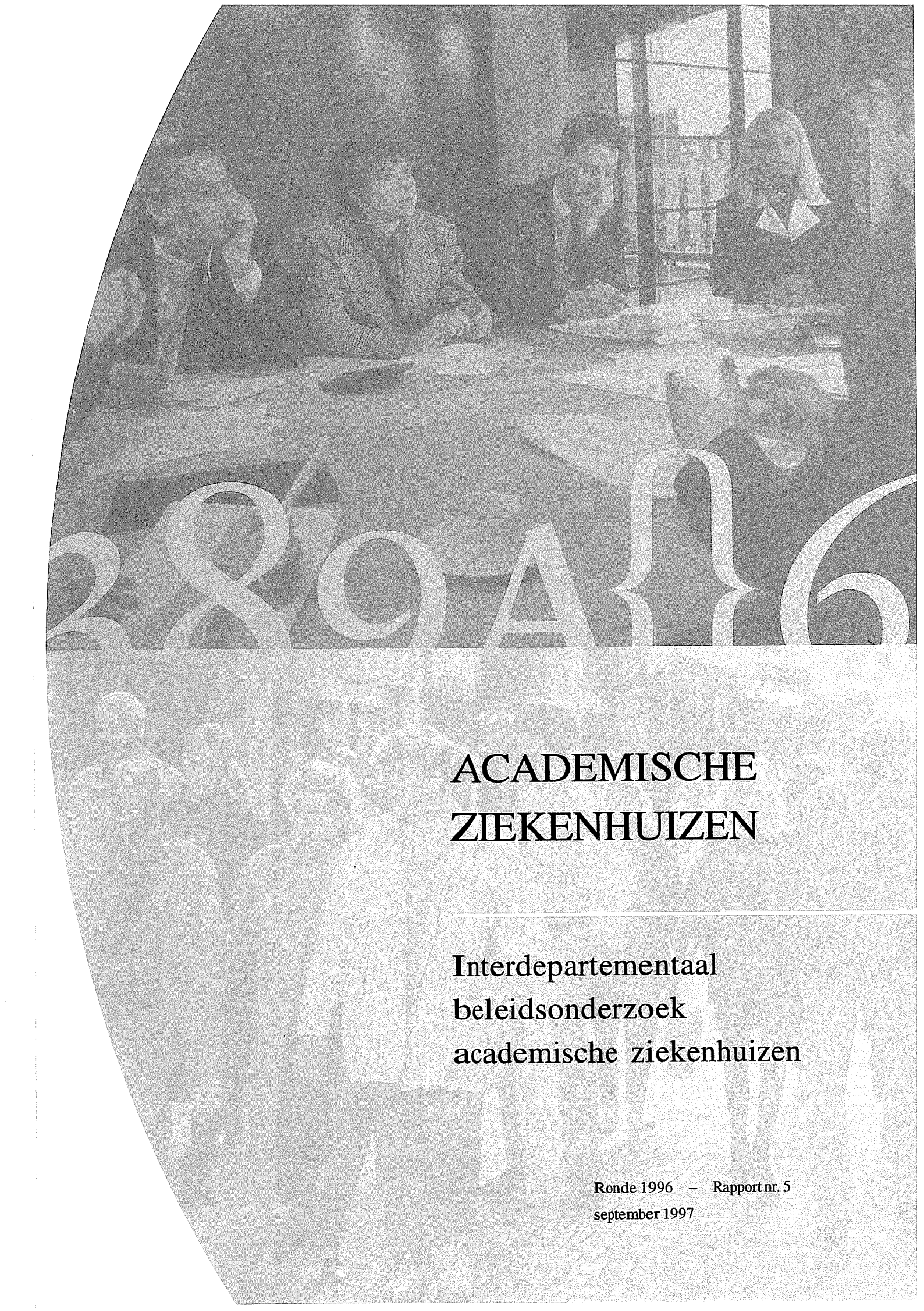




ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

Interdepartementaal
beleidsonderzoek
academische ziekenhuizen

Ronde 1996 – Rapport nr. 5
september 1997

**Interdepartementaal
beleidsonderzoek
Academische ziekenhuizen**

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding en samenvatting	1 - 12
2.	Taak en positie van academische ziekenhuizen	13
2.1.	De periode 1974 tot 1990	13
2.2.	Positie van de academische ziekenhuizen en de WHW	14
2.2.1.	<i>Taak</i>	14
2.2.2.	<i>Bestuur</i>	15
2.2.3.	<i>Bekostiging</i>	15
2.2.4.	<i>Personeel</i>	16
2.3.	Positie van de academische ziekenhuizen in het kader van de WZV	16
2.4.	Patiëntenzorg in de academische ziekenhuizen	18
2.4.1.	<i>Topklinische zorg</i>	18
2.4.2.	<i>Toppreferentiezorg</i>	19
2.5.	Opleidingsfunctie van de academische ziekenhuizen	19
2.6.	Vergelijking van bedrijfsindicatoren	19
2.6.1	<i>Capaciteit, productie en personeel</i>	20
2.6.2	<i>Budgetten</i>	21
2.7.	Samenvatting/conclusies	23
3.	Het begrip toppreferentie	25
3.1.	De oorsprong van het begrip	25
3.2.	De operationaliteit van het begrip voor het beleid	32
3.2.1.	<i>POAZ ter inleiding</i>	32
3.2.2.	<i>De deskundigen</i>	33
3.2.3.	<i>Toppreferentie-onderzoek VAZ</i>	34
3.2.4.	<i>VAZ-rapport "Bepaald betaalbaar"</i>	35
3.2.5.	<i>De "kijkdoos" van het COTG</i>	36
3.3.	Samenvatting/conclusie	36

4.	Ontwikkelingen en beleid in de ziekenhuissector.....	38
4.1.	Samenhang in de zorg	38
4.1.1.	<i>Samenhang binnen instellingen</i>	<i>38</i>
4.1.2.	<i>Samenhang tussen soortgelijke instellingen</i>	<i>39</i>
4.1.3.	<i>Samenhang tussen verschillende types zorgaanbieders</i>	<i>40</i>
4.2.	Financiering	41
4.3.	Het hoofdlijnenakkoord.....	42
4.4.	Zwaartepuntenbeleid	44
4.5.	Wet bijzondere medische verrichtingen	45
4.6.	Marktwerving in de zorgsector	46
4.6.1.	<i>De bestaande situatie in de ziekenhuissector</i>	<i>46</i>
4.6.2.	<i>Het perspectief</i>	<i>47</i>
4.6.3.	<i>De verwachte effecten</i>	<i>49</i>
4.7	Uiteenlopende ontwikkelingen.....	50
5.	Gevolgen van topreferent doorverwijsgedrag in de Nederlandse curesector in een situatie van mededinging	52
5.1.	Mogelijke veranderingen in het doorverwijsgedrag.....	52
5.2.	Risico's van veranderend doorverwijsgedrag.....	54
5.2.1.	<i>Prijsstijging door kostenafwenteling</i>	<i>54</i>
5.2.2.	<i>Prijsstijging door prijsbederf</i>	<i>55</i>
5.2.3.	<i>Resumerend</i>	<i>56</i>
5.3.	Het NZi-rapport.....	56
5.3.1.	<i>Factoren die financiële doorverwijsprikkels beïnvloeden</i>	<i>57</i>
5.3.2.	<i>Inschatting van veranderend doorverwijsgedrag in Nederland</i>	<i>60</i>
5.3.3.	<i>Internationale bevindingen</i>	<i>62</i>
5.3.4.	<i>Resumerend</i>	<i>65</i>
6	Conclusies	66 - 72

- Bijlagen:
1. Tekst op basis waarvan de IBO-werkgroep is ingesteld.
 2. Deelnemers IBO-werkgroep.
 3. Medische opleidingen
 4. NZi-onderzoek: Doorverwijsgedrag van algemene ziekenhuizen:
medisch of calculerend?

1. Inleiding en samenvatting

In een betrekkelijk korte periode hebben de academische ziekenhuizen zich ontwikkeld van centra waar de meer eenvoudige ziekenhuiszorg werd verleend tot centra die bij uitstek zijn ingericht voor de complexe diagnostiek en behandeling. Met name in de loop van de tachtiger jaren is deze ontwikkeling snel gegaan. Ook uiterlijk is dit zichtbaar. Niet alleen de schaalgrootte van de academische ziekenhuizen valt op, maar ook de veelheid en diversiteit van de activiteiten. De bijzondere positie van de academische ziekenhuizen binnen de ziekenhuissector en de in het regeerakkoord aangekondigde beleidswijzigingen in de financiering van deze sector, zijn de belangrijkste factoren die hebben geleid tot de formulering van de volgende taakopdracht in het kader van de Interdepartementale beleidsonderzoeken:

Het ontwikkelen, mede in het licht van de nieuwe financieringsstructuur van de zorgsector, van een visie op de wijze van financieren van de topreferentiefunctie van de academische ziekenhuizen.

In bijlage 1 is de tekst opgenomen op basis waarvan de ministerraad tot de instelling van dit interdepartementaal beleidsonderzoek heeft besloten. Centraal hierin staat het begrip topreferentiefunctie. Op dit moment belichaamt deze functie bij uitstek het onderscheid tussen academische en algemene ziekenhuizen. Om tot de betekenis van het begrip topreferentie op zijn juiste waarde te kunnen schatten heeft de werkgroep zich verdiept in (de ontwikkeling van) de positie van de academische ziekenhuizen temidden van de andere ziekenhuizen. De hoofdstukken 2 t/m 5 van dit rapport bevatten deels analyses, deels beschrijvingen van historische, zorginhoudelijke, financiële en beleidsmatige aard. Zij vormen de basis voor de conclusies die de werkgroep in hoofdstuk 6 presenteert.

In *hoofdstuk 2* wordt ingegaan op de historische achtergrond van het bijzondere karakter van academische ziekenhuizen. Dit karakter wordt in hoge mate verklaard vanuit de band die deze ziekenhuizen hebben met de medische faculteiten en de functie die zij vervullen ten behoeve van de gezondheidszorg. Tot halverwege de jaren zeventig was de minister van Onderwijs als enige politiek verantwoordelijk voor de academische ziekenhuizen. Daarna is dit in een periode van vijftien

jaar overgegaan in een gedeelde verantwoordelijkheid met de minister van de Volksgezondheid.

Als formeel sluitstuk van die periode zijn de taak en de bestuurlijke positie van de academische ziekenhuizen in 1990 vastgelegd in de Wet hoger en wetenschappelijk onderwijs (WHW). Tegelijkertijd werd ook de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), als laatste van de centrale volksgezondheidswetten, op de academische ziekenhuizen van toepassing verklaard, waardoor deze onderdeel werden van de centrale planning van de capaciteit van de ziekenhuiszorg.

Door de hierboven genoemde ontwikkeling zijn de academische ziekenhuizen wat betreft de financiering van de patiëntenzorg meer en meer gaan lijken op de algemene ziekenhuizen. Er zijn echter nog duidelijke verschillen. De belangrijkste komen voort uit de topklinische functies en de topreferentiefunctie. Dit zijn twee bijzondere functies binnen de patiëntenzorg die met voorrang zijn toebedeeld aan de academische ziekenhuizen. Bij de topklinische functies gaat het om een veertiental gedefinieerde medische behandelingen waarvoor, omdat ze complex zijn en kostbaar, een vergunning nodig is in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Hoewel topklinische functies formeel gesproken geen privilege zijn van academische ziekenhuizen is vanaf het midden van de jaren tachtig het zwaartepunt van deze functies bij deze ziekenhuizen geconcentreerd.

Wat de topreferentiefunctie betreft, deze is niet in de vorm van concreet medisch handelen gedefinieerd maar wordt kort gezegd beschouwd als de functie ten behoeve van dat deel van de patiëntenzorg dat te complex is om in de algemene ziekenhuizen gegeven te kunnen worden. Sinds het ontstaan van het begrip topreferentie rond 1980 (in hoofdstuk 3 wordt hier nader op ingegaan) is deze functie door de academische ziekenhuizen altijd gezien als de functie waarin zij zich onderscheiden van de grote algemene ziekenhuizen. In 1985 heeft dit ertoe geleid dat een deel van het totale budget voor de academische ziekenhuizen door de ministers van Onderwijs en Volksgezondheid bestempeld werd als zijnde noodzakelijk voor de topreferentiefunctie.

Aan het slot van hoofdstuk 2 wordt aan de hand van een aantal indica-

toren een vergelijking gemaakt tussen de bedrijfsvoering in de academische en de algemene ziekenhuizen. Uit deze vergelijking komt naar voren dat de academische ziekenhuizen over beduidend ruimere budgetten beschikken. De werkgroep heeft geen bevredigend antwoord kunnen geven op de vraag of de verschillen terecht zijn in termen van "value for money". Een belangrijke oorzaak hiervan moet op het conto van de topreferentiefunctie worden geschreven.

In *hoofdstuk 3* wordt het begrip topreferentiefunctie onder de loupe genomen. Voor zover de werkgroep kan nagaan is het begrip topreferentie voor het eerst gebruikt in 1980 in een rapport van de Coördinatiegroep academische ziekenhuizen, universiteiten en faculteiten der geneeskunde, de zogenoemde UFA-groep. Na het UFA-rapport hebben de academische ziekenhuizen ook nog een belangrijke stem gehad in de Projectorganisatie academische ziekenhuizen (POAZ), die het begrip topreferentie verder status heeft gegeven.

Zoals al is opgemerkt heeft dit er in 1985 toe geleid dat met het begrip een deel van het budget van academische ziekenhuizen voor topreferentiezorg is geoormerkt. Een ander gevolg is geweest dat het in 1990 is opgenomen in de taakbeschrijving van de academische ziekenhuizen in de Wet hoger en wetenschappelijk onderwijs.

Naast de historische ontwikkeling heeft de werkgroep getracht om het begrip topreferentiefunctie zorginhoudelijk te beschrijven. Daarvoor zijn gesprekken gevoerd met deskundigen en is de literatuur geraadpleegd. Deze verkenning heeft niet het beoogde resultaat gehad. De zorg die verleend wordt via de topreferentiefunctie is niet positief te definiëren, in ieder geval niet voor een voldoende lange periode. Daarvoor is het begrip te vaag en te dynamisch. Wat vandaag als topreferentiezorg wordt gezien kan morgen tot de reguliere zorg behoren. Binnen de topreferentiezorg kunnen bepaalde gebieden worden onderscheiden die wel worden aangeduid als "bijzondere academische functies". Als voorbeelden gelden hier de toponcologie en de kindergeneeskunde. Omdat deze gebieden van zorg duidelijke kenmerken van "last resort"-zorg hebben, ziet de werkgroep deze gebieden van topzorg wel als een deel van de topreferentiezorg, zij het relatief specifiek van aard.

In 1995 heeft de VAZ het begrip topreferentiezorg operationeel gedefinieerd als de zorg die wordt verleend aan de patiënten die zijn doorverwezen door andere ziekenhuizen en/of direct zijn doorverwezen door huisartsen van buiten de regio. Uit het onderzoek dat de VAZ hier naar deed, bleek ruim 40% van de patiëntenpopulatie in de academische ziekenhuizen aan dit criterium te voldoen.

Voor een schatting van de budgettaire omvang van de topreferentiefunctie staan twee publicaties ter beschikking. De eerste is het rapport "*Bepaald betaalbaar*" van de VAZ uit 1993, dat tot stand kwam onder de dreiging van een bezuiniging op de bijdrage die OCW aan de academische ziekenhuizen verstrekt ten behoeve van de werkplaatsfunctie. In dit rapport berekende de VAZ het aandeel van de topreferentiefunctie in het totale budget op 535 mln gulden.

In 1996 bracht ook het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (COTG) het met topreferentie gemoeide budget in beeld. Het COTG deed dit door de functiegerichte budgetsystematiek van de algemene ziekenhuizen toe te passen op de academische ziekenhuizen. Wat overbleef was een onverklaarde rest die de merites had van een *black box* maar de vrolijke naam *kijkdoos* kreeg. De COTG kijkdoos had een omvang van 573 mln gulden.

De door VAZ en COTG berekende bedragen zijn niet zonder meer vergelijkbaar. In de kijkdoos van het COTG zijn naast de kosten van de topreferentie ook nog begrepen de kosten van de specialisten in opleiding en de kosten voor de zogenoemde ontwikkelfunctie. De VAZ had de kosten van deze twee zaken nog apart becijferd op resp 113 mln en 169 mln. Om een macroneutrale verschuiving tussen de verschillende budgetonderdelen van de academische ziekenhuizen mogelijk te maken heeft de VAZ op het topreferentiebudget (535 mln) en het ontwikkelfunctiebudget (169 mln) een synergiekorting toegepast van 20%. Het met de COTG-vergelijkbare VAZ-totaal komt daarmee op 687 mln.

De werkgroep neigt ertoe op dit moment een bedrag van ca. 500 mln als benadering van het budgettair beslag voor de topreferentiefunctie aan te houden. De werkgroep gaat hierbij uit van de kijkdoos van het COTG (die inmiddels vermoedelijk tot boven de 600 mln gestegen zal zijn) en brengt daarop een bedrag van ruim 100 mln in mindering vanwege de kosten van de specialisten in opleiding.

Met deze aanname constateert de werkgroep overigens een complicatie, te weten de ontwikkelfunctie. Deze maakt nog onderdeel uit van de kijkdoos. De werkgroep is van mening dat de academische ziekenhuizen vanwege hun technische en personele mogelijkheden impliciet een voortrekkersrol hebben bij de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling, en dat zij de verworven kennis beschikbaar moeten stellen aan de overige zorginstellingen. Deze rol dient in de ogen van de werkgroep niet geëxpliciteerd te worden als een afzonderlijke functie teneinde daarvoor een apart budget te oormerken.

In *hoofdstuk 4* is een aantal recente en toekomstige ontwikkelingen beschreven die van belang zijn voor de positie en het functioneren van de academische ziekenhuizen in de gehele ziekenhuissector. Uitgangspunt is dat het beleid voor academische ziekenhuizen, voor zover het om patiëntenzorg gaat, zoveel mogelijk aansluit bij dat voor algemene ziekenhuizen.

Op het terrein van de bekostigingssystematiek zijn recent de nodige stappen gezet. Zo is er per 1 januari 1997 een vernieuwd, uitsluitend op de werkplaatsfunctie toegespitst, verdeelmodel voor de rijksbijdrage van OCW ingevoerd. Met ingang van diezelfde datum is een verdeelmodel voor het patiëntenzorgbudget van kracht geworden. Met de introductie van dit Functiegericht Budgetteringsmodel (FB) sluiten de academische ziekenhuizen zoveel als op dit moment mogelijk is, aan op de systematiek zoals die voor algemene ziekenhuizen geldt. Het NZi onderzoekt momenteel in hoeverre ook de topreferentiezorg hierin kan worden opgenomen.

In het overheidsbeleid spelen de academische ziekenhuizen, als organisaties bij uitstek van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, een toonaangevende rol bij de verdergaande samenhang in de medisch specialistische zorg. De bevordering van de doelmatigheid is daarbij een belangrijk uitgangspunt, ook voor de doorverwijzing van patiënten naar hoger gekwalificeerde en beter geëquiperde ziekenhuizen. Als middel om sturing te geven aan een versterking van de samenhang en de doelmatigheid bij verlening van topzorg (zowel topklinisch als topreferent) is gekozen voor de gestructureerde overlegvorm. In het in 1995 gesloten hoofdlijnenakkoord is het overleg tussen de drie V's (VWS, VAZ, Verzekeraars) gestructureerd. In dit

overleg neemt de regulering van topklinische functies een belangrijke plaats. Inhoudelijk wordt een verbreding van dit overleg nagestreefd door het stimuleren van een zogenaamd zwaartepuntenbeleid bij de academische ziekenhuizen. Het gaat er hierbij om dat academische ziekenhuizen zich meer moeten profileren op speerpunten en aandachtsgebieden die onderling en met de overheid zijn afgestemd. Dit teneinde versnippering en inefficiëncies tegen te gaan en de kwaliteit van zorg en onderzoek te vergroten. De regulering van topzorgfuncties kan zo worden verbreed tot andere medisch specialistische functies (dan de topklinische) waarvoor het doelmatig is deze op enkele plaatsen te concentreren.

De ervaringen met het Hoofdlijnenakkoord zijn positief en uitbreiding met de algemene ziekenhuizen wordt overwogen.

Naast de hierboven beschreven beleidslijn van samenhang en doelmatigheid via overleg wordt ook nagestreefd om tot meer concurrentie in de ziekenhuissector te komen. Het meest uitgesproken is geweest de nota "*De prijs die de zorg verdient*" uit 1995. Ook van het in deze nota beschreven beleid is het doel het (op termijn) bereiken van meer efficiency. In het perspectief van dit beleid vervalt de door de overheid gestuurde prijsvorming en capaciteitsplanning. De verzekeraars zullen de rol van capaciteitsregulator moeten overnemen. Het uitgangspunt daarbij is dat de verzekeraars dit ook zullen doen omdat ze op hun beurt, via een concurrerende premiestelling, hun continuïteit moeten waarborgen. Twee recente rapporten zijn aan deze ontwikkeling gewijd. Bedoeld zijn hier de rapporten "*Het ziekenhuis ontketend*" van de MDW-werkgroep en het rapport "*Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*" van de Raad voor de volksgezondheid en de zorggerelateerde dienstverlening (RVZ). In deze rapporten is op de specifieke positie van de academische ziekenhuizen niet uitgebreid ingegaan. Een reden om aan dat aspect in dit beleidsonderzoek aandacht te schenken.

In *hoofdstuk 5* worden twee reële risico's onderkend, die ontstaan bij de introductie van concurrentie in de ziekenhuissector. Het gaat om twee risico's die verband houden met de specifieke positie van de academische ziekenhuizen in de ziekenhuissector.

Het eerste risico is dat patiënten door algemene ziekenhuizen zullen worden doorverwezen naar academische ziekenhuizen vanwege "noodzakelijke" topreferentiezorg maar met als eigenlijke motivatie, de inschatting dat de betrokken patiënt een te hoge kostenpost vormt. Het tweede risico is de vorming van een topzorgmonopolie bij de academische ziekenhuizen, waartegen verzekeraars onvoldoende weerwerk kunnen bieden. Beide risico's kunnen leiden tot prijsstijgingen die uitgaan boven de kostenontwikkeling. Naar de inschatting van de werkgroep zullen deze ondoelmatigheidsgevolgen, indien het beleid in de beschreven variant wordt uitgevoerd, al snel zichtbaar kunnen worden en de overheid tot een beleidsaanpassing dwingen.

Om het inzicht in de financiële afweging bij het doorverwijzen van patiënten te vergroten is door de werkgroep aan het NZi gevraagd een aanvullend onderzoek te doen, waarbij ook buitenlandse ervaringen op dit gebied worden betrokken. De NZi-bevindingen staan in het bij dit rapport gevoegde "*Doorverwijsgedrag van algemene ziekenhuizen: medisch of calculerend?*" (bijlage 4). Het NZi schetst in zijn rapport eerst een theoretisch kader waarin de factoren die in het doorverwijsgedrag een rol kunnen spelen, worden beschreven. Vervolgens wordt verkend wat de gedragsreacties van de betrokken partijen zijn als die factoren door overheidsbeleid worden beïnvloed. Het meest uitgebreid gaat het NZi daarbij in op de Nederlandse situatie. In grote lijnen ondersteunen de bevindingen van het NZi de signalering van de hierboven genoemde ondoelmatigheidsrisico's. Die ondersteuning kan niet zonder meer worden afgeleid uit de ervaringen met financiële doorverwijsprikkels in het buitenland. Slechts het geval van Duitsland geeft enige ondersteuning. Het tegendeel, namelijk dat de ervaringen in het buitenland angst voor ongewenste ontwikkelingen ongegrond maken, is evenmin te concluderen. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn de sterk afwijkende structuren en uitgangssituaties in de onderzochte landen ten opzichte van die in Nederland.

In *Hoofdstuk 6* komt de werkgroep tot een aantal conclusies en aanbevelingen, op basis van de deels beschrijvende, deels analytische hoofdstukken 2 t/m 5.

1. De werkgroep concludeert op grond van zijn analyse dat de combinatie van drie onderscheidende kenmerken academische ziekenhuizen reeds bij uitstek geschikt maakt voor het vervullen van de "last resort"-patiëntenzorg in de gezondheidszorg. Deze kenmerken zijn:
 - a. De band met de medische faculteit waar onderzoek en onderwijs plaatsvinden. Bij de algemene ziekenhuizen is deze band niet aanwezig.
 - b. Het op grond van a. toegekende werkplaatsbudget van OCW, waarmee de ook voor de "last resort"-patiëntenzorg noodzakelijke vernieuwing van de medische kennis wordt gefaciliteerd. De algemene ziekenhuizen ontvangen een dergelijk werkplaatsbudget niet.
 - c. De brede bundeling van specialismen die in alle academische ziekenhuizen aanwezig is vanwege de concentratie van vrijwel alle topklinische functies ex art. 18 WZV. Bij de algemene ziekenhuizen is deze brede bundeling van specialismen niet aanwezig.

2. Door de concentratie van de topklinische functies en door de aanwezigheid van de overige (onder 1 genoemde) kenmerken van de academische infrastructuur, dreigt een zichzelf versterkend effect van aanzuigende werking op de zorgverlening. Volgens de werkgroep dient voorkomen te worden dat hierdoor een disbalans ontstaat tussen de academische en algemene ziekenhuizen.

3. In het overheidsbeleid dat de laatste 20 jaar ten aanzien van academische ziekenhuizen is gevoerd neemt het begrip toppreferentiefunctie een duidelijke plaats in. De werkgroep concludeert uit de historische verkenning in hoofdstuk 3 dat de argumenten om toppreferentie als aparte functie te benoemen en de academische ziekenhuizen op grond van die functie ook in budgettair opzicht te onderscheiden van algemene ziekenhuizen, vooral afkomstig zijn uit de wereld van de academische ziekenhuizen zelf.
 Op grond van de inhoudelijke verkenning komt de werkgroep tot de conclusie dat toppreferente patiëntenzorg niet concreet is te

definiëren, althans niet voor een voldoende lange periode.

4. Voortbouwend op de punten 1 t/m 3 is de werkgroep van mening dat topreferentiezorg veeleer als een integraal onderdeel van de patiëntenzorg moet worden gezien dan als een per definitie aan een selecte groep ziekenhuizen voorbehouden taak. Binnen de piramidale stratificatie van de ziekenhuissector is sprake van een continuüm van toenemende mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Het eenzijdig benadrukken van de topreferentiefunctie in het bovenste gedeelte van de piramide doet geen recht aan dat continuüm. Om een vergelijking te maken: het belang van de sub-topreferentiefunctie van de grotere algemene ziekenhuizen is ook nooit nadrukkelijk naar voren gebracht. De werkgroep is dan ook van mening dat het begrip topreferentie geen nadere markerings dient te krijgen in de gezondheidszorgwetgeving.

5. De werkgroep gaat op dit moment uit van een bedrag van ca. 500 mln dat aan topreferentiezorg wordt toegeschreven. Dit bedrag is in ieder geval een substantieel deel van de verklaring van de kostenverschillen tussen academische en algemene ziekenhuizen die in hoofdstuk 2 zijn geconstateerd. De werkgroep heeft geen bevredigend antwoord kunnen geven op de vraag of het geconstateerde verschil voldoende "value for money" biedt.

6. Om te kunnen constateren of er geen ondoelmatigheid in het budget voor topreferentiezorg zit is het in de eerste plaats nodig dat deze functie zorginhoudelijk en meetbaar in kaart wordt gebracht. In de tweede plaats moet dan nog een oordeel worden gegeven over de vraag of de er mee gemoeide kosten te billijken zijn.
 Een antwoord op de eerste vraag zal misschien gegeven gaan worden door een nog lopend onderzoek van het NZi. Een 100% ontrafeling van het topreferentiebudget mag volgens de werkgroep evenwel niet worden verwacht, evenmin als een objectief antwoord op de vraag naar de doelmatigheid. Het aanbevelen van aanvullend onderzoek (na het NZi) om hierop antwoorden te krijgen acht de werkgroep dan ook niet reëel. Een beleidsbeslissing zal hier

uitkomst moeten brengen.

7. Op basis van de analyse in hoofdstuk 5 beveelt de werkgroep de beleidsmakers aan er bedacht op te zijn dat de topreferentiefunctie van de academische ziekenhuizen een zelfstandige bron van ondoelmatige zorgverlening kan worden vanwege financiële prikkels in het doorverwijsgedrag van algemene ziekenhuizen. Met name is deze aanbeveling van belang bij de uitwerking van het beleid dat is gericht op meer onderlinge concurrentie in de ziekenhuissector.

8. Wat het beleid van meer concurrentie in de ziekenhuissector betreft constateert de werkgroep dat op dit moment allerm minst duidelijk is in welke richting wordt gekoerst. Aan de ene kant liggen er, op regeerakkoord gebaseerde, intenties voor meer deregulering en meer concurrentie tussen zorgaanbieders. Aan de andere kant wordt getracht de aanbodzijde te regisseren. Voorbeelden hiervan zijn het beleid om samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen (mogelijke uitbreiding van het hoofdlijnenakkoord met de algemene ziekenhuizen), het experiment met de aanneemsommen van vier ziekenhuizen in Zuid-Oost Brabant en de voorgenomen regulering van de privéklinieken.

9. Naar de mening van de werkgroep dient het beleid om zorgverzekeraars risicodragend te maken in ieder geval te worden doorgezet. Vanuit die risicodragendheid dienen de zorgverzekeraars een incentive te krijgen om zich kritisch te kunnen gaan opstellen tegenover (topreferente) doorverwijzingen naar academische ziekenhuizen. Op dit moment is die incentive er niet omdat er geen verschil is in het (verpleeg)tarief voor de reguliere patiënten uit het verzorgingsgebied van de academische ziekenhuizen en de doorverwezen (topreferente) patiënten van buiten de regio. De topreferentiefunctie wordt zo in feite gesubsidieerd door de reguliere patiënten uit de regio en zorgt voor structurele kostenongelijkheden tussen verzekeraars.

