	4.212	1.132	4,8	3	1,8	0,3-	0,7-	0,4
Chronische dialyse	23	74.971	1,7	1,5	0,2	0,5	0,3	0,2
Cervixafwijkingen			-	-	-	-	-	-
totaal			42,7	36	6,8	5,2	3,2	1,9

Toelichting op de tabel:

- de eerste kolom geeft het aantal behandelingen dat door zorgaanbieders en zorgverzekeraars is afgesproken weer;
- de volgende kolom geeft de gemiddelde prijs van de afgesproken zorgproducten;
- de "omzet"-kolom geeft de verder de totale kosten, met een specificatie naar het ziekenhuis deel het medisch specialistische deel;
- dezelfde splitsing voor het verschil tussen de afspraken en het huidige budget.

Uit deze tabel blijkt dat:

- de deelname aan het experiment beperkt is. De belangrijkste redenen komen hierna aan de orde.
- diverse producten (zoals Sterilisatie of Prostaatingreep) worden niet afgesproken; kennelijk komen deze producten niet in aanmerking om afspraken over te maken, zolang deelname aan het experiment vrijwillig is. Indien wordt besloten om de vrijwilligheid van het experiment te handhaven, binnen hetzelfde budgettaire volume, bestaat er dus aanleiding om de lijst aan te passen.
- de totale omzet van het experiment is ca. €42,7 mln.; ten opzichte van de huidige bekostiging is dat ca €5,2 mln. meer. Dit extra bedrag doet zich zowel bij de ziekenhuis als bij de medisch specialisten voor, waarbij het zwaartepunt van de extra kosten bij de medisch specialisten ligt. Hieruit zou de conclusie getrokken kunnen worden dat uit het experiment blijkt dat het ziekenhuis de medisch specialisten subsidieert. Dit kennelijke prijseffect verdient in het beleid met betrekking tot de invoering aandacht.
- om een goed beeld te hebben moet onderscheid worden gemaakt tussen prijs- en volume effecten. Van een prijseffect is sprake als dezelfde (of minder) productie meer middelen vergt. Van een volume-effect is sprake als meer productie wordt geleverd voor evenredig meer middelen. Een volume-effect past in het 'boter bij de vis' beleid om de wachttijden te verminderen. Volgens het CTG is zowel sprake van een prijseffect als van een volume-effect, maar zijn deze niet gemakkelijk te scheiden.
- Uit de gegevens die ten grondslag liggen aan deze tabel blijkt dat aanzienlijk verschillende prijzen zijn afgesproken.

Prijverschillen

Navolgende tabel geeft een overzicht van de afgesproken prijzen voor de totale heupoperaties, de totale knieoperaties, de knie ingrepen en de cataracten (gesplitst per type). Voor deze zorgproducten is gekozen omdat deze een belangrijk deel van de ziekenhuisproductie uitmaken.

DBC-groep	type	totale prijs		ziekenhuisdeel		specialisten deel	
		Laagste	Hoogste	Laagste	Hoogste	Laagste	Hoogste
totale heupoperatie	1	6.537	9.333	6.198	8.320	339	1.013
totale heupoperatie	2	8.000	9.333	7.050	8.320	660	1.150
totale heupoperatie	3	5.323	9.333	4.423	8.320	660	1.013
totale heupoperatie	4	4.285	9.333	3.685	8.620	600	1.013
totale heupoperatie	5	1.199	1.199	974	974	225	225
totale knieoperatie	1	6.874	11.202	6.124	9.976	307	1.226
totale knieoperatie	2	9.722	12.018	8.728	11.018	994	1.226
totale knieoperatie	3	1.854	11.202	1.554	9.976	300	1.226
totale knieoperatie	4	2.664	11.202	2.214	9.976	450	1.226
knie ingreep	1	1.756	1.756	1.356	1.356	400	400
knie ingreep	2	1.311	1.311	1.036	1.036	275	275
knie ingreep	3	2.699	2.699	2.099	2.099	600	600
knie ingreep	4	2.904	2.904	2.329	2.329	575	575
knie ingreep	5	2.013	2.013	1.638	1.638	375	375
cataract	1	1.050	1.300	571	980	320	479
cataract	2	1.050	1.200	571	818	382	479

Toelichting op deze tabel

Uit deze tabel blijken per zorgproduct-type aanzienlijke verschillen met betrekking tot de prijzen. Voor wat betreft de totale heupoperatie en de knie-ingreep geldt dat er sprake is van afspraken met één aanbieder, die dus zowel de hoogste als laagste prijs 'in de markt zet'.

4.4 Kwalitatieve gegevens

In deze paragraaf wordt 'het verhaal achter de cijfers' beschreven. Ten behoeve van hiervan is gesproken met een zorgverzekeraar en met enkele ziekenhuizen over hun ervaringen. Ook is ingegaan op de ervaringen van de zorgverzekeraars en de medisch specialisten.

4.4.1 Zorgverzekeraars

Door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is geïnventariseerd wat de ervaringen met betrekking tot het experiment zijn. Uit deze inventarisatie blijkt dat de zorgverzekeraars met 44 ziekenhuizen hebben onderhandeld. Deze onderhandelingen hebben in ca. 30% van de gevallen tot een resultaat geleid. De belangrijkste resultaten zoals deze blijken uit de ZN-inventarisatie zijn:

- a. er zijn ziekenhuizen die qua administratie onvoldoende ver zijn om op zorgproductniveau productieafspraken te kunnen maken;
- b. de medisch specialisten vragen soms meer honorarium dan de zorgverzekeraar wil vergoeden;
- c. de onderhandelingen met het ziekenhuis zijn nog gaande. De verwachting bestaat dat in het najaar als nog experiment afspraken worden gemaakt;
- d. er zijn ziekenhuizen die zich terughoudend opstellen met betrekking tot de invoering.

Verder is gesproken met een van de grotere Nederlandse zorgverzekeraars over de ervaringen rond het experiment. Hieruit blijkt dat het goed beheersen van de nieuwe systematiek enige gewinning vergt. Zowel de administratieve kant als de onderhandelingskant vergt het opbouwen van ervaring.

Contracteren en openbaarheid

Deze zorgverzekeraar heeft met meerdere zorgaanbieders onderhandeld over zorgproduct-contracten omdat men het experiment wilde benutten om zo veel mogelijk ervaring op te doen met de nieuwe systematiek. De voornaamste reden om geen afspraken te maken, lag in de honorering van de medisch specialisten. Ook als het wel lukte om over het ziekenhuisdeel van de afspraken te maken, kwam het voor dat de medisch specialisten een voor de verzekeraar te hoog uurtarief vroegen.

Belangrijk bij het contracteren van zelfstandige behandelcentra was de openbaarheid van afgesproken tarieven die op grond van de WTG noodzakelijk is. Het CTG moet openbare beschikkingen met een opgave van de afgesproken tarieven. Zowel voor de zorgverzekeraars als de zelfstandige behandelcentra zou het bekend worden van de tarieven leiden tot een concurrentienadeel. Het bekend worden van het tarief zou nl. de richtprijs kunnen worden bij de toekomstige onderhandelingen door andere zorgverzekeraars. Hierbij moet worden opgemerkt dat de WTG zal worden aangepast. Onderdeel van het wetsvoorstel is dat ook de prestaties kunnen worden afgesproken zonder dat daartegenover een tarief staat. Met andere woorden er wordt een mogelijkheid geschapen dit bezwaar weg te nemen.

Leerervaringen voor verdere invoering DBC-systematiek c.q. adviezen aan de overheid

- van belang voor het vervolg is volgens de zorgverzekeraar dat de één op één publicatie van prijzen/tarieven niet langer noodzakelijk is omdat het om concurrentie gevoelige informatie kan gaan (WTG-express).
- voor wat betreft de uitbreiding van het deel van de ziekenhuisproductie waarvoor vrije prijsvorming mogelijk is, zou de zorgverzekeraars het liefst zorgproducten zien die ook door

zelfstandige behandelcentra worden geleverd. Het is voor de zorgverzekeraar dan mogelijk om te kiezen en ook daadwerkelijk te onderhandelen.