10. Naast het onder punt 9 behandelde financieringsaspect via de

verzekeraars heeft de werkgroep ook gekeken naar de wijze waarop de kijkdoos in de budgetten van de ziekenhuizen zouden kunnen worden verwerkt. De werkgroep komt tot de volgende drie hoofdvarianten:

a. *Als apart budget laten bestaan*

Een eerste mogelijkheid is het kijkdoosbedrag apart te laten bestaan als een vast budget voor academische ziekenhuizen. De behandeling wordt daarmee vergelijkbaar met de rijksbijdrage van OCW voor de werkplaatsfunctie, zij het dat deze laatste wordt gefinancierd via de rijksbegroting en de kijkdoos via de zorgverzekeraars.

b. *Parameteriseren*

Deze tweede variant wordt op dit moment door het NZi onderzocht. Parameteriseren wil zeggen dat de parameters, waarmee in de systematiek van de functiegerichte budgettering wordt gewerkt, zodanig kunnen worden aangepast of aangevuld voor academische ziekenhuizen, dat de huidige budgetten er geheel door verklaard worden en er geen apart topreferentiebudget (de kijkdoos) meer resteert.

c. *Verdelen over de budgetten van alle ziekenhuizen*

Een derde mogelijkheid is om bij de verdeling van het budget voor topreferentiezorg niet uitsluitend de academische ziekenhuizen te betrekken maar ook de algemene ziekenhuizen. In deze variant dragen de algemene ziekenhuizen een stukje van hun budget over aan de academische ziekenhuizen op het moment dat een patiënt uit hun verzorgingsgebied naar een academisch ziekenhuis is verwezen.

Variant a is het voort laten bestaan van de huidige situatie. Deze variant sluit niet goed aan bij de visie op het begrip topreferentie, die de werkgroep onder de punten 1 t/m 4 heeft verwoord, namelijk dat topreferentiezorg zoveel mogelijk als een integraal onderdeel van de patiëntenzorg moet worden gezien. Deze variant markeert wel duidelijk de problematiek zolang er

geen uitsluitsel is over de exacte inhoud en doelmatigheid van de kijkdoos.

Variant b sluit wel goed aan op de visie op topreferentiezorg die de werkgroep in aanbeveling 1 t/m 4 heeft verwoord. Als de kijkdoos is geparameteriseerd komt de gedachte van het continuüm van oplopende mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling beter in de budgetteringssystematiek tot uitdrukking. Het parameteriseren kan naar de mening van de werkgroep pas verantwoord gebeuren als de doelmatigheidskwestie rond de kijkdoos is beslecht.

Variant c is met name overwogen om tegenwicht te bieden aan de onder punt 7 genoemde risico's in het doorverwijsgedrag van algemene naar academische ziekenhuizen. Deze variant is sterker te overwegen, naarmate het beleid om meer concurrentie in de ziekenhuissector te introduceren, ook wordt uitgevoerd. Deze variant kan evenwel ook nieuwe risico's oproepen. Immers, verdeling van de kijkdoos over alle ziekenhuizen kan een prikkel zijn voor de algemene ziekenhuizen om zich ook zo topreferent mogelijk te gaan gedragen met een suboptimale allocatie van de benodigde infrastructuur tot gevolg.

2. De taak en positie van Academische ziekenhuizen

Het academisch ziekenhuis is er primair voor de patiënt. In die zin verschilt het niet van andere ziekenhuizen. De verbondenheid met de medische faculteiten is echter van doorslaggevende invloed (geweest) op zowel de aard van de zorgverlening, de besturing, de organisatie, als op de financiering en de inrichting van deze ziekenhuizen. Die verbondenheid maakt tevens dat de politieke verantwoordelijkheid voor de academische ziekenhuizen is verdeeld over de ministers van Onderwijs en Volksgezondheid. Alvorens nader op die gedeelde verantwoordelijkheid in te gaan geven we een zeer beknopte schets van de ontwikkeling in taak en bestuurlijke positie van de academische ziekenhuizen

2.1. De periode 1974 tot 1990

Voor een beknopte geschiedkundige beschrijving, is het jaartal 1974 een geschikt startpunt. Tot 14 oktober van dat jaar vielen de academische ziekenhuizen onder de volledige verantwoordelijkheid van de minister van Onderwijs en Wetenschappen (O&W). Na die datum deed de Tariefcommissie academische ziekenhuizen (TAZ) zijn invloed gelden. Deze commissie was ingesteld door de ministers van Onderwijs en wetenschappen (O&W) en Volksgezondheid en Milieuhygiëne (V&M). Zij vonden het wenselijk dat de tarieven voor de academische ziekenhuizen in een geïntegreerde structuur zouden komen, samen met die van de algemene ziekenhuizen. Het secretariaat van de TAZ werd verzorgd door het bureau van het Centraal Orgaan van de Ziekenhuizen (COZ).

In het najaar van 1979 leek er een forse wijziging in de positie van de academische ziekenhuizen te komen toen de ministers Pais (O&W) en Ginjaar (V&M) in een brief aan de Tweede Kamer meldden dat de primaire politieke verantwoordelijkheid voor de academische ziekenhuizen zou overgaan naar de minister die verantwoordelijk is voor de volksgezondheid. Dit voornemen, dat het overigens niet heeft gehaald, is het startsein geweest van een ca. 10 jaar durende discussie, voordat de positie van academische ziekenhuizen nader bij wet zou worden geregeld, althans wat de bestuurlijke positie betrof. Wat de tariefvaststelling betrof waren de academische ziekenhuizen al per 1 februari 1982 onder de werking van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) gebracht. In het verlengde van de TAZ werd binnen het Centraal

Orgaan tarieven gezondheidszorg (COTG), de opvolger van de COZ, een Werkgroep academische ziekenhuizen (WAZ) gecreëerd. Deze werkgroep bestaat nog steeds en heeft tot doel het COTG te adviseren over de op te stellen richtlijnen voor de academische ziekenhuizen.

Zoals gezegd zou de discussie over de positie en taak van de academische ziekenhuizen vanaf 1979 zo'n tien jaar duren. Een belangrijke inhoudelijke rol daarin heeft de Projectorganisatie academische ziekenhuizen (POAZ) gespeeld. Deze werkgroep, in 1982 ingesteld door de toenmalige ministers Van Kemenade (O&W) en Gardeniers (V&M) heeft tot 1986 zijn visie uitgedragen (meer hierover is beschreven in hoofdstuk 3). Kort voor het voorziene eindrapport van de POAZ gaf het regeerakkoord van het kabinet Lubbers II een nieuwe impuls aan de discussie. Die impuls zou moeten leiden tot een nadere regeling van de bestuurlijke en juridische positie van academische ziekenhuizen in de Wet op het wetenschappelijk onderwijs (WVO) en tot een verdere integratie in de gezondheidszorgwetgeving. De financiering en planning van academische ziekenhuizen zouden onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) moeten worden gebracht. De gedeelde politieke verantwoordelijkheid voor de academische ziekenhuizen zou in stand blijven, maar wel verder opschuiven richting Volksgezondheid.

2.2. Positie van de academische ziekenhuizen in het kader van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW).

Op 4 oktober 1990 verschenen de in het regeerakkoord van Lubbers II aangekondigde wijzigingen van de WVO en WZV onder nr. 628 in het Staatsblad. Kort na deze wijziging ging de WVO over in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW), (Stb 593, 1992). De wijzigingen van de WVO uit 1990 bleven daarbij intact. De essentie was een meer terugtrekkende rol van de minister van O&W en een meer gelijkwaardige bestuurlijke relatie tussen universiteit en academisch ziekenhuis. Aan de hand van de belangrijkste zaken lopen we de betekenis van de WHW voor de positie van academische ziekenhuizen langs:

2.2.1. De taak

De wettelijke taak van de academische ziekenhuizen luidt letterlijk

als volgt:

Academische ziekenhuizen zijn werkzaam op het gebied van de patiëntenzorg en staan mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderzoek aan de universiteiten waaraan zij zijn verbonden. Zij vervullen mede topklinische en topreferentiefuncties in de gezondheidszorg. Voorts verlenen zij medewerking aan de opleiding tot medisch specialist.

2.2.2. Het bestuur

De WHW stelt regels aan de benoeming en de structuur van het bestuur van het academisch ziekenhuis en aan de bestuurlijke relaties tussen ziekenhuis en de universiteit (Faculteit der geneeskunde). De Raad van Bestuur (RvB) is belast met de leiding van het academisch ziekenhuis. De minister van OCW stelt nadere regels omtrent de rechtspositie van de leden van de RvB.

De RvB wordt benoemd door de Raad van Toezicht (RvT). Deze RvT wordt door de minister van OCW benoemd en ontslagen en is aan hem verantwoordig. Het afstandelijk bestuur door de minister van OCW komt tot uitdrukking in de attributie van goedkeuringsbevoegdheden (bestuursreglement, begroting, jaarrekening en jaarverslag) aan de RvT. Begroting en de jaarrekening worden derhalve niet meer door de minister van OCW zelf goedgekeurd. Ze zijn echter wel toegankelijk voor accountantscontrole en controle door de Algemene Rekenkamer. Voorts is de RvT belast met het toezicht op de gang van zaken in het ziekenhuis. De RvT is het aanspreekpunt voor minister van OCW; zij het alleen voor de toezichthoudende taken.

De samenwerking tussen universiteit en het daaraan verbonden academisch ziekenhuis komt tot uitdrukking in de WHW-bepaling dat er een gemeenschappelijk beleidsorgaan (GBO) moet worden opgericht. Hierin wordt het zogenoemde afstemmingsdocument vastgesteld waarin het beleid voor het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek is vastgelegd.

2.2.3. De bekostiging

De academische ziekenhuizen zijn in de WHW aangemerkt als de officiële werkplaatsen voor het onderzoek en het reguliere onderwijs van de faculteiten geneeskunde. De WHW stelt regels met betrekking tot de bekostiging van deze werkplaatsfunctie. Deze bekostiging vindt plaats via de rijksbijdrage aan de universiteiten ten laste van de begroting

van OCW. In de WHW is geregeld dat de aanspraak van academische ziekenhuizen op een deel van die rijksbijdrage onverwijld door universiteit aan het academisch ziekenhuis moet worden uitgekeerd. Dit deel wordt vastgesteld op basis van het zogenoemde verdeelmodel academische ziekenhuizen. Voor 1997 ging het om een bedrag van 792 mln. 25% hiervan is bedoeld voor rente en afschrijving op de investeringen van academische ziekenhuizen. Dit is het aandeel van de werkplaatsinfrastructuur in het totaal van de investeringen.

2.2.4. Personeel

De minister van OCW was tot voor kort eerstverantwoordelijke voor het personeel in de academische ziekenhuizen. Hier verschilde de situatie met die van de algemene ziekenhuizen die zelf, in de positie van werkgever, onderhandelen in het arbeidsvoorwaardenoverleg. De arbeidsvoorwaarden van academische ziekenhuizen kwamen tot voor kort nog tot stand in het kader van de cao-onderhandelingen voor de gehele onderwijssector. Er is echter een verandering opgetreden. Een deel van de bepaling van de arbeidsvoorwaarden, met name de secundaire rechtspositie, was reeds gedecentraliseerd aan het Landelijk Overleg Academische Ziekenhuizen (LOAZ).

Eind 1995 is een convenant gesloten tussen de bewindslieden van OCW en VWS, de Vereniging Academische Ziekenhuizen en de Centrales van overheidspersoneel. In dat convenant draagt de minister van OCW zijn bevoegdheden op het terrein van de arbeidsvoorwaardenvorming, inclusief de primaire arbeidsvoorwaarden, over aan de Vereniging Academische Ziekenhuizen. Op deze basis hebben de VAZ en de centrales van overheidspersoneel in het najaar van 1996 de eerste CAO voor de academische ziekenhuizen gesloten. Verder vindt nog onderzoek plaats naar de mogelijkheden en consequenties van privatisering van de academische ziekenhuizen (publieke arbeidsvoorwaarden inruilen voor private voorwaarden). Dit onderzoek moet voor 1-1-1998 afgerond zijn.

2.3. Positie van academische ziekenhuizen in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen na 1990

In algemene zin geldt dat na 1990 alle wet- en regelgeving voor de volksgezondheid op de academische ziekenhuizen van toepassing is.

Naast de verzekeringswetgeving (ZFW/AWBZ) en de WVG, is in dit verband

vooral de toepassing van de WZV voor de planning- en bouwbeslissingen van belang.

Bij de inpassing van de academische ziekenhuizen in de planning op basis van de WZV is er op onderdelen onderscheid met de algemene ziekenhuizen. Dit komt formeel vooral tot uiting in het overzicht landelijke beleidsvoornemens (art. 5a WZV) en in de bouwprocedures. Met artikel 5a werd beoogd randvoorwaarden te stellen bij de provinciale ziekenhuisplanning. De provinciale rol was destijds een hard punt van kritiek vanuit de POAZ. Inmiddels heeft artikel 5a geen betekenis meer. Er worden geen provinciale ziekenhuisplannen meer gemaakt. De academische ziekenhuizen vallen nu, evenals de algemene ziekenhuizen, onder het centrale vergunningenregime van de WZV.

Wat betreft de bouwprocedure voor academische ziekenhuizen is aangesloten bij de dereguleringservaringen die eerder waren opgedaan onder het regime van de WWO. De academische ziekenhuizen dienden zo als voorbeeld voor de bouwprocedure bij de algemene ziekenhuizen, die later is ontstaan. Verder is in de procedure voorzien dat op het terrein van de planning en bouw de minister van OCW meebeslist.

Op het gebied van de bouwinvesteringen is het systeem van à-fonds-perdu-financiering dat tot 1988 geheel ten laste kwam van het beleidsterrein van OCW, vervangen door het systeem dat voor de algemene ziekenhuizen gebruikelijk was (100% leningen op de kapitaalmarkt en vergoeding van rente- en afschrijving in COTG-systematiek). De eenzijdige OCW-financiering is vervangen door een gedeelde financiering OCW-Zorg.

Voor de academische ziekenhuizen is wel een afzonderlijk bouwkader blijven gelden, het zogeheten Planning Bouwvolume Academische ziekenhuizen (PBA). Het heeft eenzelfde functie als het bouwplafond voor de algemene ziekenhuizen. Er zijn echter verschillen. Deze betreffen de al genoemde gedeelde verantwoordelijkheid en de daarmee samenhangende financieringswijze. VWS en OCW dragen in de rente en aflossing bij voor respectievelijk $\frac{3}{4}$ en $\frac{1}{4}$. De minister van OCW kent zijn aandeel vooraf toe, dat wil zeggen in het jaar dat een investering op het PBA gepland is. Hiermee voorkomt hij een post van rente en afschrijving en loon en prijsstijgingen tijdens de bouw.

Verder kent het PBA in vergelijking tot het bouwvolume voor de algemene ziekenhuizen geen specifiek exploitatiekader.

Voorheen was artikel 18 WZV (de vergunningplicht voor bijzondere topklinische verrichtingen) alleen van toepassing op de algemene ziekenhuizen. Na 1990 is dit ook het geval voor de academische ziekenhuizen. Verderop komen we nog terug op het aandeel van de academische ziekenhuizen in de verdeling van de topklinische functies.

De ontwikkelingsgeneeskunde betreft een nieuw aspect dat voorheen niet in de WWO en WZV was geregeld, maar met de wijziging van 1990 voor zowel algemene als academische ziekenhuizen onder de WZV is gebracht.

2.4. De patiëntenzorg in de academische ziekenhuizen

Zoals uit de taakbeschrijving in de WHW blijkt, staat de patiëntenzorg als eerste van de functies van de academische ziekenhuizen genoemd. Vervolgens wordt daar nog aan toegevoegd dat zij tevens topklinische- en topreferentiefuncties in de gezondheidszorg vervullen. Over deze twee functies gaat deze paragraaf.

2.4.1. Topklinische zorg

Zoals hierboven aangegeven is in 1990 ook artikel 18 van de WZV van toepassing geraakt op de academische ziekenhuizen. Op basis van dit artikel worden de bijzondere medische verrichtingen gereguleerd. Het gaat hier om een veertiental specialistische verrichtingen die worden aangeduid met topklinische zorg. Voorbeelden zijn hemodialyse en transplantaties van hart-, long- en lever. Als we vergelijken hoe deze functies over de algemene en academische ziekenhuizen zijn verdeeld, wordt het verschil tussen beide soorten ziekenhuizen duidelijk zichtbaar (zie onderstaande tabel):

Tabel 1

	Aantal ziekenhuizen	Aantal art 18 functies	Gemiddeld aantal art 18 fcties/zh
Academische ziekenhuizen	8	86	10,7
Algemene ziekenhuizen	65	100	1,5

Bron: Topklinische zorg in getallen over de periode 1992-1994, NZI, 1996

Van de 185 topklinische functies ex art 18 WZV zijn er 86 ondergebracht bij de 8 academische ziekenhuizen en 100 bij 65 algemene ziekenhuizen. Wat de spreiding betreft: Er is 1 academisch ziekenhuis met 12 functies, 2 met 11, 1 met 10, 4 met 9, en 1 met 8. Bij de algemene ziekenhuizen is de spreiding als volgt: 3 met 5, 1 met 4, 6 met 3, 11 met 2 en 44 met 1.

2.4.2. Topreferentiezorg

Naast de topklinische zorg wordt de topreferentiezorg als een aparte functie van de academische ziekenhuizen in de WHW genoemd. Een sluitende definitie van het begrip is niet te geven. Algemeen geaccepteerd is de omschrijving dat het om die zorg gaat waarnaar als laatste mogelijkheid kan worden doorverwezen. In het volgende hoofdstuk gaan we dieper op de achtergrond en inhoud van het begrip topreferentie in. Op deze plaats volstaan we met de mededeling dat in het budget van de academische ziekenhuizen jaarlijks een bedrag is geormerkt van ca. 500 mln voor de uitoefening van de topreferentiefunctie.

2.5. De opleidingsfunctie van de academische ziekenhuizen

De verantwoordelijkheid voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen na het arts-, respectievelijk tandartsexamen is het beleids-terrein van VWS. De academische ziekenhuizen hebben in vergelijking met de algemene ziekenhuizen een grote(re) rol als het gaat om de opleidingsfunctie. Voor een overzicht van de verantwoordelijkheden van de ministers van OCW en VWS wordt verwezen naar bijlage 1.

2.6. Vergelijking van een aantal bedrijfsindicatoren.

Tot slot van dit hoofdstuk maken we een vergelijking van een aantal kengetallen die zowel zijn toegepast op academische ziekenhuizen als op de algemene en categorale ziekenhuizen. De neerslag van die vergelijking staat in onderstaande tabellen 2 en 3. De tabellen zijn samengesteld op basis van zo recent mogelijk cijfermateriaal over de periode 1988-1994/1995 (tabel 3). Gekozen is voor deze periode omdat met ingang van 1988 de academische ziekenhuizen materieel onder het WZV-regime zijn gebracht, waardoor zo ook qua financiering vergelijkbaar zijn geworden met de algemene ziekenhuizen.

2.6.1. Capaciteit, productie en personeel

In tabel 2 vergelijken we vier kengetallen die een indicatie geven van capaciteit, productie en personeelsinzet. Als indicator voor de capaciteit is het aantal erkende bedden gebruikt. Dit aantal blijkt bij academische ziekenhuizen stabiel te blijven terwijl het aantal bedden bij de overige ziekenhuizen met zo'n 10% daalt.

Een verklaring voor het verschil in capaciteitsontwikkeling is in de eerste plaats het beddenreductiebeleid dat bij de algemene ziekenhuizen is gevoerd. We noemen hier de zogenoemde exploitatieverlagende initiatieven (EVI's), bedreductiemaatregelen op grond van de WZV, en beddenreductie via sluiting/fusies van algemene ziekenhuizen¹. Aan de academische ziekenhuizen zijn deze maatregelen voorbijgegaan.

Als tweede verklaring kan gelden dat de algemene en categorale ziekenhuizen over het algemeen een lagere bedbezetting kennen en daardoor makkelijker "koude bedden" kunnen afstoten. In de algemene ziekenhuizen is de ontwikkeling van de dagverpleging verder gevorderd dan in de academische ziekenhuizen, waardoor de behoefte aan bedden capaciteit bij de eerstgenoemde minder is.

Tabel 2

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
<u>Erkende bedden</u>							
Aca: aantallen	7456	7588	7579	7576	7599	7613	7616
index	100	102	102	102	102	102	102
Alg: aantallen	59564	58393	57110	56168	55817	54857	53729
index	100	98	96	94	94	92	90
<u>Opnamen</u>							
Aca: aant. x1000	188	194	196	193	198	200	200
index	100	103	104	103	105	106	106
Alg: aant. x1000	1343	1353	1346	1355	1363	1375	1401
index	100	101	100	101	101	102	104
<u>Verpleegdagen</u>							
Aca: aant. x1000	2204	2224	2199	2152	2167	2151	2109
index	100	101	100	98	98	98	96
Alg: aant. x1000	16305	16034	15537	15298	15035	14808	14625
index	100	98	95	94	92	91	90
<u>Arbeidspl/100 bedden</u>							
Aca: aant. x1000	451	462	487	498	513	517	530
index	100	102	108	110	114	115	118
Alg: aant. x1000	250	253	263	270	280	285	283
index	100	101	105	108	112	114	113

¹

(De "academische" fusies EKZ/AMC en Sophia/Dijkzigt en de academisering van Annadal (Maastricht) zijn van voor 1988).

Als productieindicatoren zijn de ontwikkeling in het aantal opnamen en het aantal verpleegdagen vergeleken. Het aantal opnamen stijgt zowel in de academische ziekenhuizen als in de overige. De stijging is bij de academische ziekenhuizen iets sterker dan bij de overige ziekenhuizen (1% gem. per jaar versus 0,7% gem. per jaar).

De daling van het aantal verpleegdagen (inclusief dagverpleging) is minder sterk in de academische ziekenhuizen dan in de algemene en categorale ziekenhuizen.

Een mogelijke oorzaak hiervan is dat door de geringere capaciteit en behandelmogelijkheden in de algemene en categorale ziekenhuizen doorverwijzing plaatsvindt van de relatief moeilijk behandelbare patiënten naar de academische ziekenhuizen, waardoor de druk op het aantal verpleegdagen (en het benodigde personeel) in de academische ziekenhuizen toeneemt.

Tot slot is in tabel 3 de personeelsinzet gerelateerd aan het aantal bedden. In de uitgangssituatie is deze indicator bij de academische ziekenhuizen 1,8 keer zo groot als bij de overige ziekenhuizen. Kijken we naar de groei dan is deze bij de academische ziekenhuizen ongeveer 1,5 keer zo sterk als bij de overige ziekenhuizen. Per bed waren er in 1994 in een academisch ziekenhuis 2,5 fte meer werkzaam dan in een algemeen/categoriaal ziekenhuis.

Een belangrijk deel van dit verschil moet gezocht worden in het in opleiding zijnde medische personeel. Dit is gemiddeld genomen in academische ziekenhuizen sterker aanwezig dan in de algemene ziekenhuizen (alleen de grote algemene ziekenhuizen hebben een opleidingsfunctie).

Mogelijk is er ook een verschil vanwege de derde geldstroom activiteiten van de medische faculteiten, waaraan de academische ziekenhuizen verbonden zijn. Hier heeft de werkgroep echter geen gegevens over.

2.6.2. Budgetten

Uiteraard komen de hierboven beschreven verschillen ook tot uitdrukking in de ontwikkeling van de budgetten (zie tabel 3). Deze zijn gebaseerd op de gerealiseerde uitgaven conform de meest recente FOZ/JOZ-gegevens.

Uit de tabel blijkt dat de gemiddelde jaarlijkse groei van de budgetten voor de academische ziekenhuizen bijna het dubbele is van die van de overige ziekenhuizen: 7,6% (index 167) versus 4,3% (index 134). Een substantieel deel van het verschil kan worden verklaard uit de financiering van de bouw. Zoals hierboven al is aangegeven zijn de academische ziekenhuizen met ingang van 1988 onder het WZV-regime gekomen. Dit betekende niet langer à fond perdu financiering van de bouw via de begroting van O&W maar, zoals dat bij de algemene ziekenhuizen al gebruikelijk was, via leningfinanciering. De daarbij bijbehorende jaarlijkse kapitaallasten komen ten laste van het budget. Omdat vanwege het ingroeitraject een vertekening in de vergelijking zou ontstaan, is de invloed van de kapitaallasten in tabel 3 in beeld gebracht. Vergelijken we de budgetontwikkeling exclusief kapitaallasten dan komt de gemiddelde jaarlijkse groei van academische ziekenhuizen uit op 6,3% (index 153) en van de algemene ziekenhuizen op 4,0% (index 132).

Tabel 3

		1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
<u>Academisch</u>									
Budget incl kl:	mln F	2287	2379	2581	2948	3288	3386	3639	3829
	index	100	104	113	129	144	148	159	167
Kap.lasten	: mln F	105	168	207	346	366	385	430	483
	index	100	160	197	330	349	367	410	460
Budget excl kl:	mln F	2187	2211	2374	2602	2922	3001	3209	3346
	index	100	101	109	119	134	138	147	153
<u>Algemeen</u>									
Budget incl kl:	mln F	9457	9778	10434	11161	11773	12122	12364	12677
	index	100	103	110	118	124	128	131	134
Kap.lasten	: mln F	1439	1535	1672	1891	2077	2098	2102	2113
	index	100	107	116	131	144	146	146	147
Budget excl kl:	mln F	8018	8243	8762	9270	9696	10024	10262	10564
	index	100	103	109	116	121	125	128	132

Wat verklaart nu deze divergerende ontwikkelingen tussen de academische ziekenhuizen en de overige ziekenhuizen? De werkgroep komt tot de volgende drie oorzaken. In de eerste plaats is bij de academische ziekenhuizen de afgelopen jaren voornamelijk de topzorg (art. 18 WZV) geïntensiveerd (zie ook § 2.4.1). In de tweede plaats is ca 230 mln

van de personeelsbudgetten van OCW en de universiteiten overgeheveld naar de budgetten voor de academische ziekenhuizen omdat ze dienden te worden toegerekend aan de patiëntenzorg (FOZ 1994, blz 40). In de derde plaats wordt het verschil vermoedelijk veroorzaakt door het fenomeen topreferentiezorg. Aan dit fenomeen is het volgende hoofdstuk gewijd.

2.7. Samenvatting/conclusies

In dit hoofdstuk is een beknopte schets gegeven van de positie van de academische ziekenhuizen ten opzichte van de algemene ziekenhuizen. Er is daarbij aandacht besteed aan de besturing, de organisatie, de financiering en de aard van de zorgverlening.

Tot halverwege de jaren zeventig was de minister van Onderwijs als enige politiek verantwoordelijk voor de academische ziekenhuizen. Daarna is dit overgegaan in een gedeelde verantwoordelijkheid met de minister van de Volksgezondheid.

De taak en bestuurlijke positie van de academische ziekenhuizen zijn in 1990 vastgelegd in de Wet hoger en wetenschappelijk onderwijs. In dat jaar werd ook de Wet ziekenhuisvoorzieningen (als laatste van de centrale volksgezondheidswetten) op de academische ziekenhuizen van toepassing. Hiermee werden de academische ziekenhuizen onderdeel van de centrale planning van de capaciteit van de ziekenhuiszorg.

Door de hierbovengenoemde ontwikkeling zijn de academische ziekenhuizen ook wat betreft de financiering van de patiëntenzorg meer en meer gaan lijken op de algemene ziekenhuizen. Er zijn echter nog duidelijke verschillen. De belangrijkste komen voort uit de zogenoemde topklinische functies en de topreferentiefunctie. Dit zijn twee bijzondere functies binnen de patiëntenzorg die met voorrang zijn toebedeeld aan de academische ziekenhuizen. Bij de topklinische functies gaat het om een veertiental gedefinieerde medische behandelingen. Omdat ze complex zijn en kostbaar is voor deze functies een vergunning nodig in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. In dit hoofdstuk is beschreven dat het zwaartepunt van de van de topklinische functies bij de academische ziekenhuizen ligt.

Wat de topreferentiefunctie betreft, deze is niet concreet gedefinieerd maar wordt kort gezegd beschouwd als de functie van "laatste kans

geneeskunde". Sinds het ontstaan van het begrip topreferentie rond 1980 (in hoofdstuk 3 wordt hier nader op ingegaan) is deze functie altijd naar voren gebracht als die functie die exclusief aan academische ziekenhuizen is voorbehouden. Halverwege de jaren tachtig is hier ook een financiële consequentie aan verbonden: de erkenning dat een substantieel deel van het budget nodig was voor topreferentiezorg.

Aan het slot van dit hoofdstuk is aan de hand van een aantal indicatoren een bedrijfsvergelijking gemaakt. Uit deze vergelijking komt naar voren dat de academische ziekenhuizen per opname over significant ruimere budgetten beschikken dan de algemene ziekenhuizen. Voor een deel is dit verschil verklaarbaar. Voor een ander deel moet de verklaring gezocht worden in de topreferentiefunctie van de academische ziekenhuizen. Reden om in het volgende hoofdstuk nader op deze functie in te gaan.

3. Het begrip topreferentie

Een belangrijk deel van het verschil tussen academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen wordt toegeschreven aan de topreferentiefunctie. Academische ziekenhuizen hebben die functie en algemene ziekenhuizen niet. Een nadere beschouwing over het begrip topreferentie mag dus niet ontbreken. We zullen in dit hoofdstuk eerst de historische kant van het begrip belichten. Wanneer en hoe is het ontstaan en hoe heeft het beleidsrelevantie gekregen? Zoals zal blijken heeft de UFA-groep, een voorloper van de Vereniging van academische ziekenhuizen (VAZ), aan de basis gestaan van het begrip. Daarna is de inhoud ervan, halverwege de jaren '80, verder uitgewerkt en vastgelegd door de Projectorganisatie Academische Ziekenhuizen (POAZ).

Na de historische invalshoek gaan we nader in op de vraag hoe het begrip zich kan lenen voor het formuleren van concreet beleid. In laatste instantie betekent dat een antwoord op de vraag of het begrip zich leent voor het beschikbaar stellen van geld. Centraal in dat gedeelte staat het rapport "Bepaald betaalbaar" dat in 1993 door de VAZ is opgesteld, en waarin voor het eerst de financiële omvang van het begrip topreferentie werd gepresenteerd.

3.1. De oorsprong van het begrip topreferentiezorg

Voor zover wij kunnen nagaan moeten we voor de oorsprong van het begrip topreferentiezorg terug naar 1979. Op 21 november van dat jaar schreven de ministers Pais (O&W) en Ginjaar (V&M) aan de Tweede Kamer (TK 16541, 1) dat zij het voornemen hadden om de politieke verantwoordelijkheid voor de academische ziekenhuizen primair te leggen bij de minister die verantwoordelijk is voor de Volksgezondheid. De coördinatiewerkgroep universiteiten, faculteiten der geneeskunde en academische ziekenhuizen (afgekort met UFA), schreven daarop in een brief aan de Tweede Kamer hun bezwaren tegen dit voornemen. De UFA-groep was van mening dat de academische ziekenhuizen pas onder de minister voor de volksgezondheid kon worden gebracht als eerst een aantal knelpunten was opgelost. Die knelpunten hadden voornamelijk betrekking op de inadequate planning- en financieringstructuur van academische ziekenhuizen die het gevolg was van de onduidelijke rechtspositie enerzijds

(onderdeel van universiteit) en de verwevenheid van de functies patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek anderzijds.