- de zorgverzekeraar heeft behoefte aan een productprijs die integraal is, dus incl. de kapitaallasten (van normatief naar werkelijke kosten).

4.4.2 Ziekenhuizen

Ter verwerving van kwalitatieve informatie over het experiment zijn vier ziekenhuizen bezocht waarvan bekend was dat deze een afspraak hebben gemaakt of daarmee op enige wijze doende waren. De bezochte ziekenhuizen zijn alle ziekenhuizen die betrokken waren bij de ontwikkeling van de nieuwe systematiek. Deze ziekenhuizen zijn dus al wat langer doende met de invoering van de nieuwe systematiek. Deze paragraaf geeft, verdeeld over enkele categorieën, een beeld van de ervaringen van deze ziekenhuizen. Het is daarmee in de eerste plaats een verslag van de ervaringen van deze ziekenhuizen.

Implementatie motivatie

In de gesprekken is aangegeven dat een externe drang van belang is om wat grotere veranderingen door te voeren in het zorgsysteem. Tegelijkertijd is het de beleving van de ziekenhuizen dat in ziekenhuizen nog extra doelmatigheid is te boeken in de planbare zorg. Als deze extra doelmatigheid kan worden gerealiseerd wordt het mogelijk om met dezelfde middelen, meer zorg of een betere kwaliteit zorg te leveren. De ziekenhuizen zijn eensgezind van mening dat het met de huidige bekostiging vrijwel onmogelijk is om een groot veranderproces op gang te brengen en/of voor de zorgverzekeraar een goede onderbouwing van de productie op te stellen c.q. aan te tonen dat extra budget noodzakelijk is. Kenmerkend voor de ziekenhuizen waarmee is gesproken, is verder dat men achter vormen van prestatiefinanciering en marktwerking staat. De nieuwe systematiek is aangegrepen om een intern veranderproces op gang te brengen en wordt noodzakelijk geacht om een koppeling te leggen tussen bekostiging en interne sturing, Intern afrekenen kan dan op basis van die interne budgettering terwijl deze weer aan de externe bekostiging is gekoppeld.

Administratie, registratie en administratieve lasten

De bezochte ziekenhuizen zijn al enige tijd doende met de implementatie van de nieuwe administratieve organisatie en registratie. Aangegeven wordt dat het niet eenvoudig is om de overgang van de ondoorzichtig huidige bekostiging naar de nieuwe transparante bekostiging te maken. Deze transparantie (ook intern dus) vereist een goede Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) en registratie. Er moet een datawarehouse komen, nieuwe software in gebruik worden genomen, opleidingen gevolgd, werkprocessen veranderd, enz.

De ziekenhuizen gaven ook aan dat zodra de structuur (productstructuur, kostentoerekening, enz) duidelijk was de nieuwe systematiek binnen enkele maanden naar behoren functioneerde. Het beeld is dat in totaal, om de nieuwe registratie goed in te kunnen voeren, vanaf de start op een half jaar moet worden gerekend. Voorwaarde voor een periode van zes maanden is dat er vooraf en landelijk duidelijkheid bestaat over de eisen aan de AO/IC en de registratie. Ook een voorwaarde is dat er verder 'rust aan het front' is. Aanpassingen in de huidige bekostiging werken verstorend en moeten achterwege blijven.

Gesteld werd dat na de invoering van de nieuwe registratie een aanzienlijke extra doelmatigheid in het ziekenhuis is ontstaan. In een ziekenhuis werd als voorbeeld aangegeven dat voordat de nieuwe systematiek werd ingevoerd, meerdere registraties werden gevoerd met deels dezelfde inhoud. Dank zij de nieuwe systematiek kan met één registratiesysteem worden volstaan, waardoor de administratieve lasten zijn afgenomen.