De Kamer nam de inhoud van de brief over en verzocht de regering in een motie om eerst met het veld een visie te ontwikkelen op de taak en functie van de academische ziekenhuizen. De UFA-groep ging daarop aan het werk en bracht in augustus 1980 het rapport "*De plaats van academische ziekenhuizen*" uit. In dat rapport herhaalde de groep het pleidooi in de brief aan de Kamer, eerder dat jaar. In het rapport komen wij op p.12 voor het eerst het begrip topreferentie tegen:

Het is bovendien niet raadzaam om de gezondheidszorgtaak als een geïsoleerde hoofddoelstelling van het academisch ziekenhuis te kenmerken, omdat het gevaar niet denkbeeldig is dat deze zich dan zal richten op het algemene gezondheidszorgniveau. Dit zou een ongewilde nivellering in de hand werken. Onder invloed van het onderwijs en wetenschappelijk onderzoek en de daarvoor ter beschikking staande mankracht en middelen heeft zich in de academische ziekenhuizen een patiëntenzorgniveau ontwikkeld, dat voor de niet academische ziekenhuizen moeilijker te bereiken is. Het is juist de wisselwerking tussen de beide taken, die in de academische ziekenhuizen worden uitgeoefend, die een hoog niveau van patiëntenzorg over de gehele linie mogelijk maakt. Op deze wijze hebben de academische ziekenhuizen zich ontwikkeld tot 'de topreferentie ziekenhuizen in de intramurale gezondheidszorg', dat zijn die ziekenhuizen in het gezondheidszorgcircuit, die als laatste meest deskundig behandelingscentrum voor de patiënten dienen.

De ministers Pais en Ginjaar hebben in december 1979 opnieuw hun positie aan de Kamer kenbaar gemaakt. Ze zijn daarbij uitvoerig ingegaan op het UFA-rapport, zonder evenwel hun mening over overheveling van politieke verantwoordelijkheid te herzien. In hun brief schreven zij:

Het academische ziekenhuis dient volledig te zijn geïntegreerd in het systeem van de gezondheidszorg: gegeven de patiëntenzorgtaken van het academisch ziekenhuis neemt dit in het stratificatiemodel van de intramurale voorzieningen de plaats in van een topziekenhuis, dat naast basis- en centrumfuncties ook bijzondere functies met een bovenregionaal bereik omvat. Binnen deze categorie van ziekenhuizen onderscheidt zich het academische ziekenhuis door zijn volledige verbondenheid met een universiteit/faculteit der geneeskunde.

Hun voornemen tot overheveling maakten zij als volgt kenbaar:

De academische ziekenhuizen worden volledig ingepast in de gezondheidszorgwetgeving met de status van topziekenhuis met een eigen karakter; daartoe dient binnen drie jaar de kosten-toerekening naar patiëntenzorg enerzijds en onderwijs/onderzoek anderzijds te zijn afgerond, mede op basis van een nadere waardering van de patiëntenzorg in de academische ziekenhuizen.

In de brief van de beide bewindslieden werd het begrip topreferentie

uit het UFA-rapport niet overgenomen. Dat deed wel het PvdA-kamerlid Van den Anker in het mondeling overleg over de kwestie op 25 maart 1981. Hij formuleerde als één van zijn conclusies:

De academische ziekenhuizen dienen uitgangspunt te zijn bij de planning van de intramurale gezondheidszorg, waarbij zij erkend dienen te worden als top-referentieziekenhuizen.

In het mondeling overleg moesten de ministers bakzeil halen. De Kamer zat op de lijn van de UFA-groep. Er zou eerst een brede projectorganisatie aan de slag moeten gaan om de genoemde knelpunten te inventariseren en op te lossen, alvorens de beleidsverantwoordelijkheid kon worden overgeheveld naar de minister van V&M. Door de inmiddels demissionaire status van het kabinet (Van Agt I) bleef de zaak liggen tot de nieuwe ministers Van Kemenade (O&W) en Gardeniers (V&L) op 19 mei 1982 het zogenoemde convenant naar de Kamer stuurden (TK 16541, 5). In dit convenant werd de Projectorganisatie academische ziekenhuizen (POAZ) aangekondigd. Bij de beschrijving van de taak de POAZ noemen de ministers als een van de op te lossen knelpunten:

Het ontbreken van een duidelijk profiel van het academische ziekenhuis, dat rekening houdt met zijn top(referentie)-, centrum-, en basisfunctie in het landelijke en regionale gestratificeerde netwerk van intramurale voorzieningen in het belang van de patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek.

Voor het hele POAZ project werd vier jaar uitgetrokken. Op 1 november 1982 stelde de Kamer schriftelijke vragen over het convenant. Inmiddels twee kabinetten verder (Lubbers I) was het minister Deetman (O&W) die op 3 maart 1983 de schriftelijke vragen van de Kamer over het convenant beantwoordde (TK 16541, 8). Desgevraagd meldde hij onder andere:

- dat het oorspronkelijke idee van overheveling van academische ziekenhuizen naar de minister van V&M was verlaten en dat gezamenlijke verantwoordelijkheid de beleidskoers was;
- dat het in het algemeen gesproken niet in de bedoeling lag alle geavanceerde zorg te concentreren in de academische ziekenhuizen. Vanwege een evenwichtige spreiding van volksgezondheidsvoorzieningen moeten ook andere ziekenhuizen met topfuncties kunnen bestaan;
- dat Dr. R.H.J. Kruisinga per 1 november 1982 tot projectleider van de POAZ was benoemd;

- dat het bij beslissingen betreffende academische ziekenhuizen een moeilijkheid is dat een algemeen geaccepteerd profiel van academische ziekenhuizen ontbreekt, waardoor er geen vertaling kan plaatsvinden naar planning en bouw. Een belangrijke taak van de POAZ was hierover te adviseren.

Het opstellen van een functioneel profiel is inderdaad een centrale activiteit binnen de POAZ geworden. Dat functioneel profiel is als bijlage 1 bij het POAZ eindrapport gevoegd. In die bijlage wordt zeer uitvoerig op de topreferentiefunctie van de academische ziekenhuizen ingegaan. We zullen die uitvoerigheid tot uitdrukking laten komen in een serie citaten. Allereerst uit het voorwoord, waarin de hoofdlijnen staan. Onder punt 1 van die hoofdlijnen wordt het volgende gesteld:

Het academisch ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis als zodanig verbonden met een universiteit/faculteit der geneeskunde. Het is het raakvlak (interface) van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. Binnen de intramurale gezondheidszorg heeft het academisch ziekenhuis een eigen plaats als topziekenhuis met een algemeen specialistische-, een topklinische-, en een topreferentiefunctie. Met name de topreferentiefunctie is karakteristiek voor de eigen bijdrage van het academisch ziekenhuis aan de gezondheidszorg. De topreferentiefunctie ten behoeve van de intramurale gezondheidszorg is in zekere zin te beschouwen als de gespiegelde van de werkplaatsfunctie ten behoeve van de faculteit der geneeskunde. In het academisch ziekenhuis heeft de intramurale gezondheidszorg een directe toegang tot het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek. Door de topreferentiefunctie kan het academisch ziekenhuis gelden als laatste en meest deskundig, diagnostisch en therapeutisch centrum".

In hoofdstuk 2 wordt nader op de taken en functies van de academische ziekenhuizen ingegaan:

Binnen het veelsoortig takenpakket van het academisch ziekenhuis kunnen homogene groepen van taken onderscheiden worden binnen de twee hoofdfuncties: werkplaats en topziekenhuis. Binnen de functie als topziekenhuis zijn als voornaamste deelfuncties onderscheiden:

- a. een algemeen-specialistische functie ten behoeve van het primaire verzorgingsgebied.
- b. een topklinische functie ten behoeve van een ruimer verzorgingsgebied
- c. een topreferentiefunctie voor het totale verzorgingsgebied.

Ter toelichting bij punt c wordt opgemerkt:

De topreferentiefunctie is in zekere zin complementair aan de erkende specialistische geneeskunde. In tegenstelling tot de algemeen specialistische en topklinische functie is de topreferentiefunctie in beginsel à specifiek, dat wil zeggen niet bij voorbaat gericht op een welomschreven patiëntengroep. De topreferentiefunctie betreft in beginsel alle specialismen en specialistische functies van het academisch ziekenhuis en kwalificeert het niveau

waarop en de flexibiliteit waarmee deze in samenhang beoefend worden. Noodzakelijke voorwaarden voor de aanwezigheid van deze topreferentiefunctie zijn onder meer:

- a. een in beginsel zo volledig mogelijk pakket van (erkende) specialistische functies;
- b. een vergaande deelspecialisatie van het functiepakket;
- c. de mogelijkheid om tijdelijk en indien noodzakelijk samengestelde specialistische functies te vormen door het vormen van multidisciplinaire specialistische teams;
- d. een methodische benadering van de patiënt, bijvoorbeeld door middel van protocollaire geneeskunde;
- e. de mogelijkheid tot het inzetten van de nieuwste inzichten van en methodes op diagnostisch en therapeutisch gebied;
- f. de ondersteuning door geavanceerde onderzoeksfaciliteiten.

Ten aanzien van de planning wordt (in hst 3.3) opgemerkt dat topreferentiezorg een zaak van nationale planning dient te zijn. Daaraan wordt toegevoegd:

Omdat het daarbij gaat om een in beginsel à specifieke functie welke alle specialistische functies van het ziekenhuis betreft, zal de topreferentiefunctie van het academische ziekenhuis nagenoeg uitsluitend naar volume gepland dienen te worden.

In hoofdstuk 3.5, met de specialistische functies als thema, wordt nog het volgende opgemerkt:

1. De topreferentiefunctie van het academische ziekenhuis wordt op twee verschillende manieren gegarandeerd, namelijk:
 - a. door een zo volledig mogelijk pakket van (erkende) specialistische functies;
 - b. doordat binnen het academisch ziekenhuis dit totale pakket van functies op een andere wijze beoefend kan worden dan in de algemene ziekenhuizen mogelijk is.
2. Binnen het academisch ziekenhuis vindt naast functiedifferentiatie door een vergaande deelspecialisatie tevens functie-integratie plaats doordat academische ziekenhuizen in staat zijn in voorkomende gevallen tijdelijke en wisselend samengestelde functies te vormen. Zowel voor functiedifferentiatie als voor functieintegratie is een zo breed mogelijk functiepakket vereist. Beide bewegingen steunen in belangrijke mate op de samenwerkingsrelatie met de faculteit der geneeskunde.
3. Door een zo volledig mogelijk pakket van specialistische functies, hun vergaande deelspecialisatie en hun vermogen om tijdelijk en indien noodzakelijk nieuwe specialistische functies uit de reeds bestaande functies samen te stellen zijn de academische ziekenhuizen in staat om binnen hun, soms functie-specifieke, rayon, als topreferentieziekenhuis te fungeren.
4. Als topreferentieziekenhuis beschikt het academisch ziekenhuis over een zodanig diagnostisch en therapeutisch repertoire dat in beginsel en zij het in laatste instantie:
 - a. alle patiëntengroepen vanuit de periferie naar het academisch ziekenhuis kunnen worden doorverwezen;
 - b. voor alle patiëntengroepen het academisch ziekenhuis door de periferie kan worden geraadpleegd.

Tot slot maken we nog melding van de appendices A en C die in het rapport zijn opgenomen en die het begrip topreferentie ondersteunen. Beide appendices hebben we in zijn geheel, aan het einde van dit hoofdstuk gevoegd. Zij spreken voor zich.

Vlak voordat de POAZ zijn eindrapport kon uitbrengen kwam het kabinet Lubbers II tot stand. In het regeerakkoord werden enkele belangrijke knopen doorgehakt met betrekking tot de positie van de academische ziekenhuizen. De taak en positie zouden nader worden geregeld in de Wet wetenschappelijk onderwijs (WVO). Juridisch zouden ze echter onafhankelijk worden zodat ze qua planning en financiering konden worden geïntegreerd in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Aldus zou de gezamenlijke verantwoordelijkheid van O&W en V&M voor de academische ziekenhuizen overeind blijven. Deze uitgangspunten vormden de basis voor een beleidsnota van de minister van O&W. Daarin werd o.a. een rol van de provincies voorzien bij de planning van academische ziekenhuizen. In het voorjaar van 1987 werd aan de POAZ om een advies gevraagd bij de O&W-nota.

Dit advies van de POAZ (14 mei 1987) was bijzonder kritisch. De voorziene rol van de provincies was daar mede debet aan. Samenvattend concludeert de POAZ dat de nota principieel zou moeten worden herzien omdat de knelpunten, waarvoor de POAZ was ingesteld, er niet mee konden worden opgelost. We citeren de volgende passage uit het POAZ-advies (p21):

Het functioneel profiel (van de POAZ) schetst de taak en positie van het academisch ziekenhuis als top(referentie) ziekenhuis binnen de intramurale gezondheidszorg met een werkplaatsfunctie voor het geneeskundig onderwijs en onderzoek van de betrokken medische faculteit.

De werkplaatsfunctie van het academisch ziekenhuis houdt in dat in beginsel alle patiëntenzorgtaken voor het geneeskundig onderwijs en onderzoek toegankelijk zijn. De betrokken medische faculteit bepaalt door middel van haar onderwijs- en onderzoeksprogramma de wijze waarop deze werkplaatsfunctie van jaar tot jaar daadwerkelijk wordt benut.

De functie van academisch ziekenhuis binnen het stelsel van intramurale gezondheidszorg is derhalve bepalend voor zijn mogelijkheden als werkplaats, terwijl omgekeerd het gebruik als werkplaats mede bepalend is voor de top(referentie) functie van het academisch ziekenhuis. De beide hoofdfuncties van het academisch ziekenhuis vormen dan ook twee kanten van dezelfde medaille.

De beleidsnota evenwel reduceert het bijzondere karakter van het academisch ziekenhuis tot zijn werkplaatsfunctie waarbij volstaan wordt met een "romp-ziekenhuis" waaraan, afhankelijk van de zwaartepunten in het onderzoeksprogramma van de medische faculteit, specifieke

patiëntenzorgfuncties kunnen worden toegevoegd.

Het doel dat de nota bij dit alles voor ogen staat is een landelijke verdeling en concentratie van patiëntenzorgfuncties in de academische ziekenhuizen afgestemd op de landelijke verdeling en concentratie van onderwijs- en onderzoekstaken in de medische faculteiten. Door de nota wordt de topreferentie functie van het academisch ziekenhuis en daarmee zijn meest karakteristieke bijdrage aan het stelsel van intramurale gezondheidszorg niet erkend.

Het kabinet was van mening dat de POAZ de zaak te scherp presenteerde en dat de weg die het kabinet wilde gaan in belangrijke mate spoorde met de ideeën die binnen de POAZ waren ontwikkeld. Gelijk een bij na een steek kwam de POAZ na het advies aan zijn einde. Het kabinet ging verder en diende in oktober 1988 een voorstel in tot wijziging van de WWO (TK, 20889 nrs 1,2 en3). In dat voorstel was onder andere het volgende artikel (150a) opgenomen:

Tot de taak van het academisch ziekenhuis behoort de patiëntenzorg en het verzorgen van de opleidingen tot medisch specialist. De patiëntenzorg, waarin tevens topklinische functies en de topreferentiefunctie zijn begrepen, staat mede ten dienste van het wetenschappelijk en geneeskundig onderwijs en onderzoek van de universiteit waaraan het academisch ziekenhuis is verbonden.

Uit de memorie van toelichting citeren wij de volgende passage.

De discussie die de afgelopen jaren in POAZ-verband is gevoerd over de academische ziekenhuizen, laat zien dat er in belangrijke mate overeenstemming is ontstaan over doel- en taakstelling. In het onderhavige voorstel van wet tot wijziging van de WWO wordt in lijn met de gegroeide praktijk en de gevoerde discussie de taak van het academische ziekenhuis (op bovengenoemde wijze) voorgesteld. Met deze formulering van de taak wordt duidelijk gemaakt dat in een academisch ziekenhuis onderwijs en onderzoek en patiëntenzorg zich tot elkaar verhouden als schering en inslag. Onderwijs- en onderzoeksactiviteiten en patiëntenzorgactiviteiten krijgen in samenhang invulling. De wisselwerking tussen deze activiteiten en de daarbij behorende infrastructuur vereisen dat in een academisch ziekenhuis over de hele linie sprake is van een hoog niveau van patiëntenzorg. Onderwijs en onderzoek hebben met andere woorden een directe invloed op de kwaliteit van zorg. Vandaar dat ook in de formulering van de taak — naast de aanduiding topklinische functies — de term <<topreferentiefunctie>> is opgenomen. Daarmee wordt tot uitdrukking gebracht dat de academische ziekenhuizen zich hebben ontwikkeld tot instellingen die als laatste, meest deskundige behandelingscentra voor de patiënten functioneren.

Kort na gewijzigd te zijn (Stb 628, 1990) ging de WWO over in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW). Licht gewijzigd ten opzichte van de gewijzigde WWO staat daarin sinds 8 oktober 1992 (Stb 593) onder artikel 1.4:

Academische ziekenhuizen zijn werkzaam op het gebied van de patiëntenzorg en staan mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderzoek aan de universiteiten waaraan zij zijn verbonden. Zij vervullen mede topklinische en topreferentiefuncties in de gezondheidszorg. Voorts verlenen zij medewerking aan de opleiding tot medisch specialist.

Met als sluitstuk bovenstaande vermelding in de wet, is de ontstaansgeschiedenis van het begrip topreferentie afgerond. Zeer recent had die geschiedenis een vervolg kunnen krijgen. Tijdens de behandeling van de Wet bijzondere medische verrichtingen is door het kamerlid Lansink (CDA) een amendement ingediend om de financiering van de topreferentiefunctie in deze wet te regelen. Zijn bedoeling was om dit te doen door middel van een topreferentiesubsidie, te verstrekken door de Ziekenfondsraad. Dit amendement, ontraden door de minister van VWS, heeft het in de Kamer uiteindelijk niet gehaald. Voor de volledigheid voegen we de tekst van het amendement als bijlage bij dit hoofdstuk.

3.2. De operationaliteit van het begrip topreferentie voor het beleid ten aanzien van academische ziekenhuizen

3.2.1. POAZ ter inleiding

Ter inleiding van de beschouwing over de operationaliteit van het begrip topreferentie herhalen we het volgende citaat uit het functioneel profiel van het POAZ rapport:

De topreferentiefunctie is in zekere zin complementair aan de erkende specialistische geneeskunde. In tegenstelling tot de algemeen specialistische en topklinische functie is de topreferentiefunctie in beginsel à specifiek, dat wil zeggen niet bij voorbaat gericht op een welomschreven patiëntengroep. De topreferentiefunctie betreft in beginsel alle specialismen en specialistische functies van het academisch ziekenhuis en kwalificeert het niveau waarop en de flexibiliteit waarmee deze in samenhang beoefend worden. Noodzakelijke voorwaarden voor de aanwezigheid van deze topreferentiefunctie zijn onder meer:

- a. een in beginsel zo volledig mogelijk pakket van (erkende) specialistische functies;
- b. een vergaande deelspecialisatie van het functiepakket;
- c. de mogelijkheid om tijdelijk en indien noodzakelijk samengestelde specialistische functies te vormen door het vormen van multidisciplinaire specialistische teams;
- d. een methodische benadering van de patiënt, bijvoorbeeld door middel van protocollaire geneeskunde;
- e. de mogelijkheid tot het inzetten van de nieuwste inzichten van en methodes op diagnostisch en therapeutisch gebied;
- f. de ondersteuning door geavanceerde onderzoeksfaciliteiten.

In feite staat hier dat een ziekenhuis een topreferente rol kan ver-

vullen als er een zodanig pakket faciliteiten aanwezig is dat men mag verwachten dat in moeilijke gevallen alleen hier de laatste hulp geboden kan worden.

Op zichzelf is dit verhelderend, maar niet bevredigend als men het als uitgangspunt wil hanteren voor concrete beleidsvorming. Immers, hoe moet de samenstelling en omvang van het pakket faciliteiten zijn voor de "cure of last resort"?

3.2.2. De deskundigen

We hebben geprobeerd tot een meer slagvaardige definitie te komen via interviews met en artikelen van deskundigen. Deze waren vrij unaniem in hun vaststelling dat voor de omschrijving van topreferentiezorg geen concrete criteria kunnen worden gegeven. Hoewel ook Prof. Blijham deze conclusie deelde, kwam hij nog tot de meest concrete omschrijving. Een ziektebeeld en behandeling kunnen in zijn ogen als topreferent worden gekarakteriseerd als één van de volgende vragen met ja wordt beantwoord:

- a. Gaat het hier om een zeldzame aandoening waar hele duidelijke specifieke en schaarse expertise voor nodig is?
- b. Gaat het bij de behandeling van het (de) geconstateerde ziektebeeld(en) om een complexe behandeling, die niet in een "gewoon" algemeen ziekenhuis kan worden gegeven?
- c. Vergt de behandeling van het ziektebeeld een bepaalde infrastructuur dat niet bij ieder ziekenhuis aanwezig is?
- d. Gaat het bij de behandeling van het ziektebeeld om een experimentele behandeling?

Om vooraf te kunnen bepalen welk deel van het ziekenhuiszorgaanbod voldoet aan 1 of meer van deze criteria, dient een grondig onderzoek te worden uitgevoerd. Niet alleen moeten bij ieder niet-regulier ziektebeeld opnieuw deze vragen worden gesteld, ze moeten ook periodiek en frequent worden gesteld. Topreferentiezorg heeft namelijk als kenmerk dat het zeer snel kan evolueren; een behandeling kan nu experimenteel en dus topreferent zijn, maar in korte tijd gaan behoren tot de reguliere zorg. Ook deze weg lijkt dus niet erg operationeel.

Apart onderscheiden van de topklinische zorg en de topreferentiezorg

worden als speciale functies van de academische ziekenhuizen ook wel onderscheiden de zogenoemde bijzondere academische functies en de ontwikkelfunctie.

Als voorbeelden van bijzondere academische functies gelden hier de toponcologie en de kindergeneeskunde. Omdat deze gebieden van zorg duidelijke kenmerken van "last resort"-zorg hebben, ziet de werkgroep deze gebieden van topzorg als een deel van de topreferentiezorg, zij het relatief specifiek omschreven dan de rest van de topreferentiezorg. Voor zover er mogelijkheden zijn om de topreferentiefunctie in zorginhoudelijke componenten uiteen te rafelen is de kans op succes bij deze bijzondere functies het grootst.

Wat de ontwikkelfunctie betreft vreest de werkgroep een zelfde proces als rond de topreferentiezorg: er wordt een begrip geïntroduceerd dat moeilijk operationeel is te definiëren, het gaat een eigen leven leiden en vervolgens worden de financiële consequenties benadrukt. De werkgroep geeft er dan ook de voorkeur aan de ontwikkelfunctie in financiële zin niet apart van de topreferentiefunctie te onderscheiden. Voor zover er in zijn algemeenheid ontwikkeling en research moet worden gepleegd is er het werkplaatsbudget van OCW. Voor zover er patiëntgerichte research moet worden verricht mag dit geacht worden uit het budget voor de topklinische functies en de topreferentiefunctie te worden bekostigd.

3.2.3. Topreferentieonderzoek VAZ

Ook de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) concludeert in het rapport *"De topreferentiefunctie van academische ziekenhuizen"* (1995), dat heldere criteria voor een omschrijving van het begrip topreferentiezorg ontbreken. Bij gebrek aan deze criteria benadert de VAZ het begrip door het aantal verwijzingen van specialisten buiten de academische ziekenhuizen naar specialisten binnen academische ziekenhuizen, alsmede verwijzingen van huisartsen uit andere verzorgingsregio's te kwalificeren als topreferentiezorg. In feite grijpt de VAZ hiermee terug op appendix C bij het rapport van de POAZ waarin ook het doorverwijzingscriterium als een "bewijs" van topreferentiezorg wordt gegeven. Op basis van enquêtes gedurende een week bij alle academische ziekenhuizen, komt de VAZ tot een topreferentiefraction van 43% van de in academische ziekenhuizen opgenomen patiënten.

Hoewel dit cijfer een heldere illustratie is van de positie die academische ziekenhuizen in het bestel hebben, is ook deze benadering voor concreet beleid niet erg operationeel. Zo zijn niet meegenomen de gevallen die ten onrechte niet zijn doorverwezen, terwijl wel zijn meegenomen de gevallen die ten onrechte wel worden doorverwezen. Bovendien zeggen de aantallen doorverwijzingen niets over de behandeling en de effectiviteit daarvan.

3.2.4. VAZ-rapport "Bepaald betaalbaar"

De VAZ heeft in 1993 het rapport "Bepaald betaalbaar" uitgebracht. Dit rapport werd opgesteld naar aanleiding van een door de minister van O&W voorgenomen bezuiniging op de rijksbijdrage voor de werkplaats- en onderzoeksfunctie van academische ziekenhuizen. Het rapport was bedoeld om inzicht te geven in financiering van de verschillende functies die de academische ziekenhuizen vervullen. In het door de VAZ opgestelde overzicht wordt ook de omvang van de topreferentiefunctie van academische ziekenhuizen berekend.

Dit werd gedaan op de volgende wijze: Allereerst werden op basis van de functiegerichte budgetteringssystematiek (FB), voor de academische ziekenhuizen de kosten berekend voor de reguliere patiëntenzorg en de topklinische zorg. Dit leverde een bedrag op van ca 1350 mln gulden. Hierbij werd vervolgens opgeteld een bedrag van 322 mln voor de omzet van de specialisten (uitgaande van 3 ton totale arbeidskosten per erkende specialist). In totaal levert dit een bedrag van 1672 mln gulden op aan patiëntenzorg in het academische ziekenhuis, benaderd als ware het een algemeen ziekenhuis. Vervolgens heeft de VAZ 32% van dit bedrag gehanteerd om te komen tot het financieel beslag van topreferentiezorg ad 535 mln gulden (p. 8,9 en 14).

Dit is op zichzelf een eenvoudige berekeningsopbouw. De vraag is echter: waarom is het percentage van 32% toegepast? Het VAZ-rapport verwijst hiervoor naar een afspraak tussen de ministers van O&W en WVC in 1985 over de normering van de specialisteninzet in academische ziekenhuizen. Die afspraak luidde als volgt: 60% van de in academische ziekenhuizen aanwezige specialisten worden toegerekend aan patiëntenzorg en 40% aan onderzoek, onderwijs en opleiding. Het totaal van de specialisten voor patiëntenzorg ligt evenwel 32% hoger dan het aantal

planningseenheden op basis van de erkenningsbeschikkingen van de minister van WVC. Dit opslagpercentage is sinds 1985 gehanteerd en komt tot uitdrukking in de kolom "financieringseenheden" die in de erkenningsbeschikkingen van academische ziekenhuizen voorkomt naast de kolom "planningseenheden".

3.2.5. De "kijkdoos" van het COTG

In 1996 is het COTG tot eenzelfde soort constatering gekomen als de VAZ. Op verzoek van de ministers van VWS en OCW wordt een functiegericht budgetteringsstelsel voor academische ziekenhuizen ontwikkeld, waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht bij het FB-stelsel van de algemene ziekenhuizen. Binnen het macro-budget van de ca 3200 mln voor patiëntenzorg in academische ziekenhuizen komt het COTG tot een bedrag van 573 mln dat nog niet in financieringsparameters kon worden ondergebracht. Dit bedrag is "kijkdoos" genoemd.

Voor de vergelijkbaarheid van de genoemde uitkomsten dient het volgende te worden toegelicht. In de kijkdoos van het COTG zijn ook de kosten van de specialisten in opleiding en de kosten voor de ontwikkel-functie begrepen. De VAZ had deze kosten nog apart gecijferd op 113 resp. 169 mln. Inclusief deze kosten zou de VAZ dus zijn uitgekomen op 817 mln. Omdat dit totaal te hoog zou uitkomen voor een macroneutrale herschikking van de budgetonderdelen heeft de VAZ op het topreferentiebudget (535 mln) en het ontwikkel-functiebudget (169 mln) een zogenoemde synergiekorting aangebracht, zodat het met de COTG-kijkdoos vergelijkbare VAZ-totaal uitkomt op 687 mln.

Op dit moment zijn NZi en VAZ aan het onderzoeken op welke wijze dit bedrag met behulp van parameters in de FB-systematiek kan worden geïntegreerd. Dit onderzoek zal medio 1997 niet alleen zicht moeten geven op de (meer)kosten van topreferentiezorg maar ook inzicht in de kosten van de verschillende medische specialistische en overige functies van het academisch ziekenhuis.

3.3. Samenvatting/conclusie

In dit hoofdstuk is de topreferentiefunctie van de academische ziekenhuizen nader onder de loupe genomen. Een speurtocht naar de ontstaans-geschiedenis van dit begrip heeft geleid tot een rapport uit 1980 van de zogenoemde UFA-groep, waarin dit begrip voor het eerst opduikt. De

UFO groep kan gezien worden als de voorloper van de Vereniging van academische ziekenhuizen (VAZ). Na dit rapport hebben de academische ziekenhuizen ook een belangrijke stem gehad in de Project organisatie academische ziekenhuizen (POAZ), waarin het begrip topreferentie halverwege de jaren tachtig tot volle wasdom is gekomen. Samenvattend kan worden gesteld dat het belang van de topreferentiefunctie vooral ook vanuit de wereld van de academische ziekenhuizen is benadrukt.

Op grond van de inhoudelijke verkenning in § 3.2. is de werkgroep van mening dat het begrip topreferentiezorg niet concreet definieerbaar is, althans niet voor een voldoende lange periode, en derhalve als zelfstandig begrip moeilijk beleidsmatig hanteerbaar is. Veel concreter dan: het is de functie ten behoeve van dat deel van de patiëntenzorg dat te complex is om in de algemene ziekenhuizen gegeven te kunnen worden, komt de werkgroep niet.

De werkgroep is bovendien van mening dat de topreferentiefunctie meer een afgeleide functie is van een aantal andere functies waarin academische ziekenhuizen zich al onderscheiden van algemene ziekenhuizen namelijk:

- a) de concentratie van een breed spectrum aan topklinische functies;
- b) de onderzoeks- en onderwijsfuncties gefinancierd door OCW.

Wat de zogenoemde bijzondere academische functies betreft schaaft de werkgroep deze voorlopig onder de topreferentiefunctie. Wellicht dat deze functies nog uit de kijkdoo's kunnen worden gelicht.

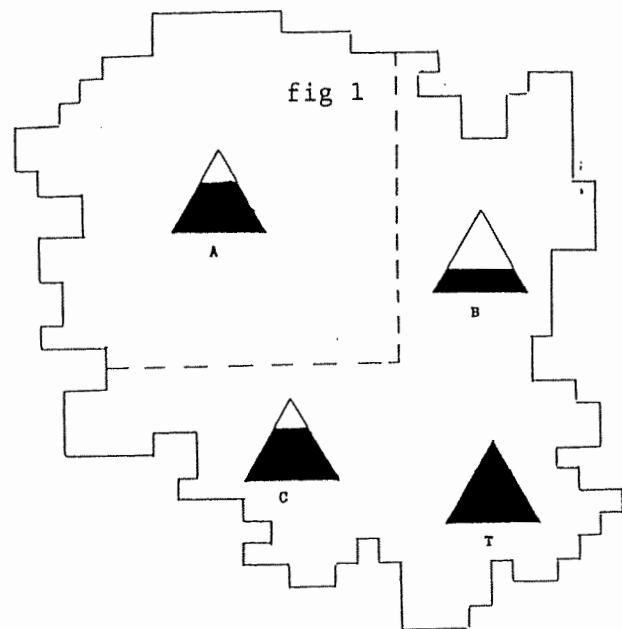
Wat de ontwikkelfunctie van academische ziekenhuizen betreft is de werkgroep van mening dat deze niet apart moet worden benadrukt met de bedoeling om er een specifiek deel van het budget aan te koppelen. Deze functie vervullen de academische ziekenhuizen al vanuit hun bijzondere positie en infrastructuur.

In dit licht dringt de vraag zich op hoe nu met het gedeelte van het budget moet worden omgegaan dat op dit moment aan de topreferentie wordt toegeschreven. We zullen daar in de conclusies in hoofdstuk 6 nader op ingaan, nadat in hoofdstuk 4 en 5 nog aanvullende beschrijvingen en analyses zijn gegeven.

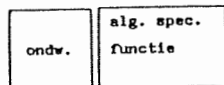
(OPBOUW)MODEL ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

Vereenvoudigd opbouwmodel van een academisch ziekenhuis ter verduidelijking van de rol in lokaal, regionaal en bovenregionaal verband.

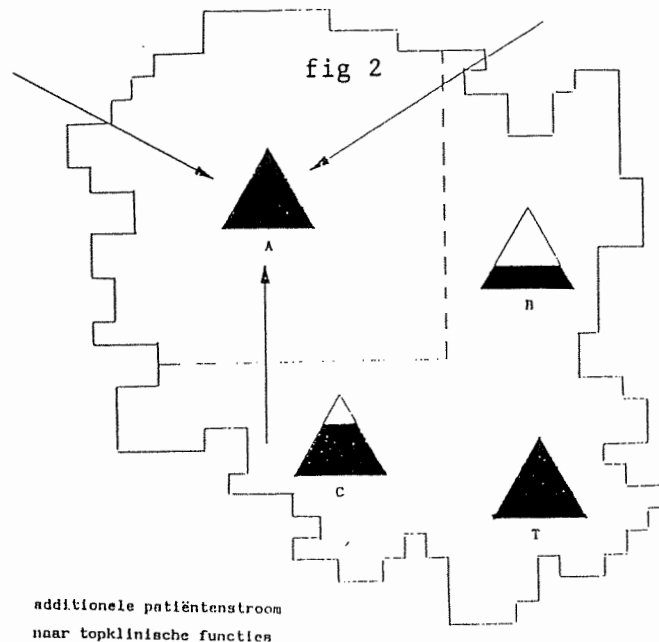
- Stap 1. Onderwijs en onderzoek vragen om een ziekenhuis met een ruim en voldoende gevarieerd patiëntenaanbod. Het heeft daartoe de gangbare specialistische functies (basis+centrum) en een voldoende omvang. Het bedient een primair verzorgingsgebied waarbinnen de bevolking zich in hoofdzaak richt op dit ziekenhuis. Zie fig 1.
- Stap 2. Omdat het academisch ziekenhuis voor specialistenopleidingen aantrekkelijke mogelijkheden biedt, met name vanwege de aanwezigheid van wetenschappelijk onderwijs en wetenschappelijk onderzoek treft men in het academisch ziekenhuis een sterke concentratie aan van specialistenopleidingen. Dit brengt deels direct, deels indirect mee het aantrekken van topklinische functies. Het laatste wordt mede in de hand gewerkt door de onderzoek- en ontwikkelingstaken van het academisch ziekenhuis. De topklinische functies kennen een veel ruimer verzorgingsgebied dan het primaire. Er zijn overigens ook niet academische ziekenhuizen met topklinische functies. Zie fig 2.
- Stap 3. Dankzij de aldus ontstane constellatie van eigenschappen, de aanwezigheid van een zeer gevarieerd pakket van deskundigheden en van wetenschappelijke onderzoeksprogramma's en ontwikkelingsprojecten heeft het academisch ziekenhuis een topreferentiefunctie. Patiënten met aandoeningen waarvan de diagnose of de therapie elders stuit op ernstige moeilijkheden worden hierheen verwezen. De topreferentiefunctie uit zich in een aanmerkelijke patiëntenstroom, eveneens vanuit een bovenregionaal gebied. Zie fig 3.



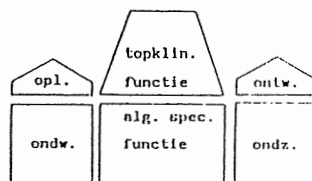
academisch ziekenhuis
met primair verzorgingsgebied



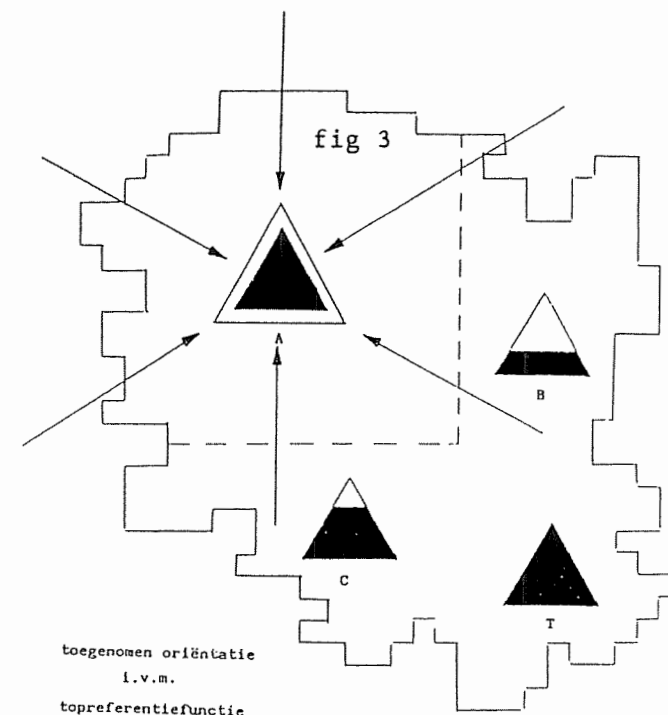
A: academisch ziekenhuis
B: basisziekenhuis
C: centrumziekenhuis
T: topziekenhuis



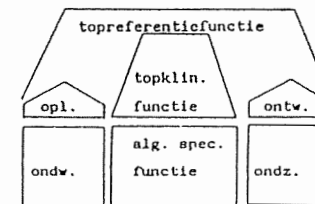
additionele patiëntenstroom
naar topklinische functies



A: academische ziekenhuizen
B: basisziekenhuis
C: centrumziekenhuis
T: topziekenhuis



toegenomen oriëntatie
i.v.m.
toppreferentiefunctie



A: academisch ziekenhuis
B: basisziekenhuis
C: centrumziekenhuis
T: topziekenhuis

TOPREFERENTIEFUNCTIE

Omschrijving

1. De topreferentiefunctie van het academisch ziekenhuis bestaat uit zijn plaats binnen de intramurale gezondheidszorg als laatste en meest deskundig diagnostisch en therapeutisch centrum.
2. Deze functie uit zich in een aanmerkelijke patiëntenstroom vanuit een bovenregionaal gebied.

Voorbeeld

1. De tabellen 1 en 2 geven een illustratie van de topreferentiefunctie van het St. Radboud Ziekenhuis in Nijmegen.
2. In tabel 1 worden, ter vergelijking, enkele kerncijfers gegeven voor het St. Radboud Ziekenhuis en het zeer nabijgelegen Canisius Ziekenhuis. Het Radboud is een academisch ziekenhuis. Het Canisius een regionaal topziekenhuis, geaffilieerd met de faculteit der geneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen. De topreferentiefunctie van het Radboud Ziekenhuis blijkt uit het verschillend herkomst profiel van de patiënten voor de beide ziekenhuizen.
3. Tabel 2 nuanceert tabel 1 door onderscheid te maken naar specialisme. Zowel de algemeen specialistische als de topklinische functies (voor zover opgenomen) van het Radboud Ziekenhuis geven een belangrijke instroom van buiten de regio Nijmegen te zien.

Tabel 1

enkele kerncijfers 1981	St. Radb. Zhs	Can. Wilh. Zhs
aantal bedden	907 1)	845
bezettingsgraad	86,8	79,6
gemiddelde verpleegduur	11,9	12,7
herkomst patiënten:		
- stad Nijmegen	23,0%	43,4%
- regio Nijmegen	32,0%	48,5%
- buiten de regio	45,0%	8,1%

1) tijdelijke herindelingsreductie

Bron: Drs. J.J.M. de Leeuw, AZN, 27 april 1983.

tabel 2

topreferentiefunctie Sint Radboud Ziekenhuis

specialisme	a	b	c	d
Inwendige geneeskunde	86,1	14,9	42	x
Cardiologie	85,7	6,6	33	x
Haematologie	93,2	14,7	77	
Nefrologie	92,3	20,1	75	
Endocrinologie	87,2	15,7	61	
Maag- en darmziekten	90,6	12,1	70	x
Reumatologie	94,4	30,6	62	x
Longziekten	85,5	13,8	33	x
Heelkunde	97,0	11,2	29	x
Kinderchirurgie	113,7	6,0	35	
Cardio-pulmonale chirurgie	85,3	13,3	53	x
Orthopaedie	96,1	11,3	59	x
Plastische chirurgie	78,0	4,9	44	x
Kaakchirurgie	85,5	7,3	44	x
Urologie	101,9	7,2	42	x
Kindergeneeskunde	86,1	16,5	56	x
Psychiatrie	51,4	101,8	39	x
Gynaecologie	91,1	5,2	38	x
Obstetrie	74,7	7,1	19	x
Oogheelkunde	97,7	9,3	79	x
Huidziekten	82,7	33,8	66	x
Keel- neus- oorheelkunde	88,4	5,0	47	x
Neurologie	93,6	18,9	52	x
Neurochirurgie	102,1	13,7	74	x
Radiotherapie	52,1	11,3	54	x
Beademing/I.C.	86,1	5,3	54	

legenda

- a : bezettingsgraad
b : gem. verpleegduur
c : % opgenomen patiënten uit buitenregio
d : erkende opleidingen (X)

Bron: Drs. J.J.M. de Leeuw, AZN, 27 april 1983.

Vergaderjaar 1996-1997

24 788

Regels betreffende bijzondere verrichtingen op het gebied van de gezondheidszorg (Wet op bijzondere medische verrichtingen)

Nr. 12

AMENDEMENT VAN HET LID LANSINK

Ontvangen 12 maart 1997

De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:

In hoofdstuk III wordt na paragraaf 1 een nieuwe paragraaf ingevoegd, luidende:

Paragraaf 1a. Topreferentiezorg

Artikel 7a

1. Onze Minister en Onze Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen stellen eenmaal in de twee jaar een overzicht vast van de grote lijnen van het beleid ten aanzien van de topreferentiezorg zoals uitgevoerd in academische ziekenhuizen in samenhang met de andere taken van de academische ziekenhuizen op het gebied van de topklinische zorg, ontwikkelingsgeneeskunde, opleiding, onderzoek en werkplaatsfunctie voor de faculteit.

2. Onze Minister en Onze Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen maken vóór 1 november van ieder jaar bekend welk bedrag in totaal beschikbaar is ten behoeve van de subsidieverstrekking, bedoeld in het derde lid, gedurende het daarop volgende jaar, waarbij zij bepalen welk deel van dat bedrag ten laste van het Rijk wordt gebracht en welk deel ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, bedoeld in artikel 38 van de Wet financiering volksverzekeringen.

3. De Ziekenfondsraad is belast met het verstrekken van subsidie voor topreferentiezorg.

4. Subsidie wordt slechts verstrekt indien de desbetreffende topreferentiezorg past in het in het eerste lid bedoelde overzicht.

5. Subsidie wordt voorts slechts verstrekt indien de zorg wordt uitgevoerd door, of overeenkomstig een samenwerkingsovereenkomst met een academisch ziekenhuis.

6. De Ziekenfondsraad kan een of meer subsidieplafonds vaststellen voor de subsidieverstrekking voor topreferentiezorg.

7. De Ziekenfondsraad kan regels stellen omtrent:

- a. de wijze van verdeling van het subsidieplafond;
- b. het bedrag van de subsidie dan wel de wijze

waarop dit bedrag wordt bepaald;
c. de aanvraag van de subsidie en de
besluitvorming daarover;
d. de verplichtingen van de subsidie-ontvanger;
e. de vaststelling van de subsidie;
f. de betaling en terugvordering en het verlenen
van voorschotten.

Toelichting

Met dit amendement wordt beoogd de
topreferentiezorg van academische ziekenhuizen een
plaats te geven in het wetsvoorstel en een grondslag
te bieden voor de financiering.

Lansink

4. Ontwikkelingen en beleid

Voor de positionering van academische ziekenhuizen in het geheel van de curatieve zorg geldt dat het beleid niet los kan worden gezien van het beleid ten aanzien van de andere ziekenhuizen. Eenvoudig gezegd: de academische ziekenhuizen "doen gewoon mee" in de ontwikkelingen. Dat betekent tevens dat de middelen voor de topreferentiesector gevonden moeten worden binnen het totaal dat beschikbaar is voor de gezondheidszorg. Dat geeft mogelijkheden en begrenzungen.

Om binnen de begrenzungen over een sterke academische sector te kunnen blijven beschikken is op een aantal punten beleid in gang gezet. Hieronder komen achtereenvolgens aan de orde:

- de samenhang in de zorg;
- de financiering;
- het hoofdlijnenakkoord;
- het zwaartepuntenbeleid;
- de Wet bijzonder medische verrichtingen;
- Meer concurrentie

4.1. Samenhang in de zorg

Om de patiënt beter van dienst te kunnen zijn is een centraal uitgangspunt voor het beleid in de curatieve sector: meer samenhang in de zorgverlening. Vergroting van de samenhang speelt zowel binnen de instellingen, tussen soortgelijke instellingen als tussen verschillende types zorgaanbieders

4.1.1. Samenhang binnen instellingen

Om binnen instellingen tot een samenhangend zorgaanbod te komen is het gewenst, dat ziekenhuizen zich ontwikkelen tot geïntegreerde organisaties voor medisch specialistische zorg. Het beleid op dit punt is uiteengezet in het Kabinetsstandpunt "*Modernisering Curatieve Zorg*" (TK 23619, nrs.3-4, 23 juni 1995). Een belangrijke eerste stap op weg naar geïntegreerde organisaties werd in 1995 gezet door middel van de zogenoemde 'lokale initiatieven'. Daarin maken ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars afspraken over de kosten van medisch specialistische hulp op instellingsniveau. Het bestaande systeem waarbinnen

specialisten zelfstandig declareerden op basis van de verrichtingen is hiermee doorbroken. Ook de inhoud van de zorg komt bij de initiatieven aan bod; er zijn tal van kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten in opgenomen.

Anders dan in de meeste algemene ziekenhuizen, zijn de medisch specialisten in de academische ziekenhuizen in loondienst. Niet alleen vanwege de wetgeving (de hoogleraar/afdelingshoofd is eindverantwoordelijk voor de patiëntenzorg), maar vooral gezien het functioneren in de praktijk (medisch specialisten betrokken bij het management), is in de academische ziekenhuizen reeds sprake van een geïntegreerd medisch specialistische organisatie. Voor zover daarbij het zelfstandig declareren door het afdelingshoofd aan particuliere patiënten nog verstoringende incentives opleverde, is het een goede zaak dat in alle academische ziekenhuizen waar dat mogelijk is¹ lokale initiatieven tot stand zijn gebracht.

Door te werken aan een geïntegreerde organisatie kan ook gekomen worden tot meer samenhang op medisch specialistisch gebied. Een multidisciplinaire aanpak en het werken met standaarden en protocollen zullen daarbij meer en meer gemeengoed moeten worden. De academische ziekenhuizen dienen hierbij, gezien hun ervaring op het gebied van onderzoek en ontwikkeling, een toonaangevende rol te spelen.

4.1.2. Samenhang tussen soortgelijke instellingen

Voor patiënten die binnen ziekenhuismuren behandeld moeten worden is het zaak, dat ze op de meest passende plek behandeld worden. Voor tal van reguliere aandoeningen kan dat het ziekenhuis in de regio zijn. Voor zeer gespecialiseerde zaken, topklinische zorg en topreferentiezorg is het academisch ziekenhuis veelal aangewezen. Vooral vanwege deze functies is de academische sector bij uitstek vertrouwd met de uitwisseling van patiënten met andere instellingen. Het is belangrijk dat er daadwerkelijk sprake is van een zorginhoudelijk juiste en tijdige doorverwijzing van patiënten over en weer tussen de academische en de algemene ziekenhuizen. Als patiënten terug kunnen en willen naar het algemene ziekenhuis, moet dat ook gebeuren. Het maken van afspraken tussen ziekenhuizen kan hierin op een meer systematische

¹

Het AMC kent alleen dienstverbanders, zodat hier een lokaal initiatief niet aan de orde is.

wijze verbetering brengen. Dit komt ook een doelmatige zorgverlening ten goede; het academisch ziekenhuis houdt zo ruimte voor zijn kerntaken. Ook tussen de academische ziekenhuizen onderling is het van belang dat een goede taakverdeling ontstaat. Dit komt verder aan de orde in paragraaf over de zwaartepunten (4.4).

4.1.3. Samenhang tussen verschillende types zorgaanbieders

Een ander thema uit het Kabinetsstandpunt "*Modernisering Curatieve Zorg*" het continuüm van zorg dat gerealiseerd moet worden voor al die patiënten die verschillende types zorg behoeven, gelijktijdig of volgtijdig. Zo is een naadloze aansluiting tussen ziekenhuiszorg en thuiszorg van groot belang voor de patiënt. Ten behoeve van een betere aansluiting zal de financieringswijze van de kortdurende, aan ziekenhuiszorg gerelateerde thuiszorg, gelijk getrokken worden met die van de ziekenhuiszorg.

De noodzaak van continuïteit in de zorg betreft niet alleen de interactie tussen ziekenhuis- en thuiszorg. Vloeiende verbindingen met bijvoorbeeld de huisartsenzorg en verpleeghuiszorg zijn evenzeer van belang. Voor de academische sector, met zijn grote en complexe organisaties, is extra aandacht voor deze verbindingen geboden.

In de recent uitgebrachte nota "*Thuiszorg en Zorg Thuis*" wordt een aantal trends gesignaleerd en worden lijnen uitgezet voor de toekomst van de gezondheidszorg. Hoofdthema is dat niet langer de plaats centraal staat waar de zorg wordt geleverd, maar de zorg die de patiënt nodig heeft. Steeds vaker wordt bij ziektebeelden de vraag gesteld of het ziekenhuis de meest aangewezen plaats is voor behandeling en verzorging. Er is een vrij sterke tendens zichtbaar dat ziekenhuizen minder budget besteden aan bedden en meer aan poliklinische verrichtingen. Deze tendens zal doorzetten. De omvang van de klinische centra zal afnemen, het zwaartepunt zal meer komen te liggen op het verrichten van handelingen met een hoog medisch-technologisch gehalte (diagnostiek en behandeling) en aanvullende transmurale zorg zal meer en meer geleverd moeten worden.

De behoefte aan bedden zal afnemen. Op termijn zal met 2 bedden per 1000 inwoners kunnen worden volstaan. Dit zal uiteraard gevolgen hebben voor zowel de algemene als de academische ziekenhuizen. Aan het College voor ziekenhuisvoorzieningen is recent gevraagd om de geschet-

ste ontwikkelingen te toetsen aan deze nieuwe beddenorm.

In de visie van VWS zijn de academische ziekenhuizen, door de integratie van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek bij uitstek geschikt om hier een voortrekkersrol te vervullen en de opgedane ervaringen door te geven aan de andere ziekenhuizen. Het is een misvatting dat deze voortrekkersrol alleen maar betrekking heeft op high-tech topzorg verrichtingen. Hij geldt evengoed voor vernieuwingen in de alledaagse zorg.

4.2. Financiering

Het afwijkende samenstel en de verwevenheid van functies komt ook tot uiting in de wijze van financiering en de gemengde verantwoordelijkheid van de ministers van VWS en OCW. Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet, worden de academische ziekenhuizen gevoed uit diverse bronnen. Ook na de aanpassing van de WWO/WZV kon de vraag met hoeveel welke functie bekostigd werd en door wie, niet goed worden beantwoord. Een verheldering van de taken van het academische ziekenhuis en een ontvlechting van de bijdragen van VWS en OCW was gewenst.

Onder druk van een dreigende bezuiniging op de bijdrage ten behoeve van de werkplaatsfunctie deed de VAZ een eerste stap met het rapport "*Bepaald betaalbaar*". Dit rapport biedt een aanzet tot een aantal verhelderingen die aantrekkelijk zijn voor zowel overheid als voor de verzekeraars en de academische ziekenhuizen. Bij de academische ziekenhuizen heeft de wijze van financiering van de verschillende functies specifieke aandacht gekregen. Afgesproken is dat nieuwe transparante financieringsmodellen ontwikkeld worden voor de drie kernfuncties van de academische ziekenhuizen, te weten de werkplaatsfunctie, de reguliere patiëntenzorg en de bijzondere patiëntenzorg (waaronder de topreferente). Uitgangspunt van VWS hierbij is het adagium "hetzelfde als algemene ziekenhuizen waar het kan, anders waar het moet".

Naar aanleiding van het rapport van de VAZ werd ook vastgesteld dat 255 mln van de rijksbijdrage van OCW werd besteed aan patiëntenzorg en werd (zie hoofdstuk 3) ook een eerste indicatie gegeven van het bedrag dat met topreferentiezorg was gemoeid: 535 mln.

Het eerste resultaat is geweest een budgettair neutrale verschuiving van de 255 mln van de begroting van OCW naar het premiecircuit van de

zorgsector per 1-1-1995. Deze stap is tevens de aanleiding geweest voor de evaluatie en aanpassing van het model waarmee de rijksbijdrage wordt verdeeld over de academische ziekenhuizen. Hiervoor was het nodig om de criteria voor onderwijs en onderzoek verder aan te scherpen. Het nieuwe verdeelmodel is, na aanpassing van het Bekostigingsbesluit WHW, op 1 januari 1997 ingevoerd.

De volgende stap is de ontwikkeling van het verdeelmodel voor het patiëntenzorgbudget. Sinds het van kracht worden van de WVG voor de academische ziekenhuizen, is deze systematiek lange tijd ongewijzigd gebleven. Sinds kort (1/1/1997) is voor de academische ziekenhuizen overgegaan op de systematiek van de functiegerichte budgettering (FB). VWS hanteert daarbij als randvoorwaarde, conform de afspraken die naar aanleiding van "*Bepaald Betaalbaar*" met de academische ziekenhuizen zijn gemaakt, dat in de systematiek onderscheid mogelijk moet zijn naar reguliere patiëntenzorg en topreferentiezorg.

Zoals al in hoofdstuk 2 en 3 is aangegeven zijn de middelen die nog niet in de FB-systematiek zijn 'gevangen' voorlopig ondergebracht in een vast budget per ziekenhuis; door het COTG 'kijkdoos' genoemd. Voordat deze 'kijkdoos' kan worden verwerkt in een normeringsmodel is inzicht in de huidige kostenstructuur van de academische ziekenhuizen noodzakelijk. Het onderzoek "*Bekostiging Bepaald*" dat het NZi verricht zal dit zicht moeten gaan bieden. Dit onderzoek is medio 1996 gestart. Op basis van de eerste bevindingen sluit het NZi niet uit dat de topreferentiefunctie voor verschillende specialismen anders uitpakt of niet in bijzondere mate aanwezig is. Verder wil het NZi het inzicht in de topreferentiefunctie vergroten door in het onderzoek een controlegroep van grote algemene ziekenhuizen met relatief veel topklinische functies te betrekken. De beoogde invoeringsdatum van een nieuwe normeringssystematiek voor academische ziekenhuizen voor de topreferentiefunctie is 1 januari 1998.

4.3. Het Hoofdlijnenakkoord

Op 15 september 1995 is er tussen de minister van VWS en de Academische Ziekenhuizen een akkoord gesloten over de top(klinische)zorg in academische ziekenhuizen. Kern van het hoofdlijnenakkoord is dat VWS, de VAG en de zorgverzekeraars structureel overleg voeren. In dat overleg is niet alleen de aanwas van topklinische functies aan de orde

maar ook de afstoot naar reguliere zorg, als dat verantwoord is.

De minister van VWS is in eerste instantie verantwoordelijk voor het gedeelte dat bij de vaststelling van de intensiveringsruimte (dit is de jaarlijkse reële groei van de zorgbudgetten) wordt toebedacht aan de realisering van de (top)zorg. Uitgangspunt daarvoor zijn onder meer de genomen planningsbesluiten.

Binnen de vastgestelde ruimte ligt vervolgens de uitvoering van het beleid (volume- en capaciteitsbepaling van bestaande en nieuwe functies) bij het lokaal overleg academisch ziekenhuis-verzekeraar.

Twee keer per jaar wordt overlegd over uitvoering en gewenst beleid zodat eventuele knelpunten tijdigesignaleerd en aangepakt kunnen worden. In het najaar is het overleg gericht op het gewenste beleid en prioritering zoals door de minister van VWS voorgestaan. In het voorjaar is het overleg gericht op de te verwachten trends en op de ontwikkeling van de zorgvraag.

VWS bewaakt dat de gezamenlijke aanpak conform het hoofdlijnenakkoord er niet alleen toe leidt dat er een toestroom van (top)zorg (en top-referentiezorg) komt, maar waar nodig ook een afstoot plaatsvindt van taken waar al meer ervaring is opgedaan of afstoot van reguliere zorg. Daarvoor is het nodig dat :

- a) er een goede registratie komt op basis waarvan de minister van VWS adequaat kan worden geïnformeerd over de relevante top-zorgfuncties (zowel productie-afspraken als werkelijke realisaties) en
- b) er een inzichtelijke procedure komt voor de behandeling van gewenste functieverruiming in academische ziekenhuizen. De eerste ervaringen met het Hoofdlijnenakkoord en de gehouden najaars- en voorjaarsoverleggen zijn gunstig.

In de toekomst zal het Hoofdlijnenakkoord meer toegespitst worden op die onderwerpen die onder de Wet bijzondere medische verrichtingen vallen (zie par. 4.5.). Daarnaast hechten zorgverzekeraars aan een verdere uitbouw van het lokaal overleg naar de meer reguliere zorg. Er wordt overlegd hoe dit kan worden verwezenlijkt.

Vanwege de gunstige ervaringen tot nu toe wordt ook overwogen de werking van het hoofdlijnenakkoord uit te breiden naar de algemene

ziekenhuizen.

4.4. Zwaartepuntenbeleid

Mede op basis van het rapport "*Academische ziekenhuizen als werkplaats voor onderzoek*" van de Commissie Profilerings klinische research (1992) is het besef ontstaan dat de academische ziekenhuizen zich meer moeten profileren op speerpunten en aandachtsgebieden die onderling en met de overheid zijn afgestemd. Dit teneinde versnippering en inefficiëncies tegen te gaan en de kwaliteit van zorg en onderzoek te vergroten. De bevordering van de doelmatigheid in het medisch handelen is een belangrijk item in het beleid van de curatieve zorg. Academische ziekenhuizen kunnen op dat gebied een belangrijke rol vervullen door de keuze van onderzoeksprioriteiten, structurering van onderwijs, na- en bijscholing, voortouw bij protocolontwikkeling e.d. Hierbij is het van belang dat de academische ziekenhuizen niet in een uitzonderingspositie worden geplaatst, of zichzelf erin plaatsen. Zij dienen zowel nauw samen te werken met de universiteiten als een geïntegreerd onderdeel te zijn van de curatieve zorg. In het Hoofdpijnenakkoord is de intentie neergelegd dat de academische ziekenhuizen in overleg met de medische faculteiten vorm geven aan een zwaartepuntenbeleid. Het resultaat hiervan is in december 1996 in het VAZ/VSNU-dMW-rapport "*Ontwikkeling in samenwerking*" vastgelegd. In dit verband is voorts van belang het advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek (BAGO) fase 3 dat eerder (1995) is uitgebracht door de Raad voor het gezondheidsonderzoek. Beide rapporten gaan in breed verband in op de (gewenste) samenhang en zwaartepunten in onderzoek (beleid). Uitwerking hiervan zal effect hebben op de te verlenen topreferentiezorg en de verdeling van de topklinische functies wanneer concentratie daarvan in enkele centra noodzakelijk wordt geacht. Ook binnen het beperkte aantal academische ziekenhuizen kan (verdere) verdeling van aandacht naar speerpunten de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg ten goede komen.

Bovengenoemde rapporten zijn te beschouwen als stappen in de richting van meer samenwerking, profilering en taakverdeling. Het gebied van medische en medisch-technische kennis is te omvangrijk geworden om daarin alleen op alle vlakken te kunnen excelleren. Keuzes van concentratie en taakverdeling zijn voor een doelmatige besteding van de

gezondheidszorgmiddelen noodzakelijk. Dit betekent dat taakverdeling en concentratie op het vlak van topzorg voortdurend onderwerp zal moeten zijn van overleg binnen het academische cluster en andere gezondheidszorginstellingen. Ook zorgverzekeraars zullen hier in toenemende mate een rol in moeten gaan spelen.

4.5. De Wet bijzondere medische verrichtingen

Een belangrijk onderwerp op dit moment is de (ontwerp-)Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBM). Deze wet is thans in behandeling bij de Eerste Kamer. Het wetsvoorstel bevat een compleet instrumentarium, met daarin verschillende gradaties van overheidsinvloed, om op maat te kunnen reguleren. De artikelen 18 en 18c van de WZV (de topklinische verrichtingen en de ontwikkelingsgeneeskunde) gaan in een aangepaste vorm over in deze wet.