De ziekenhuizen zien goede toepassing van ICT als essentieel. De ervaring is dat ICT de interne bewustwording met betrekking tot zorgproducten versnelt. Dit omdat het tastbaar wordt wat er gebeurt binnen een ziekenhuis. Een niet te veronachtzamen constatering is dat meer elektronisch

wordt vastgelegd en dat daarmee een groter beroep wordt gedaan op administratieve inzet en interne controle. Omgekeerd is het zo dat de administratieve handelingen nu meer dan in het verleden tot zinvolle informatie leiden. Voor wat betreft de administratieve lasten geldt dat de registratie aan de bron meevalt. Een specialist gaf aan dat 'enkele muisklikken per patiënt' volstaan. Vanuit de administratieve afdelingen wordt aangegeven dat voor een belangrijk deel de invoering van de nieuwe systematiek extra administratieve lasten met zich meebrengt. Dit wordt veroorzaakt omdat dat de zorgproducten systematiek nieuw is, nog wordt nog ontwikkeld of nog op de eigen situatie moet worden toegepast.

Ervaringen met betrekking tot de financiën

Een van de ziekenhuizen gaf aan dat men in eerste instantie – mede vanwege tijdsdruk – op een tamelijk grove wijze kostprijzen berekende. In de periode daarna is de grove benadering verfijnd door de tijdsbesteding per maatschap van medisch specialisten te achterhalen. Bij de doorrekening daarvan naar de kostprijzen bleek dit nauwelijks tot verschillen in de kostprijzen te leiden. Voor wat betreft de uiteindelijke validiteit van de interne prijzen wordt door de gesproken ziekenhuizen soms op de tucht van de zorgmarkt vertrouwd. Als een ziekenhuis te duur is ten opzichte van de concurrent zal men dat van de zorgverzekeraar vast te horen krijgen. Aanpassing van het ziekenhuisbeleid (bv. via prijsverlaging) ligt dan voor de hand.

Ervaringen met betrekking tot het onderhandelen

De ziekenhuizen waarmee is gesproken hebben allen getracht een experiment-afspraken te maken en hebben daarbij diverse ervaringen opgedaan. Er zijn verschillende onderhandelingsstrategieën gevolgd.

Een van de ziekenhuizen gaf aan al in 2002 gevraagd te zijn door een zorgverzekeraar om productieafspraken in zorgproducten op te stellen. Het ziekenhuis heeft dit gedaan, en heeft daarbij alle door de zorgverzekeraar gevraagde gegevens ter beschikking gesteld. In de periode daarna bleek dat de zorgverzekeraar te weinig referentiemateriaal had om het voorstel van het ziekenhuis goed te kunnen beoordelen.

Een ander ziekenhuis heeft de ervaring dat voor de zorgverzekeraar meerkosten onbespreekbaar zijn. Toch liggen soms meerkosten voor de hand omdat deze samenhangen met de feitelijke kosten, van een kleine groep zorgproducten. De strategie voor het vervolg is dat men bij vervolggesprekken niet meer te veel op individuele zorgproducten of groepen van zorgproducten ingaat, maar over een wat groter pakket spreekt.

Het komt voor dat het ziekenhuis met de zorgverzekeraar tot overeenstemming komt over een experiment-afspraken, behoudens de honorering van de medisch specialisten. De honorariumeisen van de medisch specialisten bleken soms niet (of te weinig) onderhandelbaar. Met betrekking tot het honorarium van de medisch specialisten geldt dat de ziekenhuizen van mening zijn dat overheidsbeleid noodzakelijk is.

Cultuur en organisatie

De ziekenhuizen geven allen aan dat de huidige bekostiging voor een ziekenhuis ongeschikt is als drager van interne sturing. Men geeft aan dat de huidige bekostiging wellicht landelijk nog wel toereikend is, maar voor interne doelstellingen de huidige budgetopbouw zeker tekort schiet. De informatievoorziening die samenhangt met de huidige bekostiging is gericht op de centrale landelijk vormgegeven budgetopbouw (via WTG/CTG) terwijl bekostiging op behandelprijzen samenhang en interne sturing mogelijk maakt. Gevraagd is of betere interne sturing door het ziekenhuismanagement door de medisch specialisten niet bedreigend wordt ervaren. Aangegeven is dat indien toch al aandacht voor interne sturing bestaat, er dank zij de bekostiging op zorgproducten er samenhang ontstaat en dat de betere sturing dan duidelijk te maken is. Verder is de beleving dat sturing door de

medisch specialisten niet als onwenselijk ervaren wordt, zolang de inhoudelijke norm maar door de beroeps/wetenschappelijke verenigingen wordt bepaald.

Tijdens de gesprekken kwam een verklaring naar voren voor de beperkte deelname aan het experiment. Het is nu gemakkelijk voor de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars om terug te vallen op het huidige bekostiging. Omdat er geen noodzaak is om deel te nemen, lijkt het erop dat ziekenhuis en zorgverzekeraar sneller 'er niet uitkomen' en dus verder gaan met het huidige bekostiging.

Leerervaringen voor verder invoering c.q. adviezen aan de overheid

Een van de ziekenhuizen gaf aan dat de bekostiging op zorgproducten in samenhang met de komende marktwerking het mogelijk hebben gemaakt voor het ziekenhuis om zich op de toekomst te bezinnen en naar de strategie te kijken. Op dit moment worden toekomstgerichte gesprekken met de huidige zorgverzekeraars gevoerd. Ook is het nu mogelijk om contact te leggen met andere zorgverzekeraars. Men denkt nu na over segmentering van de zorg, deelmarkten, enz. Zonder outputfinanciering en marktwerking is deze oriëntatie op de toekomst onmogelijk en moet men beleid van de overheid afwachten.

Breed wordt gepleit voor een snelle en complete invoering van de nieuwe systematiek. De beleving is dat zonder druk vanuit de overheid de voortgang met de invoering beperkt zal zijn. Men geeft aan dat er altijd achterblijvende instellingen zullen zijn, terwijl overheidsbeleid de koplopers zou moeten ondersteunen. Bovendien wordt gepleit voor het snel scheppen van duidelijkheid omtrent de invoering van nieuwe systematiek. Men adviseert de overheid harde deadlines te stellen en deze te handhaven. Verder wordt geadviseerd de terugvaloptie naar het huidige bekostiging onmogelijk te maken. Er zullen nl. altijd achterblijvers zijn die op zoek gaan naar mogelijkheden om niet in te hoeven voeren.

4.4.3 Medisch specialisten

De Orde van Medisch Specialisten heeft van de achterban gegevens ontvangen met betrekking tot de ervaringen met het experiment. Voor een belangrijk deel ondersteunen deze gegevens hetgeen hiervoor reeds is weergegeven. Ook voor de medisch specialisten bleek het uurtarief soms een breekpunt in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Uit de gegevens uit de achterban van de OMS kwam naar voren dat zorgverzekeraars een bepaald uurbedrag als redelijk zagen en niet méér wensten te betalen. Ook bleek dat zorgverzekeraars het soms lastig vonden om een offerte in producten goed te kunnen beoordelen, ook als alle gevraagde onderbouwende informatie door de zorgaanbieders was verstrekt.

Voorts bleek dat doordat de financiering van de medisch specialisten in het de experiment op de zorgproducten plaats vindt in plaats van via de lumpsum soms een koepelmaatschap wordt aangezet tot herziening van de verdeelmechanismen binnen de eigen vereniging van maatschappen.

5 Conclusies van het experiment

Zoals eerder in dit rapport is aangegeven, zijn de criteria voor de evaluatie verwoord in de brief "Ruimte voor Resultaat". Hierna zijn deze criteria herhaald, en zijn vervolgens de conclusies weergegeven.

criterium

Uit RvR: *Primair betrof het, het kunnen bezien of de geboden ruimte leidt tot de verwachte prikkel tot extra productie bij een aantal medische ingrepen waarvoor wachtlijsten bestaan. (De lijst van ingrepen was met name samengesteld op basis van het criterium dat de ingreep een productieknelpunt kent).*