De WBM is bedoeld om snel nieuwe vormen van zorg in het stelsel te kunnen brengen en ze er zo nodig ook weer snel uit te kunnen halen. Dit wordt bereikt door minder advisering, snellere besluitvorming en waar mogelijk de verantwoordelijkheid latend aan het veld.

Beoogd wordt het vergunningstelsel, meer dan tot nu het geval was, alleen in bijzondere situaties inzetten. Dergelijke situaties doen zich voor wanneer het niet inzetten van het vergunningstelsel bij de toepassing van topzorg, te grote risico's zou geven op het vlak van de kwaliteit, kostenbeheersing en toegankelijkheid van de zorg.

Het wetsvoorstel kent naast een vergunningstelsel ook nog de mogelijkheid van het treffen van de stimuleringsregeling, waarbij aangewezen instellingen financieel worden begunstigd met het oog op de toepassing van bijzonder aspecten van medische verrichtingen.

Bij de voorbereiding van het wetsvoorstel is de vraag aan de orde geweest of in deze wet de topreferentiefunctie van de academische ziekenhuizen geregeld zou kunnen worden. Bij de voorbereiding van de wet had de VAZ daarop aangedrongen. Zoals ook al in hoofdstuk 3 is beschreven heeft het kamerlid Lansink (CDA) er een amendement voor ingediend. De minister van VWS achtte een verankering in de WBM van de topreferentiefunctie echter niet op zijn plaats. Het amendement kreeg uiteindelijk onvoldoende steun in de Kamer.

In het wetsvoorstel was aanvankelijk vastgelegd dat een project ont-

wikkelingsgeneeskunde voor subsidie in aanmerking komt als dat wordt uitgevoerd door, of overeenkomstig, een samenwerkingsverband met een academisch ziekenhuis. Op verzoek van de Tweede Kamer is deze tekst zodanig aangepast dat projecten van ontwikkelingsgeneeskunde ook kunnen uitgevoerd in samenwerking met instellingen die op een bepaald gebied gelijkwaardig zijn aan academische ziekenhuizen.

Wat de topzorgvoorzieningen betreft staat zelfregulering door het veld nog steeds voorop. Zoals al is opgemerkt zal de WBM, met name waar het gaat om het vergunningstelsel, op terughoudende wijze worden gebruikt. Zelfregulering door de betrokken beroepsgroepen en instellingen op basis van overleg, bijvoorbeeld in het kader van een zwaartepunten beleid of uitwerking van het Hoofdlijnenakkoord, zijn in eerste instantie goede mogelijkheden om tot de gewenste concentratie van topzorg te komen. Met de WBM houdt de overheid echter wel de mogelijkheid om waar dat nodig is, centraal de regie te voeren.

4.6. Marktwerving in de zorgsector

In het voorgaande zijn de beleidsontwikkelingen beschreven om tot (verdere) samenhang in de zorg te komen. Daarnaast streeft VWS, met name voor de curatieve zorg, ook ruimte voor deregulering en marktwerving na. Doel hiervan is het bereiken van meer efficiency. Omdat het beleid van meer marktwerving van invloed zal zijn op de gedragsreacties van zowel algemene als academische ziekenhuizen, beschrijven we hieronder, uitgaande van de bestaande situatie, het perspectief van de nabije toekomst. Dit perspectief is met name afgeleid uit de VWS-nota *"De prijs die zorg verdient"* uit 1995.

4.6.1. De bestaande situatie in de ziekenhuissector

De huidige 'markt' voor het aanbod van ziekenhuisdiensten kent geen mededinging in de vorm van prijsconcurrentie. Het aanbod van ziekenhuisvoorzieningen (daaronder ook begrepen specialistische hulp) is zo vorm gegeven dat ieder algemeen ziekenhuis een welomschreven marktaandeel heeft (de adherentie). De som van deze marktaandelen levert een landelijk dekkende en evenwichtig gespreide ziekenhuiszorg op. Aanbod van ziekenhuisvoorzieningen dat niet in de planningsnormen past is verboden. De toegang tot de ziekenhuismarkt wordt op dit moment

gereguleerd via de WZV. Er mag niet eerder worden gebouwd dan nadat daarvoor een vergunning ex-WZV is verkregen.

Hoewel de aanbodcapaciteit in termen van bedden gereguleerd is, is de behandelcapaciteit sinds 1996 vrijgelaten. Tezamen met afspraken over de omvang van de te leveren productie mogen ziekenhuizen en verzekeraars op lokaal niveau ook afspraken maken over de uitbreiding van het aantal specialisten. De totale productiecapaciteit wordt uiteindelijk begrensd door het ziekenhuisbudget plus het budget voor lokale initiatieven. De sturingsvariabelen voor het ziekenhuis voor het beïnvloeden van de kosten zijn in dit model beperkt tot het gebruik van (dure) medische hulpmiddelen, medicijnen en verpleegdagen.

De prijsvorming is voor ziekenhuisproducten afwezig. De tarieven ten behoeve van verzekeraars zijn administratieve verrekenprijzen, gereguleerd door de WTG. De prijzen zijn in feite inputprijzen; ze dekken de budgetten voor de ziekenhuizen die worden vastgesteld aan de hand van richtlijnen voor de maximaal aanvaardbare kosten voor afschrijvingen, rente, lonen en materiële kosten.

De vraag naar ziekenhuiszorg wordt uitgeoefend door sociale en particuliere zorgverzekeraars. De sociale verzekeraars worden in 3 stappen vanaf 1996 risicodragend gemaakt voor de variabele ziekenhuiskosten. Iedere sociale verzekeraar krijgt een, op basis van samenstelling van het verzekerdenbestand, normatief bepaalde bijdrage aan de variabele ziekenhuiskosten voor de producten die hij contracteert. De vaste ziekenhuiskosten worden voor iedere sociale verzekeraar volledig nagecalculeerd.

De particuliere verzekeraars kunnen gemiddeld zo'n 40% van de ziekenhuiskosten verevenen en nagecalculeerd krijgen via de Wet toegang ziektekostenverzekering (WTZ). Particuliere verzekeraars krijgen de vaste lasten van ziekenhuizen niet nagecalculeerd.

4.6.2. Het perspectief

In "*De prijs die zorg verdient*", is het perspectief geschetst van een ziekenhuismarkt waarin tussen zorgvragers onderling en tussen ziekenhuizen onderling mededinging mogelijk wordt gemaakt. Mededinging kenmerkt zich door vrije toegang tot de markt en vrije prijsvorming op de

markt.

Wat de vrije toegang betreft heeft het kabinet aangekondigd het verbodstelsel van de WZV te vervangen door de Wet bouw zorgvoorzieningen (WBZ) met een stimuleringsstelsel. Kern van de WBZ wordt een stelsel van bouwprogrammering. De minister geeft in dit stelsel periodiek per sector een visie op de gewenste bouwbehoefte. Slechts die voorstellen komen voor financiering uit collectieve middelen in aanmerking die voldoen aan deze bouwbehoefte. Andere voorstellen worden niet verboden maar moeten privaat worden gefinancierd.

Wat de prijsvorming betreft, deze zal, uitgezonderd de topklinische zorg, worden overgelaten aan de individuele ziekenhuizen. Daartoe heeft het kabinet de deregulering van de WTG aangekondigd voor de variabele kosten van ziekenhuizen, mits de markt goed werkt. De prijsvorming zal dan het gevolg zijn van vraag en aanbod (outputpricing) en niet langer het gevolg van de vertaling van een financieel macrokader (inputpricing). Een aantal ondersteunende acties moet volgens het kabinet de invoering van outputpricing nog deze eeuw mogelijk maken. Het productenaanbod van ziekenhuizen zal dan moeten worden gedefinieerd in enige honderden zogenoemde Diagnose behandelcombinaties (DBC's). Voor deze producten moeten per ziekenhuis integrale prijzen worden vastgesteld.

De particuliere verzekeraars zullen door het wijzigen van de WTZ volledig risicodragend zijn geworden voor alle ziekenhuiskosten. Zij krijgen de vaste kosten niet meer nagecalculeerd. De sociale verzekeraars blijven een (periodieke) acceptatieplicht houden. Particuliere verzekeraars mogen aan risicoselectie doen.

Er zijn al verschillende stappen gezet in de richting van het hierboven beschreven perspectief. De werkgebieden voor de sociale verzekeraars zijn al opgeheven en er kunnen nieuwe verzekeraars toetreden. De sociale verzekeraars mogen ook maximaal 3% van hun variabele kostenbudget besteden voor zogenoemde vervangende zorg.

De risicoverevening en nacalculatie voor de sociale verzekeraars is in 1997 teruggebracht tot 50% van de variabele ziekenhuiskosten. De WBZ is voorbereid maar moet nog worden ingediend bij het parlement. De DBC's worden thans beproefd in een aantal pilot-ziekenhuizen en de

integratie van medisch specialisten in het ziekenhuisbudget om tot een integrale kostprijs te komen, is recent in een wetsvoorstel voorgelegd aan het parlement. Daarnaast wordt in anticipatie op dit perspectief in enkele ziekenhuizen geëxperimenteerd met de lumpsum financiering van ziekenhuizen.

4.6.3. *Verwachte effecten*

Recent is in twee rapporten aandacht besteed aan marktwerking in de ziekenhuissector. Het zijn de rapporten "*Het ziekenhuis ontketend*" van de MDW-werkgroep o.l.v. Koopmans en het rapport "*Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*" van de Raad voor de volksgezondheid en de zorggerelateerde dienstverlening (RVZ).

De invalshoek van beide rapporten is geweest te verkennen hoe de sturingsverantwoordelijkheden zo diep mogelijk in het veld kunnen worden neergelegd en hoe de zorg zoveel mogelijk decentraal kan worden georganiseerd. Daarnaast gaat het erom door middel van het inbouwen van competitieve elementen in het stelsel, prikkels te genereren voor doelmatigheid en kostenbeheersing in de zorg, teneinde deze op termijn betaalbaar te houden.

Volgens "*Het ziekenhuis ontketend*" kan van marktwerking alleen sprake zijn als de 'tucht van de markt' ook daadwerkelijk wordt gevoeld. Dit betekent dat degene die een bepaald product of dienst aanbiedt, geconfronteerd wordt met een kritische afnemer, die — en dat is de essentiële voorwaarde — ook elders dat product of die dienst kan verkrijgen. Om deze tucht voelbaar te maken in de markt voor ziekenhuiszorg, dienen er naar het oordeel van de werkgroep twee noodzakelijke voorwaarden te worden vervuld.

- In de eerste plaats dienen de ziektekostenverzekeraars risico te dragen.
- Ten tweede moet een effectief mededingingsinstrumentarium beschikbaar zijn, dat zowel van toepassing is op de zorgaanbieders als op de ziektekostenverzekeraars.

Naast deze twee noodzakelijke voorwaarden, zal volgens de werkgroep Koopmans, de marktwerking zich ook binnen de vier volgende randvoorwaarden dienen af te spelen:

- het systeem moet in een voldoende mate van solidariteit voorzien, het moet financieel en fysiek toegankelijk blijven voor

- alle groepen in de samenleving;
- het systeem moet een kwalitatief goede gezondheidszorg garanderen, gerelateerd aan het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen;
- de instellingen moeten over voldoende eigen vermogen beschikken om de soms hardhandige gevolgen van concurrentie aan te kunnen;
- het systeem moet passen binnen eventuele Europeesrechtelijke kaders.

Met inachtneming van deze randvoorwaarden is het MDW-rapport optimistisch van toon over de mogelijkheden van marktwerking.

Het RVZ-rapport is veel terughoudender en concludeert bijvoorbeeld dat de overheid de ziekenhuissector moet blijven budgetteren vanuit het oogpunt van kostenbeheersing.

Op dit moment is een projectgroep onder leiding van VWS bezig om te verkennen hoe de aanbevelingen van beide rapporten vertaald kunnen worden in concrete maatregelen.

4.7. Uiteenlopende ontwikkelingen

Het beleid van de afgelopen jaren is aanvankelijk sterk gericht geweest op de introductie van marktwerking zoals die in § 4.6 is beschreven. Zo is een begin gemaakt met de verwezenlijking van de verzekeraarsbudgettering en het afbouwen van verevening en nacalculatie.

Allengs zijn echter beleidsontwikkelingen zichtbaar die zich van het principe van marktwerking verwijderen. Voorbeelden hiervan zijn beschreven in §4.1 t/m 4.4. Het gaat hier niet om marktwerking, maar er wordt door de overheid een appèl op samenwerking binnen de sector gedaan. Een recent ander voorbeeld is het experiment waarbij een groep ziekenhuizen in Zuid-Oost Brabant worden gefinancierd op basis van een soort aanneemsom-principe. Hier wordt de bestaande FB-systematiek verlaten maar niet de weg van marktwerking ingeslagen.

Reden waarom er in de beleidsontwikkeling voorzichtig wordt omgegaan met het begrip marktwerking is dat er zich een aantal weerbarstige punten voordoet op het terrein van de verzekeraarsbudgettering. Het gaat hier om verdeelsleutel voor de bepaling van de normuitkeringen aan verzekeraars. Deze problemen kunnen zelfs consequenties hebben voor het aanvankelijke voornemen om zowel de verevening als de

nacalculatie per 1 januari 1998 terug te brengen tot nul. Ook de ontwikkelingen rondom privéklinieken nopen tot terughoudendheid op het gebied van de liberalisering van de infrastructuur.

De vraag of sturing door de overheid of sturing door de markt in de gezondheidszorg aan de orde is, ligt genuanceerd. De zorgsector is gebaat bij een mix van overheidssturing en marktelementen. Een actieve overheidssturing op het gebied van de toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg voor iedereen, een efficiënte allocatie van middelen en een rechtvaardige verdeling van lasten en kostenbeheersing blijft nodig. De situatie in de VS, waar de gezondheidszorg voor een groot deel aan de markt is toevertrouwd, schiet juist op die punten tekort. De mate van marktwerking kan verder verschillen in de diverse te onderscheiden deelsectoren zoals de verzekeringsmarkt, de dienstverleningsmarkt en de markt van outputs. Soms zijn marktprikkels daarvoor verstandig soms niet. Geen van de deelmarkten heeft de kenmerken van een volledig concurrerende markt. De mate waarin marktwerking wenselijk is verschilt ook in het eerste, tweede en derde compartiment en hangt samen met de mate van overheidsbemoeienis en doelstellingen voor de compartimenten.

De IBO-werkgroep ziet dan ook met belangstelling de bevindingen tegemoet van de hierboven genoemde MDW-projectgroep ziekenhuiszorg.

Voor de academische ziekenhuizen zullen de mogelijkheden voor marktwerking voor de verschillende functies uiteenlopen. Voor de meer reguliere functies, die zowel op het vlak van de normale specialistische zorg als de reguliere topklinische zorg voordoen, verschilt de positie van de academische ziekenhuizen niet van die van de algemene ziekenhuizen.

Bij de topreferentiezorg ligt dit vermoedelijk anders. Zoals we hebben gezien is deze vorm van zorg niet positief te definiëren en is eenzijdig geconcentreerd bij de academische ziekenhuizen. Cruciaal voor het verkrijgen van topreferente zorg is het doorverwijsgedrag van specialisten uit algemene ziekenhuizen en huisartsen. In het volgende hoofdstuk zullen we trachten te analyseren welke invloed de geregleerde marktwerking heeft op dit doorverwijsgedrag en welke risico's daaraan verbonden kunnen zijn.

5. Gevolgen van topreferent doorverwijsgedrag in de Nederlandse curesector in een situatie van mededinging

In het vorige hoofdstuk zijn enkele recente en relevante beleidsontwikkelingen beschreven. Uitgebreid werd ingegaan op de introductie van marktconcurrentie in de ziekenhuissector. In dit hoofdstuk gaan we er van uit dat het perspectief van dit beleid (zie § 4.6.2.) zal worden verwezenlijkt. Op basis daarvan maken we een inschatting van de gedragsreacties van algemene- en academische ziekenhuizen, de veranderingen die optreden in de verhouding tussen beide en de risico's die dit met zich mee kan brengen. Door de verkenning van de gevolgen van marktwerking toe te spitsen op het topreferente segment van de ziekenhuiszorg, kan dit gedeelte van het rapport worden gezien als een aanvulling op de rapporten "*Het ziekenhuis ontketend*" van de MDW-werkgroep o.l.v. Koopmans en het rapport "*Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*" van de Raad voor de volksgezondheid en de zorggerelateerde dienstverlening (RVZ).

Bij de in dit hoofdstuk aan de orde zijnde analyse zal gebruik worden gemaakt van de bevindingen uit de studie '*Doorverwijsgedrag in internationaal perspectief*' die door het NZi ten behoeve van dit Interdepartementaal beleidsonderzoek is verricht (zie bijlage 4). Specifiek is in dit onderzoek aandacht besteed aan de buitenlandse ervaringen op het gebied van doorverwijsgedrag en risico's bij de introductie van concurrentie.

5.1. Mogelijke veranderingen in het doorverwijsgedrag

Ieder ziekenhuis heeft een acceptatieplicht voor patiënten die er naar worden doorverwezen. Op medische- of capaciteitsgronden kan een behandeling evenwel plaats vinden in een ander ziekenhuis dan in het ziekenhuis waarnaar de patiënt aanvankelijk was verwezen. De verwijspatronen naar en tussen ziekenhuizen zijn echter niet objectief, centraal en naar oorzaak geregistreerd, zodat het niet mogelijk is om daar een goed beeld van te krijgen.

Slechts naar de doorverwijzingen van algemene ziekenhuizen naar academische ziekenhuizen is een gericht onderzoek gedaan. Zoals in § 3.2.3 is beschreven, heeft de VAZ dit onderzoek in 1995 uitgevoerd,

met name om de betekenis van de topreferentiefunctie van academische ziekenhuizen te onderstrepen. Gedurende een week werd de herkomst van de in de academische ziekenhuizen aanwezige patiënten naar oorsprong gedetecteerd. Ruim 40% van de patiënten bleek doorverwezen te zijn door specialisten van buiten de academische ziekenhuizen, danwel door huisartsen van buiten de adherentie van het academische ziekenhuis. Er is ook een patiëntenstroom, op basis van medisch gegronde doorverwijzingen, tussen kleine en grote algemene ziekenhuizen, en tussen grote algemene ziekenhuizen onderling. Naar analogie van de topreferentiefunctie bij academische ziekenhuizen, zou men hier kunnen spraken van de werking van de subtopreferentiefunctie van algemene ziekenhuizen. Zoals gezegd is de beschikbare informatie niet toereikend om deze functie met patiëntenstromen te adstrueren. Ondanks een onvolledig beeld van alle doorverwijspatronen, is de algemene opvatting dat de huidige structuur van de ziekenhuissector weinig incentives bevat om patiënten op andere dan medische gronden naar andere ziekenhuizen door te verwijzen.

De verwachting is gerechtvaardigd dat dat verandert in een competitieve omgeving. Immers, de continuïteit van de ziekenhuizen zal dan afhankelijk worden van het vermogen om producten (de DBC's) in prijsconcurrentie te offeren aan de verzekeraar. Zijn de contracten met de verzekeraars eenmaal gesloten, dan zal het ziekenhuis bedrijfseconomisch gemotiveerd zijn om patiënten, die ten opzichte van de overeengekomen DBC-vergoeding een verlies opleveren, niet zelf te behandelen maar door te verwijzen. Binnen iedere DBC zal immers een spreiding optreden in de feitelijke kosten die voor een patiënt moeten worden gemaakt. Het is voor een ziekenhuis derhalve economisch rationeel om de patiënten waarvan de verwachte kosten rechts van de mediaan van de kostenverdeling voor een DBC liggen, niet te behandelen maar door te verwijzen, wellicht op grond van oneigenlijke medische motieven. De integratie van de medische specialisten in de ziekenhuisorganisatie ondersteunt deze verwachting. Immers, sterker dan nu het geval is, zal in een volledig geïntegreerd medisch bedrijf, het essentieel belang van het ziekenhuis samenvallen met het belang van de behandelaar (specialist). Zolang de academische ziekenhuizen binnen de ziekenhuissector de topreferentiefunctie hebben zullen de doorverwijzingen in

laatste instantie daar terecht komen.

Belangrijk in de beschrijving van dit scenario is de aanname dat er sprake zal zijn van voorafgesloten contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Theoretisch is er ook een scenario denkbaar waarbij een minder gestructureerde prijsvorming plaatsvindt, niet vooraf op basis van contracten en met behulp van DBC's maar per geval. De patiënt moet dan maar naar het op dat moment voor die behandeling goedkoopste ziekenhuis. We achten dit scenario, vanuit de behoefte aan zekerheid bij de patiënt dat hij zo dicht mogelijk bij huis behandeld kan worden, niet waarschijnlijk.

5.2. Risico's van een veranderend doorverwijsgedrag

Uitgaande van het hierboven beschreven doorverwijsgedrag dient de vraag te worden beantwoord welke de gevolgen zijn voor de ziekenhuiszorg. We onderkennen hier een tweetal serieuze risico's, waarmee vooral op de korte termijn (na introductie van mededinging) rekening moet worden gehouden.

5.2.1. Prijsstijging door kostenafwenteling

Algemene ziekenhuizen zullen zich waarschijnlijk meer en meer onttrekken aan opname van relatief "dure" patiënten. Deze patiënten zullen terecht komen bij de acht academische ziekenhuizen omdat zij er zijn voor de zorg van 'last resort'.

Van de verzekeraars mag niet worden verwacht dat ze deze ontwikkeling tegengaan. De verzekeraars verkeren tegenover de ziekenhuizen in een structurele achterstandpositie als het gaat om informatie over de geleverde prestaties. Privacybescherming en het beroepsgeheim verhinderen een verzekeraar inzicht te krijgen in de feitelijke afwegingen en kosten. Daarnaast ontbreekt het vereiste deskundigheidsniveau om topreferentiezorg op noodzaak te kunnen beoordelen.

De extra stroom doorverwijzingen die academische ziekenhuizen te verwerken krijgen, zal op zichzelf tot prijsopdrijving van de verleende zorg kunnen leiden. De ziekenhuizen met doorverwezen patiënten bevinden zich immers in een zodanig sterke onderhandelingspositie tegenover de verzekeraar, dat de gedeclareerde kosten zeker vergoed zullen worden. Tegelijkertijd is het niet te verwachten dat er een compenserende prijsdaling optreedt bij de algemene ziekenhuizen die

door het doorverwijzen hun kosten hebben gereduceerd. De prijzen voor Diagnose Behandel Combinaties zullen (bij de in deze paragraaf gehanteerde aannames) uiteindelijk boven de feitelijke kosten komen te liggen.

Concluderend kunnen we stellen dat in de bovenstaande casuïstiek nog steeds prijsconcurrentie mogelijk is. Echter, vanwege het feit dat rationeel handelende ziekenhuizen een incentive hebben om tegenover iedere verzekeraar kostenselectie en/of mediaan-shifting te tonen, zal het gemiddelde prijsniveau in de ziekenhuiszorg stijgen ten opzichte van een situatie zonder kostenselectie en zonder veronderstelde schaarse topreferente zorg. Het valt immers niet te verwachten dat de besparing van de patiëntselectie wordt doorvertaald in lagere tarieven voor de wel behandelde patiënten.

Deze ondoelmatige uitwerking kan getemperd worden wanneer terugverwijzing zou optreden in de gevallen waarin van patiëntselectie sprake is. De vraag is of de eenzijdige medisch inhoudelijke argumentatie van de academische ziekenhuizen voldoende gewicht in de schaal kan leggen. Bovendien is het de vraag of de neiging hiertoe niet te zeer wordt afgezwakt door de aantrekkelijkheid van het opgedreven prijsniveau, dat, zoals hierboven beschreven, boven het kostenniveau is komen te liggen.

Een andere mogelijkheid tot tempering zou zijn om de kostenspreiding binnen de DBC's terug te brengen. Dit kan echter alleen door het aantal DBC's sterk te vergroten. Misbruik in de vorm van oneigenlijke declaraties (altijd de duurste variant) en stijgende transactiekosten zullen hiervan de eveneens niet aantrekkelijke gevolgen zijn.

5.2.2. Prijsstijging door prijsbederf

Een tweede probleem dat zich in een concurrerende ziekenhuissector zal kunnen aandienen is prijsbederf als gevolg van de uiteenlopende bedrijfseconomische uitgangspunten waarmee de ziekenhuizen van start gaan. Tussen de academische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen doen zich een aantal essentiële verschillen in uitgangspunten voor waardoor prijsbedervend gedrag een reëel risico is.

a. Bij academische ziekenhuizen is het gros van de topklinische

functies geconcentreerd. In het "reguliere" segment van de topzorg hebben ze dus een substantiële voorsprong in human capital en equipment.

- b. Van academische ziekenhuizen is bekend dat de eigen vermogenspositie significant beter is dan die van algemene ziekenhuizen. In exploitatietermen verschaft dit meer mogelijkheden om de prijsconcurrentie langer vol te houden.
- c. Daarnaast is er de in dit rapport uitgebreid beschreven 'kijkdoos' bij academische ziekenhuizen die, voor zover er geen bevredigende verklaring voor dit bedrag te vinden is in termen van onontkoombare, met de specifieke (toppreferente)patiëntenzorg samenhangende kosten, ook aangemerkt moet worden als een extra concurrentiebuffer ten opzichte van algemene ziekenhuizen.
- d. Tot slot beschikken de academische ziekenhuizen ten opzichte van de algemene ziekenhuizen over extra financieringsbronnen (werkplaatsfunctie) waardoor er ruimere mogelijkheden zijn om kruis-subsidiëring toe te passen.

5.2.3. Resumerend

We hebben hierboven twee reële risico's beschreven die verbonden zijn aan de introductie van marktwerking zoals het huidige kabinet zich dat heeft voorgenomen. Het zijn naar onze inschatting in ieder geval twee risico's waarmee, na deregulering van de ziekenhuissector, op korte termijn rekening moet worden gehouden en die naar onze mening niet zonder nadere regelgeving kunnen worden geredresseerd.

Het is verleidelijk om bij de gedachtenvorming over de effecten van marktwerking nog enkele mogelijke zetten van marktpartijen vooruit te denken, doch deze krijgen dan al snel een hoog speculatief gehalte. Vermoedelijk ook zullen de partijen niet de kans krijgen om deze zetten te doen omdat de overheid zich dan al genoodzaakt heeft gevoeld om corrigerend op te treden, vanuit de verantwoordelijkheid die zij voor de volksgezondheid voelt.

5.3. Het NZi-rapport

De beschrijving van mogelijke veranderingen in het doorverwijsgedrag van algemene naar academische ziekenhuizen in § 5.1 en de mogelijke risico's daarvan in § 5.2 worden in deze paragraaf aangevuld met de

bevindingen van het NZi in het rapport "Doorverwijsgedrag in internationaal perspectief". Het NZi is in het kader van dit IBO-onderzoek gevraagd om na te gaan of we met de ervaringen in het buitenland het de verwachte veranderingen in het doorverwijsgedrag konden toetsen.

5.3.1. Factoren die financiële doorverwijsprikkels beïnvloeden

Financiële doorverwijsprikkels ontstaan als het om bedrijfseconomische redenen gunstig is om een patiënt door te verwijzen naar een ander ziekenhuis. Het NZi komt in zijn rapport tot een aantal factoren die de financiële doorverwijsprikkels beïnvloeden:

- a. de bekostigingssystematiek van de ziekenhuizen;
- b. de mate van capaciteitsbenutting;
- c. de aanwezigheid en kracht van een countervailing power;
- d. de mate van marktwerking;
- e. de verhouding tussen het belang van medisch prestige enerzijds en financieel calculerend gedrag anderzijds.

ad. a Bekostigingssystematiek

Het NZi zet in hoofdstuk 2 van zijn rapport een theoretisch denkkader op aan de hand waarvan de praktijkanalyses gemaakt worden. In dit denkkader wordt uitgegaan van een drietal bekostigingssystemen:

- lumpsumbekostiging;
- bekostiging op basis van een abonnementsysteem (per capita);
- bekostiging per verrichting.

De volgorde van de opsomming reflecteert de afnemende kracht van financiële doorverwijsprikkels die van de systemen uitgaan. Bij de lumpsum-financiering is de prikkel het sterkst omdat bij doorverwijzing alle bovengemiddelde kosten van een patiënt kunnen worden bespaard. Bij het abonnementsysteem geldt dit ook, zij het in iets minder sterke mate (alleen de vervolgbehandelingen zijn "gratis"). Bij het verrichtingensysteem is de doorverwijsprikkel het zwakst omdat tegenover bovengemiddelde kosten extra inkomsten staan.

De hierboven genoemde bekostigingssystemen zijn om analytische redenen

beschreven als zuivere vormen. Per vorm zijn evenwel varianten denkbaar die de beschreven effecten kunnen beïnvloeden. Te denken valt aan een verschillende bekostiging van vaste en variabele kosten of (in het geval van het verrichtingensysteem) het beperken van een oneindige prijsdifferentiatie door met een beperkt aantal globale verrichtingen te werken.

Naast de variaties die bij de verschillende vormen mogelijk zijn, en die in de praktijk ook voorkomen, moet in het oog worden gehouden dat er ook verschillen kunnen bestaan tussen de wijze waarop de specialisten worden bekostigd en de wijze waarop de rest van het ziekenhuis wordt bekostigd.

ad. b Capaciteitsbenutting

De mate van capaciteitsbenutting in een ziekenhuis zal mede bepalend zijn voor de kracht van de financiële doorverwijsprikkel. Uiteraard is dit mede afhankelijk van de onder ad. 1 besproken bekostigingswijze. Als ziekenhuizen zowel hun vaste als variabele kosten moeten goedmaken via verrichtingenprijzen, dan zal de doorverwijzingsprikkel zwak zijn in de situatie dat het ziekenhuis onderbezet is. In dat geval kan via iedere patiënt immers een deel van de vaste kosten worden terugverdiend. Wordt een ziekenhuis bekostigd op een wijze waarbij de vaste kosten al op voorhand zijn gedekt, dan zal de financiële doorverwijsprikkel sterker zijn. Elke vermindering van "excessieve" variabele kosten is dan economisch aantrekkelijk.

ad. c Countervailing power

Met countervailing power wordt in dit verband bedoeld de kracht die autonoom doorverwijsgedrag van ziekenhuizen kan afremmen. Deze kracht is afkomstig van de partij bij wie de kosten van de medische verrichtingen in rekening worden gebracht: de verzekeraar. Doorverwijzingen van relatief dure patiënten naar beter geoutilleerde ziekenhuizen betekenen even zovele patiëntenverplaatsingen naar duurdere behandelcentra en dus hogere gedeclareerde kosten. (Het gemiddelde verpleegdagtarief van academische ziekenhuizen is in Nederland 1,5 à 2 keer zo hoog als in algemene ziekenhuizen). Het zal duidelijk zijn dat de verzekeraar dergelijke financiële doorverwijzingen sterker zal proberen af te remmen naarmate hij zelf grotere financiële risico's

loopt.

Los van de mate van risicodragendheid worden de mogelijkheden om countervailing power uit te oefenen begrensd door culturele en institutionele belemmeringen. In Nederland zijn deze duidelijk aanwezig in de vorm van wettelijk verankerde privacybescherming en geheimhoudingsplicht door medici. Daarnaast is er de gegroeide situatie waarin de patiënt een grote vrijheid van behandelkeuze heeft. Inbreuk op dit laatste zal voor de verzekerde aanleiding kunnen zijn om een andere verzekeraar te kiezen.

In de Verenigde Staten ligt dit bijvoorbeeld anders. De countervailing power wordt daar in veel gevallen uitgeoefend door de zogenoemde HMO's (Health Maintenance Organisations; vaak een bundeling van werkgevers en verzekeraars van grote omvang). Deze organisaties, met eigen artsen, hebben een machtige marktpositie en mede op basis daarvan inzage in de patiëntendossiers. Zij beoordelen daadwerkelijk of er wel gepaste (lees: niet te dure) zorg wordt geleverd.

ad. d Marktwerving

De kracht van de financiële doorverwijsprikkel is mede afhankelijk van de mate waarin concurrentie zich doet gevoelen in de markt van zorgaanbieders. Is de concurrentie scherp (dit hangt ook sterk samen met de uitoefening van de countervailing power door verzekeraars, zie ad 2) dan betekent dit dat de bedrijfseconomische doelstelling van continuïteit van het ziekenhuis sterker op de voorgrond komt te staan en dat de prikkel om door te verwijzen in het geval van relatief dure patiënten sterker wordt.

ad. e Prestige versus calculerend gedrag

Medische specialisten geven met elke doorverwijzing een stukje persoonlijk prestige op. Ziekenhuizen geven met elke doorverwijzing een stukje marketingstatus op. In hoeverre deze gevoelens de overhand hebben op financieel calculerend gedrag op korte termijn is moeilijk aan te geven. Hiervoor is ook van belang in welke setting de medische specialisten hun werk uitoefenen. Indien zij min of meer los van de ziekenhuisorganisatie hun werk verrichten zal het persoonlijke prestige wellicht sterker in het gedrag tot uitdrukking komen, dan in de situatie waarin de specialist geïntegreerd is in de ziekenhuis-

organisatie.

*5.3.2. Inschatting van veranderend doorverwijsgedrag in
Nederland*

Het NZi constateert dat er in de bestaande situatie van de ziekenhuissector geen eenduidige positieve financiële doorverwijsprikkel bestaat. Wel acht het NZi de kans reëel dat de financiële doorverwijsprikkel sterker wordt als in deze sector competitiever wordt, zoals volgens het kabinetsbeleid de bedoeling is. Het NZi komt tot deze conclusie na een verkenning vanuit diverse gezichtspunten.

a. Vanuit het perspectief van het algemene ziekenhuis gezien

In de bestaande situatie beslaat het aandeel van de vaste opbrengsten in de bekostigingssystematiek ca. 60% van het totale budget, terwijl de werkelijke vaste kosten ca. 80% van alle kosten zijn. In deze situatie zijn doorverwijzingen op bedrijfseconomische gronden niet waarschijnlijk zolang er nog onbenutte capaciteit is. Het NZi acht het niet onwaarschijnlijk dat dit verandert als de ziekenhuisomgeving concurrerder wordt.

Als de ex-ante geschatte kosten van een patiënt hoger uitvallen dan de WTG-vergoeding, ontstaat er een sterkere prikkel voor doorverwijzing. Bij de bestaande financieringsstructuur zou dat met name opgaan voor patiënten met een verwachte lange verblijfsduur (de budgetparameter van een verpleegdag is ca 1/4 van de werkelijke kosten) en/of patiënten waaraan intensieve verrichtingen, dure hulpmiddelen/medicijnen moeten worden besteed (deze komen ook niet voldoende tot uitdrukking in de parameters).

Indien de bestaande bekostiging plaats zou maken voor een bekostiging via DBC's, ligt doorverwijzing nog meer voor de hand, althans, als er contractvorming tussen verzekeraars en ziekenhuizen vooraf plaats op basis van globale DBC's.

b. Vanuit de specialisten gezien

Tot voor kort bestond in Nederland de situatie van zelfstandig declarerende specialisten door middel van het verrichtingensysteem. Begrijpelijkwijs werd er in die situatie alleen op medische gronden doorverwezen. Nadelig effect hiervan was dat patiënten soms onnodig

lang in ziekenhuizen werden behandeld die er eigenlijk niet goed voor waren toegerust.

Sinds de lokale initiatieven in 1995 is deze situatie sterk veranderd. Deze initiatieven vereisen dat minimaal de overeengekomen productie wordt gehaald. Het is aannemelijk dat in deze situatie de economische doorverwijsprikkel in kracht is toegenomen als het om patiënten gaat die meer dan gemiddelde kosten en/of tijd vergen. Een bijzonder aspect in de huidige situatie is dat wanneer, tegen het einde van het jaar, de overeengekomen productie is gehaald, de prikkel om patiënten op niet-medische gronden door te verwijzen of op een wachtlijst te plaatsen, in kracht zal toenemen.

c. Vanuit de zorgverzekeraars bezien

De zorgverzekeraars hebben, naarmate ze meer financiële risico's gaan lopen door de stapsgewijze afschaffing van de verevening en nacalculatie, een toenemend belang om oneigenlijke doorverwijzingen naar dure (lees: academische) ziekenhuizen tegen te gaan. Op dit moment komt dat belang nog niet tot uitdrukking in concreet gedrag. De reden hiervan is wellicht dat de risicodragendheid nog niet in volle omvang wordt gevoeld. Een andere belemmering is mogelijk het ontbreken van daadwerkelijke sturingsinstrumenten om oneigenlijk doorverwijsgedrag tegen te gaan. In de overgangsfase waarin de verzekeraars zich bevinden is terughoudendheid ook verklaarbaar. Het ontmoedigen van doorverwijzingen naar academische ziekenhuizen is niet aantrekkelijk voor verzekeren en dus ook niet aantrekkelijk voor het verkrijgen van een zo groot mogelijk marktaandeel.

d. Vanuit de academische ziekenhuizen bezien

De academische ziekenhuizen zullen willen voorkomen dat het aandeel van topreferente patiënten steeds sterker toeneemt. Niet alleen is dit nadelig vanuit bedrijfseconomisch oogpunt maar ook vanuit de opleidingsfunctie die deze ziekenhuizen hebben. Een representatief aandeel van reguliere patiëntenzorg is voor deze functie van groot belang. De mogelijkheden van academische ziekenhuizen om patiënten, bij gebleken oneigenlijke doorverwijzing, terug te verwijzen lijken in de praktijk om ethische redenen onwaarschijnlijk.

5.3.3. Internationale bevindingen

Aan de hand van internationale bijdragen aan het NZi-onderzoek kan worden afgeleid dat het mechanisme van financiële doorverwijsprikkels wordt onderkend maar dat dit in de meeste landen niet als een actueel probleem wordt ervaren. Opvallend is hoe sterk de situaties in de gezondheidszorg in de onderzochte landen zowel onderling afwijken als ten opzichte van de Nederlandse situatie.

Een uitzondering hierop vormt Duitsland, waarvan de structuur en beleidsrichting in de gezondheidszorg nog het meest overeen komt met die in Nederland. Ook in Duitsland vormen de academische ziekenhuizen (48 in totaal) duidelijk de top van de piramidale ziekenhuiszorg. Ca. 55% van de kosten in academische ziekenhuizen wordt besteed aan patiëntenzorg. Geconstateerd is dat het zwaartepunt meer en meer bij de complexe zorg komt te liggen. Op dit moment is het aandeel van topklinische en topreferentiezorg ca 10x zo groot is als het aandeel van de reguliere patiëntenzorg. Het proces van patiëntselectie tussen algemene en academische ziekenhuizen en de rol van financiële doorverwijsprikkels daarin, krijgt in Duitsland serieuze aandacht. Uit de duitse bijdrage aan het rapport blijkt dat men een sterk vermoeden heeft dat het sinds 1996 geïntroduceerde DBC-systeem de financiële selectie versterkt. Dit vermoeden is niet alleen gebaseerd op theoretische analyse maar ook op, zij het nog beperkte, praktijkervaring. Zo is in de universitaire vrouwenkliniek in München een toename van complexe zorggevallen geconstateerd variërend van 50 tot 350%. Zowel de organisatiestructuur als bekostigingswijze van de academische ziekenhuizen is in Duitsland onderwerp van heroverweging. Najaar 1997 worden de aanbevelingen van de daartoe ingestelde werkgroep verwacht.

In de Verenigde Staten is er meer dan waar ook ervaring opgedaan met marktwerking in de ziekenhuissector. Dat dat in ieder geval heeft geleid tot een ongewenste kostenstijging is bekend. Wat oneigenlijk doorverwijsgedrag betreft is er een trend waarneembaar dat de negatieve effecten hiervan worden geabsorbeerd door bedrijfseconomische integratie. Universiteitsziekenhuizen die in financiële problemen dreig(d)en te geraken door een onevenredig groot aandeel van risicovolle en dure gevallen en die noodzakelijkerwijs al duur zijn

vanwege hun onderzoeksfunctie, kopen algemene ziekenhuizen op en vormen zo grote economische eenheden waarbinnen alle vormen van zorg kunnen worden verleend. Deze nieuwe trend, die wordt aangeduid met "control of patientflow" wordt mede geactiveerd door de zich zeer sterk als countervailing powers opstellende HMO's.

In België is de arts-dichtheid beduidend hoger dan in Nederland en de capaciteitsbenutting van de ziekenhuizen beduidend lager. De specialisten werken op basis van het verrichtingensysteem en ziekenhuizen worden bekostigd op basis van DBC's zij het zeer verfijnd. Patiënten hebben vrije toegang tot elk niveau van zorg. Al deze factoren maken dat doorverwijsgedrag op financiële gronden in België niet als een probleem of risico wordt ervaren. Ter beheersing van de macro kostenontwikkeling worden in België relatief forse eigen bijdragen gevraagd.

In Oostenrijk zijn de artsen in dienst van de ziekenhuizen tegen een relatief laag basisloon. Zij mogen hun inkomen aanvullen met de privé-behandeling van patiënten die daarvoor aanvullend verzekerd zijn. Maximaal 25% van de ziekenhuisbedden mag door deze patiënten worden bezet. Het verhaal hierachter is dat de specialisten alleen maar voldoende privé patiënten zullen kunnen krijgen als zij met de behandeling van standaardpatiënten voldoende reputatie hebben opgebouwd. De noodzaak om deze reputatie op te bouwen wordt als een belangrijk rem genoemd op oneigenlijk doorverwijsgedrag. Daarbij komt dat er in Oostenrijk sprake is van een overcapaciteit van zorgaanbieders en ziekenhuisdiensten, hetgeen evenmin aanmoedigt tot financiële doorverwijzing.

De gezondheidszorg wordt in Zweden primair gezien als een publieke taak. Deze taak is sterk gedecentraliseerd. Zweden kent een structuur waarin lokale autoriteiten (26 county's en 3 municipalities) met gekozen besturen verantwoordelijk zijn voor het zorgaanbod. Meer en meer worden door de lokale besturen zorg-inkoop comités aangesteld die voor een goede prijs/prestatie verhouding van het zorgaanbod moeten zorgen. Aldus is de countervailing power indirect afkomstig van de patiënten/kiezers tijdens de vierjaarlijkse verkiezingen. Over de

bekostigingssystematiek is niet veel te zeggen; deze kan per lokale overheid verschillen. De laatste jaren is de positie van de patiënt in de gezondheidszorg versterkt. Zo is er een lijst verrichtingen waarvoor een gegarandeerde maximale wachttijd van drie maanden geldt. Ook is er een ontwikkeling dat de patiënt meer vrijheid krijgt om zelf specialist of ziekenhuis te kiezen, waardoor vaker voor een behandeling in een academisch ziekenhuis wordt gekozen. Er worden geen aantoonbare problemen gesignaleerd die ontstaan vanuit financieel doorverwijsgedrag van algemene naar academische ziekenhuizen.

In Engeland wordt ca. 95% van de gezondheidszorg geleverd door de National Health Service. Deze NHS heeft de taak gedelegeerd aan ca. 100 Local Health Authorities (LHA's). Behalve in noodgevallen is het niet mogelijk rechtstreeks een beroep op een NHS-ziekenhuis te doen. De huisarts heeft een sterke poortwachtersrol. 60% van het NHS-budget is ondergebracht in huisartsbudgetten, waaruit ook de ziekenhuiszorg wordt bekostigd. Uiteraard betreft het hier, vanwege de organisatie die nodig is voor het managen van de budgetten, praktijken die een zekere kritische omvang hebben. (N.B. De overheadkosten bij deze praktijken blijken op dit moment een groeiend punt van zorg). De gebudgetteerde huisartsen vormen samen met de LHA's de countervailing power die verantwoordelijk is voor het contracteren van de zorg. Bij dit contracteren is sprake van een beperkte competitie tussen NHS-ziekenhuizen in de regio. Universiteitsziekenhuizen doen daar ook aan mee. Afhankelijk van de contractvorm die wordt gekozen (de hierboven genoemde bekostigingssystemen of varianten daarop komen voor) is financieel doorverwijsgedrag theoretisch denkbaar maar wordt in de praktijk niet uitgeoefend. Dit wordt voor een belangrijke deel toegeschreven aan de culturele factor ("It is simply not done to do so").

In Frankrijk is er niet zozeer sprake van financieel doorverwijsgedrag tussen algemene en academische ziekenhuizen, alswel tussen openbare en privéziekenhuizen. Een belangrijke oorzaak van deze situatie is de mogelijkheid voor franse artsen om tegelijkertijd zowel een dienstverband met een openbaar ziekenhuis als met een privéziekenhuis te kunnen hebben. De sector privé-ziekenhuizen in Frankrijk is sterk ontwikkeld

(qua omzet meer dan 1/3 van het totaal). Voor de vergoeding van de tarieven (die enkele malen hoger liggen dan in de openbare ziekenhuizen) moet een aanvulling op de basisverzekering worden afgesloten. Van de Franse ziekenfondsen gaat geen enkele afremmende kracht uit. De academische ziekenhuizen zijn zowel "centres d'excellence et de recherches" als verleners van openbare reguliere zorg. Deze ziekenhuizen gaan echter zeer selectief met hun patiënten om. Omdat het merendeel van de patiënten is aangewezen op behandeling door stagiaires, is deze selectie voornamelijk gericht op medische interessantheid. Wat niet interessant is wordt doorverwezen naar gewone openbare of privéziekenhuizen. Van financiële prikkels lijkt geen sprake te zijn.

5.3.4. Resumerend

In het rapport "*Doorverwijsgedrag in internationaal perspectief*" komt het NZi tot een bepaalde analyse van de gevolgen van veranderend doorverwijsgedrag onder invloed van marktwerking. Dit wordt gedaan aan de hand van een theoretische analyse van de factoren die in het doorverwijsgedrag een rol spelen en een verkenning van de gedragsreacties van de betrokken partijen als die factoren door overheidsbeleid worden beïnvloed. De werkgroep concludeert dat de analyse van het NZi de aandacht die de werkgroep vraagt voor de risico's die in § 5.1 en § 5.2 zijn beschreven, ondersteunt.

Die ondersteuning kan niet worden afgeleid uit de ervaringen met financiële doorverwijsprikkels in het buitenland. Slechts het geval van Duitsland geeft enige ondersteuning. Het tegendeel, namelijk dat de ervaringen in het buitenland angst voor ongewenste ontwikkelingen ongegrond maken, is evenmin te concluderen. De belangrijkste reden van het ontbreken van houvast aan de internationale ervaringen zijn de sterk afwijkende structuren en uitgangssituaties ten opzichte van die in Nederland.

6. Conclusies

In dit hoofdstuk trekt de werkgroep een tiental conclusies op basis van de analyses en beschrijvingen in de hoofdstukken 2 t/m 5.

Voortvloeiend uit de taakopdracht heeft de topreferentiefunctie in de achterliggende hoofdstukken centraal gestaan. Door dit begrip op een aantal verschillende manieren te benaderen (zorginhoudelijk, historisch, financieel) en daarbij ook de bredere context van de positionering van de academische ziekenhuizen in de ziekenhuissector te betrekken, is de algemene strekking van de eerste vier conclusies dat het begrip te lang een eigen leven heeft geleid en te weinig is bestempeld als een geïntegreerd onderdeel van de algemene ziekenhuiszorg, even onmisbaar als vele andere onderdelen.

1. *De werkgroep concludeert op grond van zijn analyse dat de combinatie van drie onderscheidende kenmerken, academische ziekenhuizen reeds bij uitstek geschikt maakt voor het vervullen van de "last resort"-patiëntenzorg. Deze kenmerken zijn:*
 - a. *De band met de medische faculteit waar onderzoek en onderwijs plaatsvinden. Bij de algemene ziekenhuizen is deze band niet aanwezig.*
 - b. *Het op grond van a. toegekende werkplaatsbudget van OCW, waarmee de ook voor de "last resort"-patiëntenzorg noodzakelijke vernieuwing van de medische kennis wordt gefaciliteerd. De algemene ziekenhuizen ontvangen een dergelijk werkplaatsbudget niet.*
 - c. *De brede bundeling van specialismen die in alle academische ziekenhuizen aanwezig is vanwege de concentratie van vrijwel alle topklinische functies ex art. 18 WZV. Bij de algemene ziekenhuizen is deze brede bundeling van specialismen niet aanwezig.*
2. *Door de concentratie van de topklinische functies en door de aanwezigheid van de overige (onder 1 genoemde) kenmerken van de academische infrastructuur, dreigt een zichzelf versterkend effect van aanzuigende werking op de zorgverlening. Volgens de werkgroep dient voorkomen te worden dat hierdoor een disbalans ontstaat tussen de academische en algemene ziekenhuizen.*

3. *In het overheidsbeleid dat de laatste 20 jaar ten aanzien van academische ziekenhuizen is gevoerd neemt het begrip topreferentiefunctie een duidelijke plaats in. De werkgroep concludeert uit de historische verkenning in hoofdstuk 3 dat de argumenten om topreferentie als aparte functie te benoemen en de academische ziekenhuizen op grond van die functie ook in budgettaire opzicht te onderscheiden van algemene ziekenhuizen, vooral afkomstig zijn uit de wereld van de academische ziekenhuizen zelf.*

Op grond van de inhoudelijke verkenning komt de werkgroep tot de conclusie dat topreferente patiëntenzorg niet concreet is te definiëren, althans niet voor een voldoende lange periode.

4. *Voortbouwend op de punten 1 t/m 3 is de werkgroep van mening dat topreferentiezorg veeleer als een integraal onderdeel van de patiëntenzorg moet worden gezien dan als een per definitie aan een selecte groep ziekenhuizen voorbehouden taak. Binnen de piramidale stratificatie van de ziekenhuissector is sprake van een continuüm van toenemende mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Het eenzijdig benadrukken van de topreferentiefunctie in het bovenste gedeelte van de piramide doet geen recht aan dat continuüm. Om een vergelijking te maken: het belang van de sub-topreferentiefunctie van de grotere algemene ziekenhuizen is ook nooit nadrukkelijk naar voren gebracht. De werkgroep is dan ook van mening dat het begrip topreferentie geen nadere markerings dient te krijgen in de gezondheidszorgwetgeving.*

Nadat in de vier bovenstaande conclusies de bredere context van het begrip topreferentie aan bod is gekomen wordt in de conclusies 5 en 6 aandacht besteed aan de budgettaire omvang die het begrip op dit moment vertegenwoordigt en de werkelijke waarde waarop het zou moeten worden geschat. Zoals uit conclusie 6 blijkt meent de werkgroep dat met name het antwoord op deze laatste vraag moeilijk te objectiveren zal zijn.

5. *De werkgroep gaat op dit moment uit van een bedrag van ca. 500 mln dat aan topreferentiezorg wordt toegeschreven. Dit bedrag is*

in ieder geval een substantieel deel van de verklaring van de kostenverschillen tussen academische en algemene ziekenhuizen die in hoofdstuk 2 zijn geconstateerd. De werkgroep heeft geen bevredigend antwoord kunnen geven op de vraag of het geconstateerde verschil voldoende "value for money" biedt.

6. *Om te kunnen constateren of er geen ondoelmatigheid in het budget voor topreferentiezorg zit is het in de eerste plaats nodig dat deze functie zorginhoudelijk en meetbaar in kaart wordt gebracht. In de tweede plaats moet dan nog een oordeel worden gegeven over de vraag of de er mee gemoeide kosten te billijken zijn.*

Een antwoord op de eerste vraag zal misschien gegeven gaan worden door een nog lopend onderzoek van het NZi. Een 100% ontrafeling van het topreferentiebudget mag volgens de werkgroep evenwel niet worden verwacht, evenmin als een objectief antwoord op de vraag naar de doelmatigheid. Het aanbevelen van aanvullend onderzoek (na het NZi) om hierop antwoorden te krijgen acht de werkgroep dan ook niet reëel. Een beleidsbeslissing zal hier uitkomst moeten brengen.

In de conclusies 7 t/m 9 gaat de werkgroep in op de beleidsontwikkelingen met betrekking tot marktwerking in de ziekenhuissector. In conclusie 7 signaleert de werkgroep, vanuit de topreferente patiëntenzorg, een serieus doelmatigheidsrisico als de introductie van marktwerking met kracht wordt doorgezet. Of dit ook zal gebeuren is voor de werkgroep niet duidelijk, hetgeen heeft geleid tot conclusie 8. In conclusie 9 wordt aandacht besteed aan de rol die de ziektekostenverzekeraars kunnen spelen bij de optimalisering van de topreferentiezorg.

7. *Op basis van de analyse in hoofdstuk 5 beveelt de werkgroep de beleidsmakers aan er bedacht op te zijn dat de topreferentiefunctie van de academische ziekenhuizen een zelfstandige bron van ondoelmatige zorgverlening kan worden vanwege financiële prikkels in het doorverwijsgedrag van algemene ziekenhuizen. Met name is deze aanbeveling van belang bij de uitwerking van het*

beleid dat is gericht op meer onderlinge concurrentie in de ziekenhuissector.

8. *Wat het beleid van meer concurrentie in de ziekenhuissector betreft constateert de werkgroep dat op dit moment allerm minst duidelijk is in welke richting wordt gekoerst. Aan de ene kant liggen er, op regeerakkoord gebaseerde, intenties voor meer deregulering en meer concurrentie tussen zorgaanbieders. Aan de andere kant wordt getracht de aanbodzijde te regisseren. Voorbeelden hiervan zijn het beleid om samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen (mogelijke uitbreiding van het hoofdlijnenakkoord met de algemene ziekenhuizen), het experiment met de aanneemsommen van vier ziekenhuizen in Zuid-Oost Brabant en de voorgenomen regulering van de privéklinieken.*

9. *Naar de mening van de werkgroep dient het beleid om zogverzekeraars risicodragend te maken in ieder geval te worden doorgezet. Vanuit die risicodragendheid dienen de zorgverzekeraars een incentive te krijgen om zich kritisch te kunnen gaan opstellen tegenover (toppreferente) doorverwijzingen naar academische ziekenhuizen. Op dit moment is die incentive er niet omdat er geen verschil is in het (verpleeg)tarief voor de reguliere patiënten uit het verzorgingsgebied van de academische ziekenhuizen en de doorverwezen (toppreferente) patiënten van buiten de regio. De toppreferentiefunctie wordt zo in feite gesubsidieerd door de reguliere patiënten uit de regio en zorgt voor structurele kostenongelijkheden tussen verzekeraars.*

Bij de uitwerking van conclusie 9 zou gedacht kunnen worden aan de wijze waarop per 1 januari 1996 is omgegaan met de overheveling van 255 mln van de rijksbijdrage van OCW aan de academische ziekenhuizen naar het budget voor de patiëntenzorg. Die overheveling is toen op verzoek van Ziektekostenverzekeraars Nederland gepaard gegaan met de introductie van een toeslag op het reguliere verpleegdagtarief van academische ziekenhuizen voor patiënten die afkomstig zijn van buiten de verzorgingsgebieden van die academische ziekenhuizen.

Als laatste conclusie schenkt de werkgroep aandacht aan de gewenste budgetteringswijze van de topreferentiezorg. De werkgroep presenteert hier drie varianten zonder op dit moment zelf tot een eenduidige keuze te kunnen komen. Zoals uit de toelichting op de varianten blijkt is het maken van een keuze sterk afhankelijk van:

- a) de bevindingen die voortvloeien uit het lopende onderzoek naar de inhoud van de kijkdoos door het NZi en
- b) de kracht waarmee het beleid van meer marktwerking in de ziekenhuissector wordt doorgezet.

10. *Naast het onder punt 9 behandelde financieringsaspect via de verzekeraars heeft de werkgroep ook gekeken naar de wijze waarop de kijkdoos in de budgetten van de ziekenhuizen zouden kunnen worden verwerkt. De werkgroep komt tot de volgende drie hoofdvarianten:*

a. Als apart budget laten bestaan

Een eerste mogelijkheid is het kijkdoosbedrag apart te laten bestaan als een vast budget voor academische ziekenhuizen. De behandeling wordt daarmee vergelijkbaar met de rijksbijdrage van OCW voor de werkplaatsfunctie, zij het dat deze laatste wordt gefinancierd via de rijksbegroting en de kijkdoos via de zorgverzekeraars.

b. Parameteriseren

Deze tweede variant wordt op dit moment door het NZi onderzocht. Parameteriseren wil zeggen dat de parameters, waarmee in de systematiek van de functiegerichte budgettering wordt gewerkt, zodanig kunnen worden aangepast of aangevuld voor academische ziekenhuizen, dat de huidige budgetten er geheel door verklaard worden en er geen apart topreferentiebudget (de kijkdoos) meer resteert.

c. Verdelen over de budgetten van alle ziekenhuizen

Een derde mogelijkheid is om bij de verdeling van het budget voor topreferentiezorg niet uitsluitend de academische ziekenhuizen te betrekken maar ook de algemene

ziekenhuizen. In deze variant dragen de algemene ziekenhuizen een stukje van hun budget over aan de academische ziekenhuizen op het moment dat een patiënt uit hun verzorgingsgebied naar een academisch ziekenhuis is verwezen.

Variant a komt neer op het voort laten bestaan van de huidige situatie. Deze variant sluit niet goed aan bij de visie op het begrip topreferentie, die de werkgroep onder de punten 1 t/m 4 heeft verwoord, namelijk dat topreferentiezorg zoveel mogelijk als een integraal onderdeel van de patiëntenzorg moet worden gezien. Deze variant markeert wel duidelijk de problematiek zolang er geen uitsluitsel is over de exacte inhoud en doelmatigheid van de kijkdoos.

Variant b sluit wel goed aan op de visie op topreferentiezorg die de werkgroep in aanbeveling 1 t/m 4 heeft verwoord. Als de kijkdoos is geparameteriseerd komt de gedachte van het continuüm van oplopende mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling beter in de budgetteringssystematiek tot uitdrukking. Het parameteriseren kan naar de mening van de werkgroep pas verantwoord gebeuren als de doelmatigheidskwestie rond de kijkdoos is beslecht (conclusie 6). De wijze van parameteriseren is een technische kwestie waarop de werkgroep niet diepgaand heeft willen ingaan. De meest voor de hand liggende methode is wellicht dat binnen de systematiek van de functiegerichte budgettering een aparte grootteklasse wordt geïntroduceerd voor academische ziekenhuizen in het verlengde van de drie grootteklassen die voor algemene ziekenhuizen al worden onderscheiden. Die grootteklassen zijn op dit moment gebaseerd op het aantal specialisten. Uiteraard zijn ook andere maatstaven denkbaar.

Variant c heeft overeenkomsten met de bestaande "Wijziging Declaratiesystematiek" (WDS). Op basis van deze systematiek kan een ziekenhuis een patiënt een specifieke diagnose/behandeling laten ondergaan in een ander, beter geoutilleerd, ziekenhuis, terwijl het toch zelf als declarerend ziekenhuis blijft optreden. De kosten van de behandeling worden tussen de ziekenhuizen onderling verrekend. Deze variant is met name voor de budgettering van de topreferentiefunctie overwogen om tegenwicht te bieden aan de in conclusie 7 genoemde risico's in het

doorverwijsgedrag van algemene naar academische ziekenhuizen. Deze variant dringt zich sterker op naarmate het beleid om meer concurrentie in de ziekenhuissector te introduceren, meer gestalte krijgt. Deze variant roept evenwel ook nieuwe risico's op. Immers, verdeling van het topreferentiebudget over alle ziekenhuizen kan een prikkel zijn voor de algemene ziekenhuizen om zich ook zo topreferent mogelijk te gaan gedragen met een suboptimale allocatie van de benodigde infrastructuur tot gevolg.

- o -

Tekst op basis waarvan in de MR tot de instelling van de Interdepartementale beleidsonderzoekswerkgroep academische ziekenhuizen is besloten.

Academische Ziekenhuizen vervullen diverse functies. De belangrijkste zijn: (1) reguliere patiëntenzorg, (2) topklinische zorg, (3) topreferentiezorg, (4) de werkplaatsfunctie en (5) de opleidingsfunctie. Deze functies worden gefinancierd met een COTG-budget (dat grotendeels historisch is bepaald), een bijdrage van OCW (de zgn. rijksbijdrage voor de werkplaats- en opleidingsfunctie) en een zgn. derde geldstroom. Per 1-1-1996 is een groot deel van de Rijksbijdrage van OCW naar VWS overgeheveld, teneinde te bevorderen dat de patiëntenzorg, die in het verleden met de Rijksbijdrage werd gefinancierd, direct via de gezondheidszorg wordt betaald.

Het kabinetsbeleid is gericht op kostenbeheersing in de curesector door middel van budgettering van verzekeraars in combinatie met meer marktwerking. Ziekenfondsen worden in toenemende mate risicodragend voor variabele kosten in het tweede compartiment (afbouw verevening/nacalculatie en invoering budgettering). Zorgaanbieders zoals ziekenhuizen zullen geprikkeld moeten worden zo goedkoop mogelijk zorg aan te bieden. De introductie van een systeem van produktprijzen zal worden bevorderd.

Voor de werking van dit model is het van groot belang dat Academische Ziekenhuizen, voor zover ze met Algemene Ziekenhuizen vergelijkbaar zijn, een met deze ziekenhuizen gelijkwaardige rol spelen.