Conclusies

De wachttijden zijn sinds januari gedaald. De deelname aan het experiment is echter te beperkt om de afname van de wachttijden te kunnen verklaren door het experiment. In paragraaf 4.3.1 is aangegeven dat de reguliere extra productieafspraken een waarde hebben van ruim € 300 mln. ('boter bij de vis' systematiek) terwijl met het experiment ca. € 42 mln. is gemoeid. Nuancering hierbij is dat de 'boter bij de vis' systematiek geldt voor de gehele ziekenhuis productie, terwijl het experiment op een deel daarvan betrekking heeft. Wat blijft is dat de afname van de wachttijden eerder is terug te voeren op de reguliere productieafspraken dan op het experiment.

criterium

Uit RvR: *Secundair ging het om te kunnen toetsen of zorgverzekeraars inderdaad in staat zijn goede contracten af te sluiten met instellingen. Goede contracten houden in: meer zorg tegen een scherpe prijs. Dit is van belang voor de introductie van een nieuw zorgstelsel waarin zorgverzekeraars in een competitieve omgeving een belangrijke rol krijgen.*

Conclusies

Vele zorgverzekeraars en ziekenhuizen (44 stuks) hebben de mogelijkheid om zorgproducten af te spreken verkend. De jongste stand van zaken is dat 14 afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn gemaakt. Hoewel dit aantal niet groot te noemen is, moet het effect van het experiment niet worden onderschat. Vele ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn over de zorgproducten en de prijzen daarvan in gesprek geraakt en hebben gemerkt wat daarmee samenhangt. Dat deze dynamiek tot niet meer dan 14 contracten heeft geleid, kent een groot aantal oorzaken. De belangrijkste zijn:

- deelname is vrijwillig ('velen kijken de kat uit de boom').
- zowel de zorgverzekeraars, als de ziekenhuis als de medisch specialisten moeten 'wennen' aan een systematiek van zorgproducten met behandel prijzen. Het zal enige tijd duren voordat de nieuwe systematiek in de cultuur van de sector een plek heeft gevonden.
- andere aanpassingen in de bekostiging met ingang van 2003 hebben mogelijk een verstorend effect gehad. Hierbij moet worden gedacht aan de aanpassingen in het huidige bekostiging en de lumpsum.
- het uurtarief voor medisch specialisten is soms niet te nemen hindernis in de onderhandelingen zorgverzekeraars / ziekenhuizen.
- implementatie is een aanzienlijke inspanning. Het betekent andere werkprocessen, andere administratieve organisatie, betere registratie en andere ICT. Gebleken is dat er zorgaanbieders zijn die deze andere manier van werken alleen implementeren als het niet anders kan. Duidelijkheid (drang) van overheidswege is dan noodzakelijk.

criterium

Uit RvR: *Tertiair wil ik leerervaringen voor de betrokkenen partijen in het veld en het op gang brengen van wenselijk te achten veranderingsprocessen (cultuur en organisatie).*

Het experiment heeft voor een aanzienlijke dynamiek in de sector gezorgd. Het signaal dat van het experiment uitgaat, heeft velen in de sector duidelijk gemaakt dat het zowel veldpartijen (NVZ, OMS, VAZ) als de overheid ernst is met de invoering.

Het uitdragen van de leereffecten op een laag detailniveau is belangrijk om voor het vervolg voortgang te boeken. Tot de leerervaringen behoren:

- de doorlooptijd van het adequaat implementeren van de registratie e.d. vergt ca 6 maanden. Deze periode is op voorwaarde van een niet meer wijzigende productiestructuur, heldere AO/IC, en tijdig beschikbare software.
- opbouwen van draagvlak binnen de ziekenhuisorganisatie is mogelijk als de medisch specialist die zorgproduct registreert, feedback krijgt op zijn/haar invoer (bijv. met een overzicht van zijn/haar productie).
- hoe de onderhandelingsstrategie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars kan worden vormgegeven.
- dat de extra transparantie die de zorgproducten met zich meebrengt onvoorziene maar gewenste neveneffecten heeft. Voorbeeld: uit de zorgproduct registratie blijkt soms dat medisch specialisten in opleiding te veel MRI's laten maken en kan deze daarop worden aangesproken. Een ander voorbeeld is dat met behulp van de registratie de medisch specialisten zichzelf ten opzichte van elkaar kunnen benchmarken.
- Van belang voor het vervolg is volgens de zorgverzekeraars dat de publicatie van afgesproken prijzen niet langer verplicht is. De feitelijke contractprijzen met de zelfstandige behandelcentra zijn overigens lager dan de tot nu toe betaalde CTG tarieven (het kan ca. 10% lager zijn).

6 Gevolgen voor de invoering van de nieuwe systematiek

De conclusies zoals deze blijken uit de evaluatie, dwingen tot enkele gevolgen voor de verdere invoering van de nieuwe systematiek.

1. Ten eerste ligt het niet voor de hand de daadwerkelijke invoering reeds per 1 januari plaats te laten vinden. Door zo spoedig mogelijk duidelijkheid te geven over de invoeringsmodaliteiten per fase, hebben de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars de gelegenheid om zich gedegen voor te bereiden. De doorlooptijd voor deze voorbereiding blijkt ca. 6 maanden te zijn. Verder uitstel van de invoering zal door diverse instellingen worden gezien een mogelijkheid om de invoering binnen de eigen organisatie achterwege te laten. Ook als meer tijd wordt gegeven, er zal altijd een groep instellingen zijn die willen vasthouden aan de huidige situatie. Het beleid richten op deze groep leidt tot conservatief beleid dat vernieuwers wind uit de zeilen neemt. Invoering van de nieuwe systematiek, op welke termijn dan ook, kan niet zonder gewenningsvraagstukken gepaard gaan. Het ligt in de rede dat deze gewenningsvraagstukken in de eerste plaats samenhangen met de invoering van een nieuwe administratieve organisatie en registratie. Gewenningsvraagstukken zullen er altijd zijn, onafhankelijk van invoeringsmodaliteiten en termijnen. Een langere invoeringstermijn zal er slechts toe leiden dat deze gewenningsvraagstukken later zullen ontstaan, of langer zal duren. Wel ligt het voor de hand om het experiment tot te laten doorlopen totdat invoering plaats vindt. Eisen zijn dat de landelijke overheid volsterkte duidelijkheid moet geven omtrent de vormgeving van de systematiek, de informatievoorziening, de administratieve organisatie en registratie. Aangezien enige drang noodzakelijk is, kan geen andere partij dan de overheid deze duidelijkheid geven.
2. Opschorting van het experiment zou een bijzonder onwenselijk signaal zijn. Het zou door de achterblijvers in de sector als een steun in de rug worden gezien. Inhoudelijk is het ook onwenselijk omdat diverse zorgverzekeraars en ziekenhuizen experiment- afspraken maken om de wachttijden te verkorten en daarop hun productieplanning op inrichten.

3. Ten derde is rust aan het front nodig. De invoering van de nieuwe systematiek zal voor diverse ziekenhuizen een flinke inspanning vergen. Indien verdere aanpassingen aan de orde zijn (zoals aanpassingen van het huidige bekostiging of andere budgetaanpassingen) verstoort dit het invoeringsproces.
4. Het vierde gevolg is een kennelijke noodzaak van beleid om prijseffect tegen te gaan. Dit doet zich in de eerste plaats voor met betrekking tot de honoraria van de medisch specialisten, maar ook voor de ziekenhuizen. Gelet op het gegeven dat zowel van de kant van de zorgverzekeraars als van de kant van de ziekenhuizen wordt gewezen op de van beleid met de honoraria van de medisch specialisten, is overheidsbeleid ter zake noodzakelijk. Ook een scherpere monitoring hiervan is wenselijk.
5. Voor wat betreft het zo beperkt mogelijk houden van de administratieve lasten in het declaratieverkeer verdient het aanbeveling zo spoedig mogelijk over te gaan op het verplicht en uitsluitend declareren van zorgproducten.
6. Tot slot is het wenselijk om het experiment een verplicht karakter te geven. Dit om de verdere implementatie van de nieuwe systematiek te ondersteunen.