Om deze rol adequaat te kunnen spelen is ten aanzien van de diverse functies van Academische Ziekenhuizen een aantal ontwikkelingen gaande. Met betrekking tot de werkplaatsfunctie wordt de relatie tussen medische faculteiten van universiteiten en academische ziekenhuizen gebaseerd op een contractuele basis.

Voor de reguliere patiëntenzorg en de topklinische zorg wordt met ingang van 1-1-1997 dezelfde budgetteringssystematiek gehanteerd als bij Algemene Ziekenhuizen.

Ten aanzien van de topreferentiefunctie van Academische Ziekenhuizen

zijn de ontwikkelingen minder ver. Met name met het oog op de invoering van produktprijzen voor reguliere patiëntenzorg en de verdergaande marktwerking in de sector Ziekenhuizen, is het noodzakelijk om een systeem te ontwikkelen waarin de topreferentiezorg evenwichtig tot zijn recht komt. Daartoe is het gewenst inzicht te krijgen in de kosten en afbakening van topreferentiezorg. Tevens dienen er waarborgen te komen dat er voor de topreferentiezorg geen (regionale) monopolies gaan ontstaan en er geen incentives ontstaan om zorg af te wentelen.

In het onderzoek zal rekening worden gehouden met de uitkomsten van de MDW werkgroep Ziekenhuizen, de Stuurgroep Bepaald Betaalbaar en studies van het COTG en het NZI naar de bekostiging van de Academische Ziekenhuizen.

De werkgroep ontwikkelt in het licht van de nieuwe financieringsstructuur van de zorgsector een visie op de wijze financieren van de topreferentiefunctie van Academische Ziekenhuizen.

Teneinde voor de ontwikkeling van een dergelijke visie tot een adequate afbakening te kunnen komen van de topreferentiefunctie, zal in het onderzoek aandacht besteed worden aan het vergelijkbaar maken van de budgetopbouw van de Academische Ziekenhuizen met die van de Algemene Ziekenhuizen, voorzover het de reguliere en topklinische zorg betreft.

Eveneens zal aandacht worden besteed aan het doorzichtig maken van de relatie tussen Academische en Algemene Ziekenhuizen voor wat betreft de topreferentiefunctie. Een vraag daarbij is of door het introduceren van een contractuele relatie tussen Algemene en Academische Ziekenhuizen voorkomen kan worden dat er tussen ziekenhuizen over en weer incentives ontstaan om zorg af te wentelen. Zo ja, hoe dient zo'n relatie eruit te zien?

Deelnemende departementen: VWS, OCW, AZ, Financiën en EZ

Samenstelling van de werkgroep

drs. A.H.C. Annink (Binnenlandse Zaken, voorzitter)

drs. M.A. Bal (Economische Zaken)

drs. C.A. Birkhoff (Financiën)

drs. R.D. Kukenheim (Onderwijs Cultuur en Wetenschappen)

drs. W. van Miltenburg (Volksgezondheid Welzijn en Sport)

drs. N.C. Oudendijk (Volksgezondheid Welzijn en Sport)

ir. P.L.M. Tervooren (Volksgezondheid Welzijn en Sport)

drs. J. Verduijn (Financiën, secretaris)

drs. J. Wijnhoud (Algemene Zaken)

Verantwoordelijkheidsverdeling medische opleidingen

De *initiële beroepsopleidingen* (basisopleiding), waarvan de capaciteit wordt bepaald door OCW zijn: arts, tandarts, apotheker, diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist e.a. Per 1-9-1996 zijn daaraan toegevoegd: mondhygiënist, oefentherapeut Cesar-/- Mensendieck, orthoptist en podotherapeut. Wat betreft de toelatingscapaciteit van deze opleidingen geeft de minister van VWS wel een zwaarwegend advies aan de minister van OCW.

De begrotingsgelden voor de VWS-opleidingen mondhygiëne, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, orthoptie en podotherapie zijn namelijk op 1 januari 1997 aan het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen overgedragen. De opleidingen vallen inmiddels vanaf 1 september 1996 onder het regime van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

De overdracht van de opleidingen is mogelijk geworden door het krachtens de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) regelen van deze, en ook andere, beroepen vanaf 1 december 1997. Hiermede verschuift de bemoeienis van het vakministerie van het beheer en het regelen van de opleiding naar het vaststellen van de deskundigheid en de opleidingseisen waaraan een beginnende beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg moet voldoen.

De subsidiëring door het ministerie van VWS van initiële dagopleidingen in de gezondheidszorg betreft met ingang van het begrotingsjaar 1997 uitsluitend nog de *opleiding verloskunde*.

De inhoud van de voortgezette beroepsopleiding of *specialisatie* na de initiële beroepsopleiding worden op dit moment in hoofdzaak bepaald door de beroepsorganisaties. De vaststelling van de opleidingsbesluiten vindt plaats in privaatrechtelijke zelfstandige bestuursorganen zoals het Centraal College voor de registratie en erkenning van medisch specialisten. VWS heeft een waarnemer in dit college. De door het college genomen opleidingsbesluiten dienen ter goedkeuring te worden voorgelegd aan de minister van VWS.

De financiering van de *huisartsenopleiding* (inclusief de vergoedingen voor de huisartsopleiders en de salarissen van de huisartsen in opleiding) vindt sinds 1 januari 1990 plaats onder auspiciën van de Zieken-

fondsraad via de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). De bepaling van de capaciteit van de huisartsenopleiding geschiedt door het ministerie van VWS. De opleiding duurt 3 jaar en heeft een toelatingscapaciteit van 325.

In navolging van de huisartsenopleiding zijn ook de begrotingsfinanciering van de opleiding *orthodontie*, de *docenteninspanning voor de medische specialistische opleidingen inclusief kaakchirurgie* en de extra opleidingsplaatsen *oogheelkunde*, per 1 januari 1995, overgeheveld naar de AWBZ.

De overheid compenseert de overheveling met een rijksbijdrage aan het Algemene fonds bijzondere ziektekosten (AFBZ). Op termijn vervalt de rijksbijdrage en zullen de opleidingen moeten worden gefinancierd via het premie- en tarievencircuit. In totaal omvat de rijksbijdrage (situatie t/m 31/12/1997) een bedrag van ruim 76 miljoen gulden t.w.:

Huisartsenopleiding	62,5 mln
Docenteninspanning medisch specialist/kaakchirurg	9,9 mln
Extra opleidingsplaatsen oogheelkunde (wordt afgebouwd)	2,0 mln
Opleiding tot orthodontist	1,9 mln

De huisartsen in opleiding (haio's) zijn in dienst van de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen.

De financiering van de *verpleeghuisartsenopleiding* en de specialistenopleiding (exclusief de docenteninspanningen in academische ziekenhuizen) geschiedt via het premie- en tarievencircuit. De vho's en agio's zijn in dienstverband van de instellingen of van de maatschappen van specialisten.

De financiering van de *sociaal-geneeskundige opleidingen* is vrijwel uitsluitend de verantwoordelijkheid van de werkgevers, waarbij de sgio's in dienst zijn.

De verantwoordelijkheid van VWS voor de *verpleegkundige en verzorgende opleidingen* is beperkt tot het opstellen van de voorwaarden bij de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden individuele gezondheidszorg, op basis van de Wet BIG. Op 1 december 1995 is deze wet in werking getreden op de onderdelen opleidingseisen, deskundigheidsgebied en registratie. Op diezelfde datum zijn de Wet tot

bescherming van het diploma van verpleegkundige en de daarop gebaseerde wettelijke opleidingsregelingen tot A-, B- en Z-verpleegkundige ingetrokken.

De nieuwe kwalificatiestructuur voor de verpleegkundigen en verzorgende beroepen is uitgewerkt in het rapport: "*Gekwalificeerd voor de toekomst, eindrapport commissie kwalificatiestructuur*" uit 1996. De uitvoering daarvan is formeel voor verantwoordelijkheid van OCW.

Materieel ligt die verantwoordelijkheid echter sterk bij "het veld". Het nieuwe opleidingsstelsel Verpleging en Verzorging, dat met ingang van 1 augustus 1997 is gestart is de definitieve beëindiging van de bemoeienis van het ministerie van VWS met de regelgeving van de inservice-opleidingen tot verpleegkundige en ziekenverzorgende.

De toelatingscapaciteit van de opleidingen in het nieuwe opleidingsstelsel Verpleging en Verzorging wordt regionaal bepaald door betrokken partijen.

Nzi-onderzoek:

Doorverwijsgedrag van algemene ziekenhuizen: medisch of
calculerend?

INHOUDSOPGAVE

Deel I

1.	Inleiding	5
2.	Theoretisch denkkader	7

Deel II

3.	Nederland	17
4.	Oostenrijk	29
5.	België	39
6.	Frankrijk	53
7.	Duitsland	63
8.	Groot Brittannië	71
9.	Verenigde Staten	79
10.	Zweden	89

Deel III

11.	Analyse van de landenvergelijking	99
12.	Slot: samenvatting, conclusies & aanbevelingen	109

Lijst van Auteurs	119
-------------------------	-----

Deel I

1. INLEIDING

Het huidige stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg is gebaseerd op aanbodbeheersing in de vorm van ziekenhuisbudgetten, gebaseerd op volumebeleid conform de WZV en prijsbeleid conform de WTG.

Officieel is het overheidsbeleid er op gericht¹ om zowel ziekenhuizen als verzekeraars onderling meer met elkaar te laten concurreren. Na een volledige invoering van de ziekenfondsbudgettering (vanaf 1998 zijn de ziekenfondsen gebudgetteerd voor hun variabele kosten) zal de sturing plaatsvinden op basis van vraagbeheersing. In het model van vraagregulering komt kostenbeheersing tot stand via vrije onderhandeling over produktievolume en prijzen tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Continuïteit, uitbreiding of consolidatie van adherentie-gebieden (marktaandelen) zijn belangrijke doelstellingen geworden van het management. Om dit te bereiken zijn budgetvergroting en kostenbeheersing voor de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars van groot belang geworden. Het ligt voor de hand dat de toenemende concurrentie calculerend gedrag zal oproepen. Ex ante inschatting van de te verwachten kosten en opbrengsten van een te behandelen patiënt zullen een rol kunnen gaan spelen bij de beslissing tot opname in het ziekenhuis of het meteen doorverwijzen naar een topreferent academisch ziekenhuis. In deze sfeer is ook de volgende opmerking van Huffmeijer - voorzitter bestuurscommissie Sturing en Financiering NVZ - te lezen (tijdens het congres "Prijsbeleid curatieve zorg", juni 1996): "Door de globale budgetsystematiek ligt de keuzeproblematiek onevenredig bij het management van het ziekenhuis. Inherent aan een globaal, begrepsd budget is dat er door het management, vanuit de verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisorganisatie, op met name 'dure' of beter gezegd 'budgettair onaantrekkelijke' ingrepen zal worden gestuurd".

Doorverwijzing op financiële gronden kan macro leiden tot een kostenstijging voor de hele sector. Naast de afgesproken aanvaardbare kosten (contract) van de algemene ziekenhuizen, zullen de academische ziekenhuizen geconfronteerd worden met een toename van dure (en niet noodzakelijkerwijs topreferente) patiënten, zodat de kosten voor de academische ziekenhuizen zullen stijgen en daarmee de macro-kosten voor de gehele sector.

In het kader de IBO werkgroep Academische Ziekenhuizen heeft het Ministerie van Financiën en van VWS gezien het bovenstaande gevaar van macro-kostenstijging het NZI gevraagd een internationaal inventariserend onderzoek te verrichten naar motieven van algemene ziekenhuizen om hun patiënten door te verwijzen naar academische ziekenhuizen.

Om na te gaan welke motieven bij doorverwijzing een rol spelen, zal worden nagegaan welke prikkels en mogelijkheden in het systeem zitten die doorverwijzen op grond van financiële redenen interessant maken. Om de vraagstelling helder te maken wordt in hoofdstuk 2 een theoretisch denk-kader neergezet: drie vormen van financieringssystemen worden beschreven. Tevens worden in algemene zin de te verwachten kosten en opbrengsten per patiënt afgeleid. Het saldo van de opbrengsten en kosten per patiënt geeft aan in hoeverre het ziekenhuis 'te kort komt' of 'overhoudt'. Theoretisch kan hier het financiële motief voor doorverwijzing uit worden afgeleid. De opbrengstenfunctie is afhankelijk van het vigerende bekostigingssysteem. De kosten hangen af van de diagnose en patiënt gerelateerde kenmerken als leeftijd, medicijngebruik, etc.

Vervolgens worden in deel II de situaties beschreven van verschillende landen. In hoofdstuk 3 wordt de Nederlandse situatie beschreven. In paragraaf 3.1 van wordt een systeembeschrijving gegeven, waarin de (verschillen in) functies van algemene en academische ziekenhuizen aan bod komen, de verschillen in kostenstructuur, de verschillen in budgetstructuur en uiteindelijk de verschillen in financieringssysteem. Vanuit deze systeembeschrijving wordt in paragraaf 3.2 nagegaan welke prikkels voor doorverwijsgedrag bestaan. De nadruk ligt hier met name op de financiële prikkels.

¹ De prijs die zorg verdient (Tweede Kamer, vergaderjaar 1995-1996, 24.478)

De hoofdstukken in deel II (4 tot en met 10) bevatten de landenbeschrijvingen van respectievelijk Oostenrijk, België, Frankrijk, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Zweden. Van elk land is een korte beschrijving gegeven van de belangrijkste structuurkenmerken en de achterliggende bekostigingssystematiek van algemene en academische ziekenhuizen. Op basis hiervan is nagegaan of in de diverse landen de problematiek van het op oneigenlijke motieven doorverwijzen herkend wordt.

In deel III (hoofdstuk 11 en 12) worden de diverse landenbijdragen naast elkaar gezet en geanalyseerd. Hoofdstuk 12 bevat de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.

Op 14 februari 1997 is in Amsterdam een invitational conference georganiseerd door het NZi over het onderwerp van dit rapport. Genodigden waren de auteurs van de verschillende landenbijdragen (achterin dit rapport is een lijst van de auteurs opgenomen) en enkele leden van de IBO-werkgroep Academische ziekenhuizen. De resultaten van de bijeenkomst hebben de basis gevormd van hoofdstuk 11 en 12.

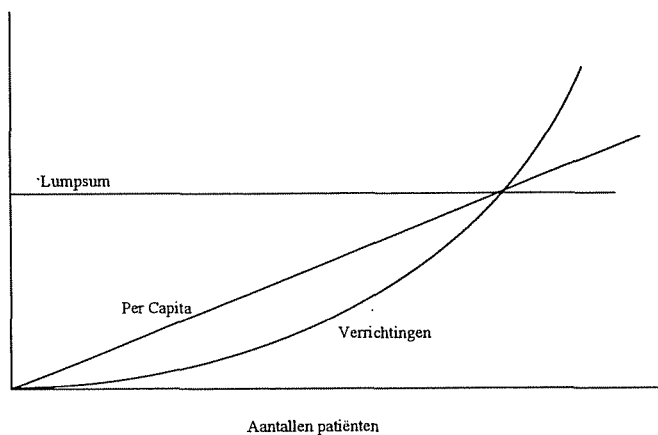
2. THEORETISCH DENKKADER

Een drietal mogelijke *bekostigingssystemen* voor ziekenhuizen en medisch specialisten zijn denkbaar, die uitersten vormen op een continuüm. In de praktijk zullen vooral tussenvormen voorkomen.

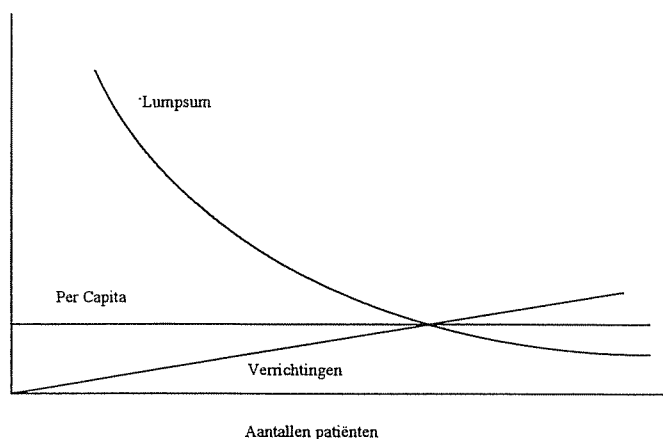
- a. *Het lumpsum bekostigingssysteem.* Het ziekenhuis ontvangt een vast bedrag, ongeacht de hoeveelheid patiënten die wordt behandeld, en ongeacht het aantal activiteiten of verrichtingen dat plaats vindt.
- b. *Het per capita bekostigingssysteem.* Dit systeem kent slechts één standaard vergoedingsbedrag per opname, respectievelijk per polikliniekbezoek. Het is gebaseerd op de gemiddelde kosten per patiënt. Per patiënt zullen de opbrengsten wel of niet voldoende zijn om de kosten te dekken, omdat de kosten sterk fluctueren. Aan het eind van het exploitatiejaar zullen - wanneer dit vergoedingsbedrag correct is vastgesteld - de totale kosten volledig worden gedekt door alle opbrengsten.
- c. *Het individuele verrichtingssysteem.* In dit systeem worden de kosten per patiënt bepaald door voor alle verrichtingen en diensten de integrale kostprijs te bepalen. Vervolgens wordt bij (via) elke patiënt alle verrichtingen tegen deze kostprijs gedeclareerd en volledig vergoed. Ook in dit geval komt het ziekenhuis aan het einde van het exploitatiejaar uit voor wat betreft de dekking van de kosten.

Wanneer het verloop van de *opbrengsten* van elk van de systemen grafisch in beeld wordt gebracht, ontstaat de volgende figuren:

Figuur 1. Totale Opbrengsten



Figuur 2. Opbrengsten per patiënt



Op de X-as staan aantallen patiënten. Ze zijn zo gerangschikt dat de patiënten wat betreft het kostenbeslag oplopend van links naar rechts geordend zijn. (Dit heeft alleen voor de verrichtingencurve consequenties)

Figuur 1 geeft de totale opbrengsten voor het ziekenhuis weer. De lumpsum-curve blijft constant, ongeacht het aantal patiënten dat wordt behandeld. De per capita-curve is een rechte, oplopend met het aantal patiënten dat wordt behandeld. De verrichtingen-curve geeft aan dat de opbrengsten meer toenemen als meer per patiënt wordt gedaan, immers voor elke verrichting worden afzonderlijke tarieven gedeclareerd. Figuur 2 geeft de totale opbrengsten per patiënt weer voor de verschillende financieringssystemen.

Het kostenverloop in ziekenhuizen is op korte termijn en binnen vaste capaciteitsgrenzen voor een groot deel vast. Een deel zal samenhangen met het aantal patiënten en een deel hangt samen met het aantal activiteiten dat per patiënt plaats vindt.

Stel dat, binnen bepaalde capaciteitsgrenzen de kosten van een ziekenhuis voor 70% vast zijn, en dat 5% van de kosten samenhangt met het aantal patiënten en 25% met het aantal verrichtingen, dan kunnen we voor de drie eerder beschreven opbrengstensystemen tevens de kosten-curven tekenen.

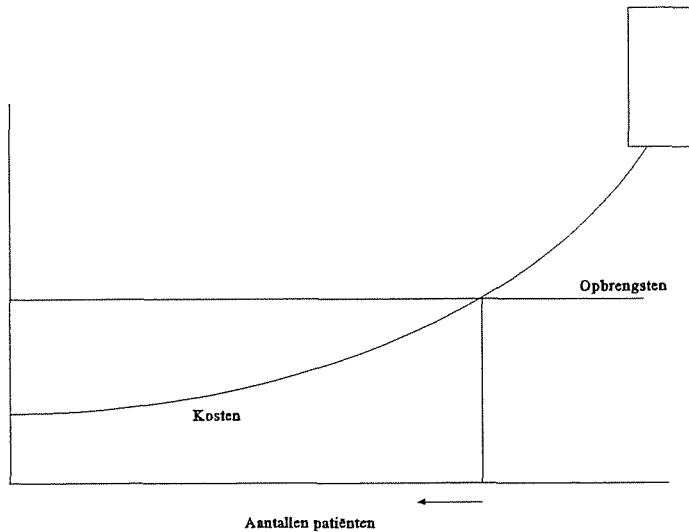
We wijzen er nogmaals op dat de patiënten gerangschikt zijn naar kosten per patiënt. Het meest rechts op de X-as staan dus de dure patiënten.

We focussen ons daarbij op het snijpunt van de diverse curven uit de eerder getekende figuren.

Interessant wordt de vraag welke prikkels uitgaan van deze extreme vormen van financiering ten aanzien van de vraagstukken kostenbeheersing (de volume-ontwikkeling) en van 'calculerend doorverwijzen' (in tegenstelling tot doorverwijzen op basis van medische criteria). Uitgaande van het principe van 'maximale winst' mogen we het volgende gedrag verwachten:

In het eerste geval van wat hier is aangeduid met lumpsum-financieringssysteem wordt het aantrekkelijk om iedere patiënt door te verwijzen (zie figuur 3). Het budget ligt immers vast. Elke patiënt die behandeld wordt brengt kosten met zich mee, zonder dat daar extra inkomsten tegenover staan.

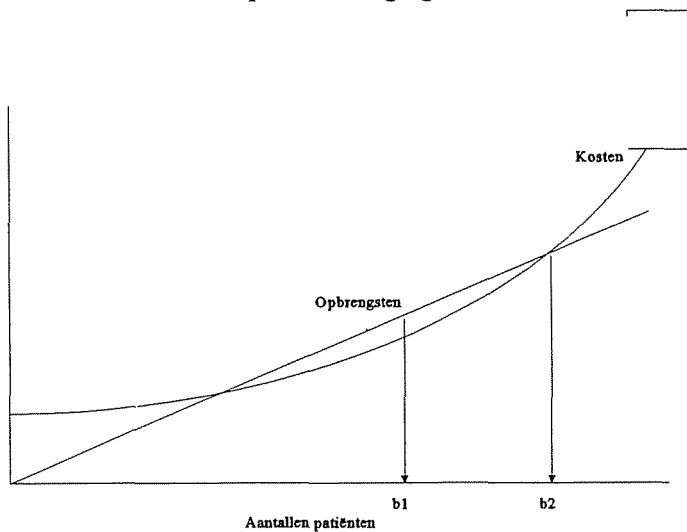
Figuur 3. Kosten en Lumpsum-bekostiging



Kostenbeheersing is in dit systeem het meest gewaarborgd. Het zal wel tot wachtlijsten kunnen leiden. (Bij een lump-sum systeem worden daarom in het algemeen afspraken gemaakt over een minimaal te leveren productie)

In het geval van een per capita financiering wordt het aantrekkelijk, gezien het standaard-tarief per patiënt, die patiënten te selecteren en door te verwijzen, waarvan de marginale kosten hoger zijn dan de marginale opbrengsten (zie figuur 4). Het ziekenhuis bereikt maximale winst, op het moment dat precies b1 patiënten worden behandeld. Voorbij punt b2 leidt het ziekenhuis verlies.

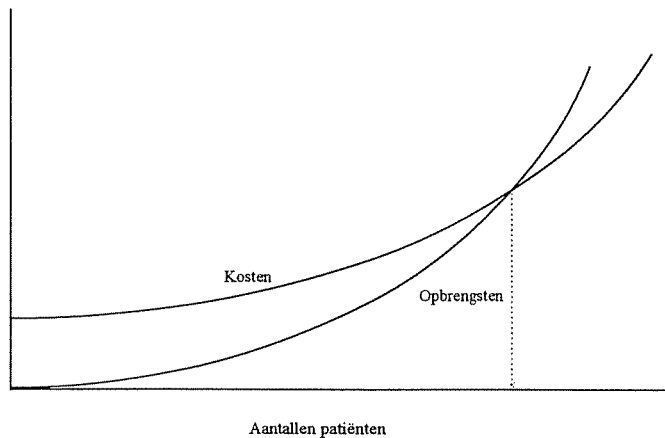
Figuur 4. Kosten en Per capita-bekostiging



Omdat het tarief gebaseerd is op een gemiddelde van kosten behorende bij die verrichting, zal het calculerende ziekenhuis (nogmaals indien mogelijk) patiënten, voorbij punt b1 wensen door te verwijzen naar een ander, i.c. academisch ziekenhuis.

Bij financiering op basis van verrichtingen worden alle kosten, die voor een patiënt worden gemaakt tegen integrale kostprijs in rekening gebracht (zie figuur 5).

Figuur 5. Kosten en Verrichtingensysteem



Omdat de kosten echter voor een groot deel een vast karakter hebben, leidt dit ertoe dat het ziekenhuis zoveel mogelijk patiënten zal wensen te behandelen. Er zullen dus geen onterechte doorverwijzingen plaatsvinden. Het systeem nodigt bovendien uit tot het doen van extra verrichtingen. Kostenbeheersing is in dit systeem het minst gewaarborgd.

Opmerkingen:

Op basis van de hierboven beschreven financieringssystemen kunnen we dus op voorhand aan-given welke effecten bekostigingssystemen hebben op de productie-omvang en het doorverwijsgedrag van ziekenhuizen.

In de praktijk zien we dat bovenstaande vormen allen voorkomen. Zo zijn er momenteel initiatieven om op ziekenhuisniveau een lump-sum af te spreken. Om het hierboven beschreven effect van productie-minimalisatie en doorverwijzen te voorkomen wordt bij deze initiatieven afgesproken dat de productie op peil blijft, dat er niet wordt afgewenteld en dat de instellingen een 'zorgplicht' hebben (binnen bepaalde marges).

Huisartsen kennen voor ziekenfondsverzekerden een abonnementstarief. Specialisten declareren op basis van verrichtingen, de gevolgen hiervan zijn duidelijk en hebben geleid tot voortdurende tarief-saanpassingen.

Ook zien we dat bij alle systemen vaak sprake is van ex ante afspraken over het volume van de produk-tie in het volgend jaar. Daardoor is het hierboven beschreven theoretisch gedrag minder goed voorspel-baar. Daar komt bij dat we in principe ook van vaste prijzen zijn uitgegaan. Dat betekent dat de kosten van het ziekenhuis het best gedekt zouden kunnen worden op basis van een financieringssysteem dat de drie hier boven geschetste varianten combineert.

In formulevorm:

Wanneer de ‘Financiële doorverwijsprikkel’ (FRI - Financial Referral Incentive) in formules wordt uitgedrukt ontstaat het volgende:

$$(1) \quad \text{FRI}_i = h(\text{ER}_i - \text{EC}_i)$$

waarin ER_i de verwachte opbrengsten (expected revenues) behorende bij patiënt i zijn en EC_i de verwachte kosten (expected costs) van de behandeling van patiënt i zijn.

Vervolgens worden hieronder de verwachte opbrengsten ER_i en de verwachte kosten EC_i nader uitgewerkt.

De verwachte **totale opbrengsten** (budget) zijn afhankelijk van de vigerende bekostigingssystematiek. In de Nederlandse situatie (zie paragraaf III.1.3.) bestaat het budget uit een vaste component A (adherentie, bedden, specialistenplaatsen) en is verder opgebouwd uit het aantal opnamen en eerste polikliniekbezoeken naar specialisme en het aantal dagopnamen en verpleegdagen. We zouden kunnen zeggen dat het Nederlandse bekostigingssysteem een combinatie is van de drie hierboven beschreven financieringssystemen:

$X_{i,j,k}$: aantal productie-eenheden (k = opname, dagopname, verpleegdagen en eerste polikliniekbezoeken) van patiënt i bij specialisme j .

$$(2) \quad \text{ER} = \sum_{i=1}^n \text{ER}_i = A + \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m \sum_{k=1}^p \beta_{j,k} E(X_{i,j,k})$$

Op patiënniveau geldt dan voor de verwachte opbrengsten:

$$(3) \quad \text{ER}_i = \frac{A}{f(n)} + \sum_{j=1}^m \sum_{k=1}^p \beta_{j,k} E(X_{i,j,k})$$

$f(n)$ geeft aan hoe de vaste opbrengst A aan de diverse patiënten $i = 1..n$ wordt toegerekend.

Omdat iedere klinische patiënt zowel een opname als een eerste polikliniekbezoek kent tegen vaste parameters, is dit een vaste opbrengst (som) per opgenomen patiënt. Dit wordt uitgedrukt met B_i . Het variabele deel dat resteert voor de verwachte opbrengsten per patiënt zijn het verwachte aantal verpleegdagen $E(X_v)$ maal de bijbehorende parameterwaarde β_v .

$$(4) \quad = \frac{A}{f(n)} + B_i + \beta_v E(X_v)$$

De **totale kosten** kennen eveneens een vaste component en een variabele component. De vaste kosten C zijn bijvoorbeeld de infrastructurele kosten. Zij hangen op korte termijn niet samen met het productieniveau. Voor de totale variabele kosten zijn het totale aantal verpleegdagen en de totale productie gerelateerde activiteiten van het ziekenhuis verantwoordelijk.

$$(5) \quad \text{EC} = \sum_{i=1}^n \text{EC}_i = C + \sum_{i=1}^n \sum_{l=1}^q \gamma_l E(Y_{i,l})$$

Op patiëntniveau wordt dat dan:

$$(6) \quad EC_i = \frac{C}{g(n)} + \sum_{l=1}^q \gamma_l E(Y_{i,l})$$

De functie $g(n)$ geeft aan hoe de vaste kosten worden toegerekend aan de individuele patiënten $i=1..n$. De laatste term $\sum \gamma_l E(Y_{i,l})$ is verder te splitsen in een deel dat afhankelijk is van het verwachte aantal verpleegdagen en een deel dat afhankelijk is van het verwachte aantal gewogen verrichtingen (en overige activiteiten waarmee de variabele kosten samenhangen).

$$(7) \quad = \frac{C}{g(n)} + \gamma_v E(X_{i,v}) + \gamma' E(Y_i)$$

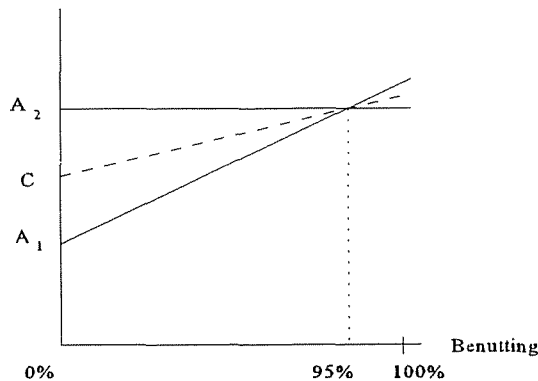
Nu de verwachte opbrengsten en de verwachte kosten zijn uitgedrukt op patiëntniveau, kan de financiële doorverwijsprikkel (FRI) worden opgemaakt door de kosten van de opbrengsten af te trekken. Soorten opbrengsten en kosten worden gerangschikt: vaste kosten op ziekenhuisniveau worden afgetrokken van de vaste opbrengsten (cluster 1), opbrengsten en kosten die samenhangen met de verpleegdagen worden van elkaar afgetrokken (cluster 2) en als laatste worden de (vaste) opbrengsten en de (variabele) kosten die samenhangen met de activiteiten van het ziekenhuis (zoals verrichtingen, maar ook gebruik van medicijnen en kunst- en hulpmiddelen) van elkaar afgetrokken (cluster 3).

$$(8) \quad FRI_i = h \left\{ \underbrace{\frac{A}{f(n)} - \frac{C}{g(n)}}_1 + \underbrace{(\beta_v - \gamma_v) E(X_{i,v})}_2 + \underbrace{B_i - \gamma' E(Y_i)}_3 \right\}$$

Uit deze vergelijking voor de financiële doorverwijsprikkel kunnen per cluster de volgende prikkels op patiëntniveau worden beschreven:

Cluster 1. De vaste kosten en de vaste opbrengsten op ziekenhuisniveau spelen geen rol bij het doorverwijsgedrag op individueel patiëntniveau. Het totaal aantal patiënten (bezettingsgraad/benutting) is wel van belang voor het ziekenhuis. Op instellingsniveau is dan van belang in welke verhouding de vaste kosten staan ten opzichte van de totale kosten en idem voor de vaste opbrengsten ten opzichte van de totale opbrengsten. Zoals is weergegeven in de eerste component in vergelijking (8) worden de vaste opbrengsten en de vaste kosten op een bepaalde wijze verdeeld over het n aantal patiënten. Daardoor krijgen de curven van deze componenten het volgende verloop:

Figuur 6. Curvenverloop van vaste kosten en vaste opbrengsten



Zoals hiervoor is veronderstelt kan - afhankelijk van de hiervoor genoemde verhoudingen - de vaste opbrengsten-curve onder of boven de vaste kosten-curve liggen.

1. Wanneer in een bekostigingssysteem de vaste opbrengsten onder de vaste kosten liggen ($A_1 < C$), is het aantrekkelijk voor een ziekenhuis om een volledige bezetting na te streven (benutting richting de 100%). De vaste opbrengsten liggen dan boven de vaste kosten.
2. Wanneer de vaste opbrengsten boven de vaste kosten liggen ($A_2 > C$), is het voor een ziekenhuis aantrekkelijk om een zo beperkt mogelijke bezetting na te streven (benutting richting de 0%) wanneer eenmaal het budget is vastgesteld, omdat daar het positieve verschil tussen opbrengsten en kosten zo groot mogelijk is en daarmee de winstsituatie maximaal.

In beide situaties is de doorverwijsprikkel duidelijk. In situatie 1. is de financiële prikkel om door te verwijzen afwezig zolang de bezettingsgraad nog niet dicht in de buurt is van de 100%. In situatie 2. is de doorverwijsprikkel om financiële redenen erg sterk aanwezig. Er is immers een duidelijke winstsituatie wanneer de bezettingsgraad zo klein mogelijk is. Dit geldt echter voor de korte termijn.

Cluster 2. Variabele kosten en variabele opbrengsten per patiënt. Afhankelijk van de budgetparameter-richtlijnen is het wel of niet interessant om het aantal verpleegdagen zo beperkt mogelijk te houden. Wanneer de budgetparameter voor verpleegdagen lager is dan de kosten ervan, ontstaat een prikkel om patiënten waarvan wordt verwacht dat ze een lange verpleegduur hebben door te verwijzen.

Cluster 3. Het geval van vaste opbrengsten en variabele kosten per patiënt. Gezien het feit dat er een vaste parameter-richtlijn (ongeacht de omvang van het aantal activiteiten) staat tegenover de diverse activiteiten die samenhangen met de variabele kosten is de informatie die nodig is voor het maken van de inschatting van de verwachte kosten (aantallen verrichtingen en andere activiteiten) hier van groot belang voor het calculerende ziekenhuis.

Vergelijkbare vergelijkingen kunnen worden afgeleid voor het gedrag van medisch specialisten en voor zorgverzekeraars.

Voor de **medisch specialisten** geldt dat de kostenfunctie vooral gerepresenteerd door de hoeveelheid tijd en inspanning die de behandeling van een patiënt met zich mee brengt. In het algemeen kan de volgende vergelijking voor de opbrengsten/honorarium worden opgesteld:

$$(9) \quad ER = A' + n A_i' + \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m \beta_j E(X_{i,j})$$

zodat op patiëntniveau geldt:

$$(10) \quad ER_i = \frac{A'}{f'(n)} + A_i' + \sum_{j=1}^m \beta_j E(X_{i,j})$$

De opbrengsten hangen samen met de honoreringssystematiek. Net als bij de bekostigingssystemen van ziekenhuizen kunnen we hier drie honoreringssystematieken onderscheiden:

- Bij een *loondienst-verband* (vergelijk lump-sum) ligt het honorarium vast, ongeacht het aantal behandelde patiënten, zodat A' alleen een waarde heeft en de overige elementen uit de vergelijking gelijk zijn aan nul.
- Bij een *abonnementssysteem* (vergelijk per capita) zijn de opbrengsten gelijk aan een vaste som per patiënt, ongeacht het aantal verrichtingen. In dit systeem kent alleen (A_i') een waarde, de overige elementen zijn gelijk aan nul.
- Bij een *verrichtingensysteem* is het honorarium gelijk aan de som van alle gedeclareerde verrichtingen. Er is geen vaste component in de opbrengsten. A' en (A_i') zijn beiden gelijk aan nul.

Voor **zorgverzekeraars** hangen de kosten samen met de mate waarin verzekerden gebruik maken van zorg. Zorgverzekeraars zullen trachten hoge risico's buiten hun bestand te houden. Hoge risico's zijn die verzekerden, waarvan verwacht mag worden dat de kosten hoger zullen uitvallen dan de premie-inkomsten.

Conclusie:

Kostenbeheersing is het meest gewaarborgd in een stelsel gebaseerd op lump-summen. Dit systeem nodigt echter maximaal uit om zo min mogelijk patiënten te behandelen, laat staan dure patiënten. Het verrichtingensysteem nodigt juist in het geheel niet uit tot doorverwijzen, maar geeft wel de grootste impuls tot extra verrichtingen en zal niet tot kostenbeheersing leiden. Een systeem per capita ligt daar tussenin.

Deel II

3. NEDERLAND²

3.1. De systeembeschrijving

3.1.1. Functies

In de academische ziekenhuizen kunnen de volgende functies worden onderscheiden:

- patiëntenzorg (reguliere zorg, topklinische zorg en topreferentiezorg);
- onderwijs en onderzoek (werkplaatsfunctie);
- opleiding van medisch specialisten; en
- ontwikkelingsfunctie.

Wanneer deze functies worden vergeleken met algemene ziekenhuizen kunnen enkele functies als uniek academisch worden beschouwd, enkele die bij academische en grote algemene ziekenhuizen voorkomen en als derde categorie die functies die bij alle (klein, groot en academisch) ziekenhuizen voorkomen.

a. Uniek voor de academische ziekenhuizen zijn de topreferentiefunctie, de werkplaatsfunctie en de ontwikkelingsfunctie.

- “*Topreferentiefunctie* omvat het leveren van ultieme deskundigheid op het gebied van diagnostiek en behandeling.” (Borst-Eilers, 1994) functie vormt zodanig voor patiënten met moeilijk te behandelen aandoeningen de ‘last resort’. Topreferentiezorg is slechts mogelijk door de sterke verwevenheid van het academisch ziekenhuis met de medische faculteit.

In een onderzoek over de Topreferentiefunctie Academische Ziekenhuizen van de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) is de topreferentiefraction bepaald op 43% van de opgenomen patiënten. Doorverwezen vanuit andere ziekenhuizen is totaal 35% (8% werd door een huisarts van buiten het verzorgingsgebied verwezen, zodat ook dat kan worden beschouwd als onderdeel van de topreferentiefraction). Deze 35% vormen de onderzoeksgroep van dit onderzoek.

- De *werkplaatsfunctie* voor de medische faculteit betreft de ondersteunende inspanning van het academisch ziekenhuis voor onderzoek en onderwijs door de medische faculteit. De taak van de medische faculteit is gericht op de opleiding tot basisarts en het wetenschappelijk onderzoek (VAZ, 1993, p. 9-10).
- De *ontwikkelingsfunctie* dient ertoe dat resultaten uit onderzoek toepasbaar gemaakt worden in de praktijk, de efficiency en effectiviteit van het zorgproces worden verbeterd en de kwaliteit van het produkt in de gaten wordt gehouden (VAZ, 1993, p. 11).

b. Functies die zowel bij academische als bij de grote(re) ziekenhuizen mogelijk zijn, zijn de topklinische zorg en de opleidingsfunctie voor medisch specialisten.

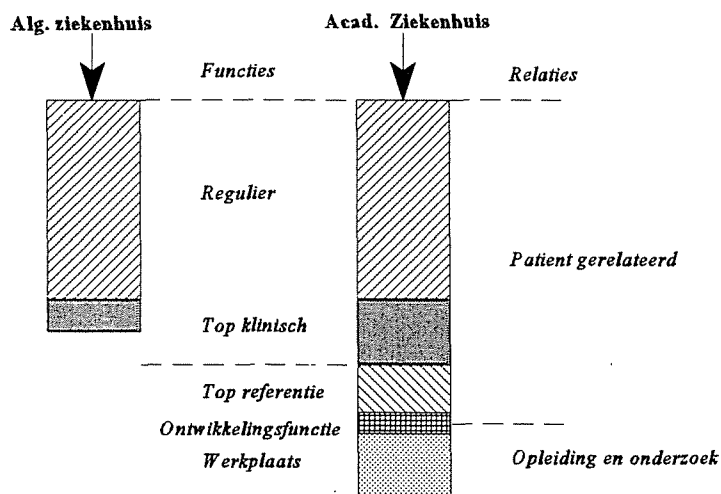
- *Topklinische zorg* betreft enkele bij de wet (art. 3 of 18 WZV) genoemde bijzondere voorzieningen die met het oog op kwaliteit en efficiëntie door de overheid in een beperkt aantal centra worden geconcentreerd.

² Leo Vandermeulen, NZi instituut voor informatie, onderzoek en opleiding in de zorg, Utrecht
Rafaël Smit, NZi instituut voor informatie, onderzoek en opleiding in de zorg, Utrecht

- *Opleidingsfunctie voor medisch specialisten.* Veel opleidingen worden deels aangeboden in een academisch ziekenhuis en deels in een perifeer opleidingsziekenhuis. Overigens is het cursorisch onderwijs wel een onderdeel dat voor het grootste deel door de academische ziekenhuizen (met de faculteit) wordt aangeboden aan assistent geneeskundigen in opleiding.
- c. De resterende functie van *reguliere patiëntenzorg* wordt aangetroffen bij alle ziekenhuizen, inclusief de academische. Het betreft hier de normale medisch specialistische hulpverlening.

Onderstaand schema vat het geheel kort samen.

Schema 3.1 **Functionies van algemene en academische ziekenhuizen**



3.1.2. *Kostenstructuur*

De exploitatiekosten van het ziekenhuis worden veroorzaakt door de behandelingen en alles wat daar om heen nodig is, kortom de kosten zijn direct gerelateerd aan de functies van het ziekenhuis. De academische ziekenhuizen kennen deels een andere kostenstructuur dan de algemene ziekenhuizen door de extra (wettelijke) taken en functies (zie paragraaf 1.1.). Een indicatie van de kosten toe te schrijven aan de functies wordt in de onderstaande tabel weergegeven:

Ten aanzien van de kostenstructuur van de (basis) reguliere zorg zijn de volgende kostensoorten te onderscheiden:

- personele kosten, al dan niet inclusief de honoraria voor de medisch specialisten (globaal tweederde van de exploitatiekosten);
- materiële kosten (uit te splitsen in medische goederen en overige);
- kapitaallasten (rente en afschrijving).

Tabel 3.1 De relatie tussen budgetten en functies van algemene en academische ziekenhuizen, 1996

kosten/functie	algemene ziekenhuizen		academische ziekenhuizen	
reguliere zorg	8.663	72,5%	1.463	36,9%
topklinische zorg *)	345	2,9%	320	8,1%
lokatie gebonden kosten	2.547	21,3%	482	12,2%
honoraria **)	175	1,5%	341	8,6%
samenwerkingsverbanden	220	1,8%	21	0,5%
topreferentie, opleiding + ontwikkeling	-	0,0%	573	14,5%
werkplaats	-	0,0%	760	19,2%
totaal	11.950	100,0%	3.960	100,0%

Bron: COTG 1996, I 96-53

*) de budgetten onder topklinische zorg bevatten hier alleen de meerkosten, omdat onder reguliere zorg reeds vergoedingen gegeven worden voor parameters die ook bij de topklinische zorg een rol spelen. De kosten voor de topklinische zorg zullen daarom in de praktijk een factor twee à drie maal zo hoog liggen.

**) bij de meeste algemene ziekenhuizen zijn de specialisten vrijgevestigd en zijn dus geen onderdeel van het ziekenhuisbudget; in academische ziekenhuizen zijn de specialisten in principe in dienst van het ziekenhuis voor wat betreft het ziekenfondsdeel. De verrichtingen aan particuliere verzekerden mogen zij daarboven zelfstandig declareren.

Ook voor de typische academische functies is een dergelijke kostensoort-verdeling te maken. De verschillende kostensoorten worden in de onderstaande tabel weergegeven voor de algemene en academische ziekenhuizen. Daarnaast zijn ook de totale kosten voor de medisch specialisten opgenomen in de tabel.

Tabel 3.2 Kostensoorten algemene en academische ziekenhuizen, medisch specialisten, 1995
(* f 1.000,-)

1995	algemene ziekenhuizen		academische ziekenhuizen		medisch specialisten
personele kosten	6.664.214	54,9%	2.509.808	60,4%	
materiële kosten	3.492.331	28,8%	1.158.785	27,9%	
rente & afschrijving	1.973.249	16,3%	483.387	11,6%	
totaal	12.129.794	100,0%	4.151.980	100,0%	2.534

Bron: NZI, 1997; JOZ 1996

3.1.3. *Budgetstructuur*

3.1.3.1 *Algemene ziekenhuizen*

Algemene ziekenhuizen kennen sinds 1988 de zogenaamde Functiegerichte Budgettering (FB). Aan de hand van functies - met daaraan gekoppelde parameters - wordt het budget van het ziekenhuis vastgesteld. In dit geval wordt met functies de diverse specialismen bedoeld en daarnaast enkele bijzondere functies zoals haemodialyse, PTCA's, e.d.).

Het externe FB-model bestaat uit drie componenten: een component voor de vaste kosten (vanwege de *beschikbaarheidsfunctie*); een component voor de semi-vaste kosten (samenhangend met de *capaciteit*); en een component voor de variabele kosten (in verband met de *productiefunctie*).

Daarnaast zijn er de *locatiegebonden kosten*. De locatiegebonden kosten hangen vooral samen met de kapitaalkosten rente en afschrijvingen, met de kosten van onderhoud en energie. Het budget voor deze kosten wordt in grote mate bepaald door het vergunningsplichtige investeringsgedrag in gebouwen, installaties en inventaris. Het budget voor deze kosten wordt grotendeels normatief vastgesteld en valt buiten de werking van de FB.

- De *beschikbaarheidscomponent* hangt samen met de omvang van het verzorgingsgebied (adherentie) en wordt bepaald op basis van het aandeel opnamen en dagopnamen dat het ziekenhuis in een bepaalde regio voor haar rekening neemt. Hiervoor wordt de term *adherentie* gebruikt. In de vergelijkingen van de FRI in hoofdstuk II is deze component in vergelijking (2) aangeduid met A.
- De *capaciteit* wordt gemeten in erkende bedden en erkende (gewogen) specialistenplaatsen. Tot 1996 werd de erkenning op basis van een planningssysteem vormgegeven en vond besluitvorming over erkenningsaanpassing centraal door de minister van Volksgezondheid plaats. Met ingang van 1 januari 1996 is de erkenning bevroren; de regionale verdeling van de capaciteit spoorde op dat moment globaal met de planningscriteria. Zoals uit de toelichting blijkt in hoofdstuk II wordt ook dit deel aangeduid met de letter A in de vergelijkingen. Met ingang van 1 januari 1997 is het onder bepaalde condities mogelijk de erkenning in zeer beperkte mate aan te passen. Hiervoor is overeenstemming noodzakelijk in het lokaal overleg tussen de lokale zorgverzekeraar en het ziekenhuis.
- De *productiegebonden component* wordt afhankelijk gesteld van de in het lokale overleg afgesproken patiëntaantallen uitgedrukt in opnamen, eerste poliklinische bezoeken, dagverplegingsdagen en verpleegdagen. Aan de parameters zijn richtlijnbedragen gekoppeld, die in principe gekoppeld zijn aan de gemiddelde kosten. Uit beleidsoverwegingen is het richtlijnbedrag voor de verpleegdagen lager gehouden dan de feitelijke kosten zouden rechtvaardigen. Zo ontstaat er de druk op het ziekenhuismanagement om het aantal verpleegdagen zo beperkt mogelijk te houden.

Zoals is aangegeven in de onderstaande tabel vormen de productiegebonden parameters het variabele deel van het budget. De omvang van dit variabele deel wordt bepaald in lokaal overleg met de zorgverzekeraar, op basis van productie-afspraken. Voor de dure en speciale (art. 18 WZV) functies zijn aparte rekenregels vastgesteld.

Tabel 3.3 De Functiegerichtte Budgetteringssystematiek

kostensoort	functie	parameter	aandeel	besluitvorming
lokatie kosten	infrastructuur	- kapitaalkosten	p.m.	WZV, centraal
vaste kosten	beschikbaarheid	- adhaerente inw.	15%	geen
semivaste kosten	capaciteit		34%	vroeger: erkenningen nu: lokaal overleg
		- bedden,	9%	
		- functieplaatsen	25%	
variabele kosten	productie		51%	lokaal overleg
		- opnamen,	20%	
		- verpleegdagen	12%	
		- 1-e polibezoeken	14%	
		- dagopnamen	2%	
		- speciale functies	3%	

3.1.3.2 Academische ziekenhuizen

Voor de academische ziekenhuizen geldt een andere budgetteringssystematiek. Een deel van het budget wordt bepaald door het Rijksbijdragemodel en hangt samen met de werkplaatsfunctie (onderzoek en onderwijs) ten behoeve van de medische faculteit.

Omdat de werkplaatsfunctie niet een (directe) zorgtaak betreft, verkrijgen de academische ziekenhuizen voor deze functie een Rijksbijdrage via het Ministerie van OCW (dit gold ook al vóór 1997, maar de omvang van het bedrag was ruimer). Dit deel betreft zo'n 15% van het totale budget academische ziekenhuizen. Het overige deel van de functies binnen academische ziekenhuizen dient via de patiëntenzorg gefinancierd te worden.

Tot voor kort gold voor de patiëntenzorg van de AZ-en een historisch bepaald budget dat jaarlijks werd aangepast voor loon- en prijsontwikkelingen. Alleen voor de topklinische bijzondere functies en bij functieverruiming (nieuwe taken of uitbreiding van bestaande functies) vond aanpassing van het budget plaats. Het was dus niet per definitie gerelateerd aan de functies van het academisch ziekenhuis. Voor 1997 gelden enkele veranderingen voor het budgetdeel voor de patiëntenzorg, waarover verderop meer.

Voor het budgetdeel voor patiëntenzorg (het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten) is een nieuw toewijzingsmodel opgesteld, dat gebaseerd is op het FB-model van de algemene ziekenhuizen. Met dit toewijzingsmodel wordt bijna 80% van het totale budget bestreken. Het overige deel ($\pm 19\%$) betreft vooral de topreferentie functie maar ook de 'ontwikkelingsfunctie'. Voor dit deel vindt momenteel onderzoek plaats om te komen tot invoering van een integraal budgetmodel voor de academische ziekenhuizen in 1998. Vooralsnog zijn nog geen concrete parameters opgenomen voor de topreferentiefunctie.

3.1.3.3 Medisch specialisten

Aparte aandacht verdiend de budgettering van medisch specialisten in de algemene ziekenhuizen.

De meeste specialisten in algemene ziekenhuizen zijn vrijgevestigd en zelfstandig declarerend.

Een minderheid heeft een dienstverband met het ziekenhuis.

In het kader van de lokale (één ziekenhuis) en regionale (meerdere ziekenhuizen) initiatieven is de honoreringsstructuur van de medisch specialisten gewijzigd.

Het oude verrichtingensysteem, waarbij de medisch specialist apart zijn verrichtingen declareerde bij de zorgverzekeraar, is vervangen (op vijf ziekenhuizen na) door een budgetsysteem, waarin het budget van de specialisten op vergelijkbare wijze als dat van het ziekenhuis wordt bepaald. Op voorhand wordt met de lokale zorgverzekeraar een budget afgesproken, op basis van afspraken over aantallen opnamen, dagopnamen en polikliniekbezoeken per specialisme. De jaarlijkse groei van het totale medisch specialistisch budget per lokaal initiatief moet passen binnen het centraal vastgestelde macro-kader voor medisch specialistische zorg.

Er heeft hierdoor een gelijkschakeling van de bekostiging van specialisten en ziekenhuizen plaats gevonden. Op regionaal of lokaal niveau zijn de medisch specialisten nu dus ook gebudgetteerd (op macro-niveau waren ze dat al). Vanuit het lokale of regionale budget vindt een verdeling over de maatschappen/specialisten plaats.

De lokale initiatieven worden door alle partijen gezien als een tussenoplossing, in afwachting van een systeem van producttypering/outputpricing.

De specialisten in academische ziekenhuizen zijn in dienst bij het ziekenhuis, waarvoor de ziekenhuizen zijn gebudgetteerd. Daarboven mogen ze aan particulier verzekerden (ca. 35% van de verzekerden) hun verrichtingen declareren. Voor dit deel zijn ook in de academische ziekenhuizen inmiddels lokale initiatieven afgesproken.

3.1.3.4 Zorgverzekeraars

Ziekenfondsen worden op twee componenten gebudgetteerd, namelijk op de beheerskosten en de verstrekkingen. Voor de financiering van de ZfW-verstrekkingen krijgen de ziekenfondsen een normatief vastgesteld macrobudget. Dit verstrekkingenbudget bestaat uit drie onderdelen: het variabele ziekenhuisdeel (vastgesteld aan de hand van aantal verzekerden * normconsumptie * normprijs), het overige verstrekkingendeel (waarin onder andere de specialistenhonoraria zitten, ook vastgesteld aan de hand van het aantal verzekerden met daaraan gekoppeld een normprijs) en als derde een vast ziekenhuisdeel (voor de financiering van de kapitaalslasten en infrastructuur). Dit laatste deel is gebaseerd op de historische kosten. De verdeling van variabele ziekenhuisdeel en het overige verstrekkingendeel van het budget wordt bepaald aan de hand van regionale kenmerken en kenmerken van de verzekerden (zoals leeftijd en geslacht). Voor dit budget geldt nog verevening en nacalculatie. Dit wordt echter in stappen naar nul gebracht, waardoor op deze delen een volledig risico zal worden gelopen. Het vaste ziekenhuisdeel van het verstrekkingenbudget wordt (nog wel) voor 95% nagecalculeerd. De ziekenfondsen financieren de uitgaven aan de verstrekkingen met het verstrekkingenbudget en uit de additionele opbrengsten uit een door het ziekenfonds zelf vast te stellen nominale premie.

Naast het verstrekkingenbudget krijgen de ziekenfondsen een beheerskostenbudget, waarop geen nacalculatie plaatsvindt. Dit budget is volledig normatief vastgesteld, voor zover het het ziekenfondswet-gedeelte betreft.

In het uiteindelijk beoogde model lopen zorgverzekeraars financiële risico's als zij volledig zijn gebudgetteerd zonder verevening en nacalculatie en met daaraan gekoppeld een acceptatieplicht. Het macro-beheerskostenbudget zal dan geïntegreerd zijn met het macro-verstrekkingenbudget.

Om zorgverzekeraars nog enige uitweg te bieden binnen dit strakke budgetteringskader, hebben ze een volledige contracteervrijheid ten aanzien van de zorgaanbieders. De contracteerplicht van zorgaanbieders uit de regio is vervallen.

Verzekeraars kunnen die zorgaanbieders contracteren die een gunstige prijs-kwaliteit-verhouding hebben, waar dan ook in Nederland. De gecontracteerde zorgaanbieders worden in deze situatie bekostigd op basis van outputpricing met producttyperingen en bijbehorende productprijzen.

3.1.4. Opbrengsten/financiering

De invulling van het budget in het lopende jaar geschied door een systeem van vergoedingen per verrichting (de landelijk uniforme COTG-neventarieven) en vergoedingen per verpleegdag (in de vorm van een voor iedere instelling afzonderlijk per jaar vast te stellen sluittarief). De declarabele verrichtingen met de landelijk uniforme tarieven zijn onder andere beeldvormende verrichtingen (röntgen, ct, nmr), operaties, laboratoriumbepalingen, functie-onderzoeken, eerste polikliniekbezoeken, etc. Hiermee wordt ca. 25% van het ziekenhuisbudget gegenereerd. Wat resteert na declaratie van deze verrichtingen wordt omgeslagen over het aantal verpleegdagen. Zo ontstaat het verpleegdagtarief, dat niet uniform is.

Voor de algemene ziekenhuizen schommelt het verpleegdagtarief (derde klasse, er bestaan hogere tarieven voor klasseverzekerden, en voor specialisten in loondienst worden de honorariatarieven voor de klinische verrichtingen meestal niet afzonderlijk gedeclareerd, en vindt een opslag op het verpleegdagtarief plaats) tussen de f 500,- en f 600,-. Voor academische ziekenhuizen liggen de verpleegdagtarieven tussen de f 800,- en f 1.100,-

Het verschil in verpleegprijs is vooral toe te schrijven aan zowel de topreferentiefunctie, de opleidingsfunctie voor medisch specialisten en de grotere mate van topklinische zorg die in de academische ziekenhuizen is te vinden.

De financiering van de werkplaatsfunctie in de academische ziekenhuizen vindt rechtstreeks uit de algemene middelen via het ministerie van Onderwijs plaats.

Tabel 3.4 Verpleegdagtarieven algemene en academische ziekenhuizen

type instelling	globaal verpleegdagtarief
algemene ziekenhuizen	f. 500,- - f. 600,-
academische ziekenhuizen	f. 800,- - f. 1.100,-

Tabel 3.5 Financiering algemene en academische ziekenhuizen (* f 1.000.000)

1996	algemene ziekenhuizen	academische ziekenhuizen
Rijksbijdrage	-	760
WTG-budget w.v. o.b.v.	11.950	3.200
. verpleegtarieven	8.300	2.000
. verrichtingen	3.475	860
. honoraria	175	340
Overige financiering *)	400	400

*) het betreft hier de opbrengsten van declaraties aan andere ziekenhuizen voor onderlinge diensten (WDS), derde geldstromen, maaltijdvergoedingen, etc.

3.2. Te verwachten doorverwijsgedrag vanuit financiële overwegingen

Het mogelijke doorverwijsgedrag van de verschillende actoren wordt in deze paragraaf vanuit de systeembeschrijving per actor bekeken.

3.2.1. *Mogelijk doorverwijsgedrag van het management van het algemeen ziekenhuis*

Voor het instellingsmanagement liggen er in het budgetsysteem prikkels opgesloten om bepaalde patiënten door te verwijzen. Hier wordt vooral verwezen naar de beschrijving van de financiële doorverwijsprikkel (FRI) uit het theoretisch kader.

Wanneer wordt gekeken naar vergelijking (2) is de vaste component voor de opbrengsten in de Nederlandse situatie de parameter-waarde voor de adherentie, bedden en specialistenplaatsen. Uit vergelijking (4) volgt dat op patiëntniveau alleen het verwachte aantal verpleegdagen een werkelijk variabele component is, waarop kan worden gestuurd om meer opbrengsten te verkrijgen. Voor de activiteiten geldt een vaste som die bestaat uit een richtlijnwaarde voor de opname en daaraan voorafgaand voor het polikliniek-bezoek. Op financiële doorverwijsprikkel (FRI) op patiëntniveau wordt verderop in de tekst ingegaan. Allereerst wordt de FRI op instellingsniveau besproken.

Op ziekenhuisniveau kunnen de vaste kosten op ca. 80% worden geschat; de vaste opbrengsten bedragen 60% (incl. lokatiegebonden kosten). Ten aanzien van het eerste cluster van de FRI-vergelijking (8) betekent dit dat de opbrengstencurve onder die van de kosten ligt (zie figuur 2). De prikkel bestaat om voor het calculerende ziekenhuis om de beschikbare capaciteit zo volledig mogelijk te benutten. Wanneer door te veel doorverwijzingen die capaciteit deels onbenut blijft, worden opbrengsten gemist om de vaste kosten mee te dekken.

Voor ziekenhuizen die verwachten dat de adherentie zal dalen in hun regio is het aantrekkelijk om voor een vaste 'aanneemsom' te kiezen ('lumpsum-initiatieven'). De vaste opbrengsten bedragen in dat geval 100% en komen daarmee boven de vaste kosten-curve te liggen. Wanneer zij eenmaal het budget hebben verkregen, is het vervolgens geen probleem als de bezettingsgraad ('benutting' in figuur 2) verminderd. In figuur 2 is dat verschil de afstand tussen beide curven. Het verkleinen van de bezettingsgraad kan worden bereikt door doorverwijzen.

De FRI op patiëntniveau. Vanwege het bekostigingssysteem met globale budgetparameters ontstaat voor algemene ziekenhuizen in een meer concurrerende omgeving de prikkel om - indien mogelijk - ex ante een inschatting te maken van de kosten die een bepaalde op te nemen patiënt met zich mee zal brengen. Deze kosten worden vervolgens gerelateerd aan het WTG-budget dat aan deze patiënt kan worden toegerekend. Zijn de te verwachten kosten lager dan het budget, dan ontstaat er voor het ziekenhuis een winstsituatie wanneer die patiënt wordt opgenomen. Een tweetal componenten in de FRI (zie hoofdstuk II) zijn op patiëntniveau van invloed:

- de *verblijfsduur* van de patiënt in het ziekenhuis (vergelijking 2). Die patiënten waarvan ex ante wordt ingeschat dat ze een lange verpleegduur behoeven, leveren per saldo een verlies op, omdat het richtlijnbedrag voor de verpleegdag beleidsmatig laag is vastgesteld (richtlijn-bedrag van ca. f 70,- tegen de werkelijke kosten van ca. f 280,-). Daarbij komt dat een lage gemiddelde ligduur het mogelijk maakt om de turn-over-rate (gemiddeld aantal opnamen per bed) te verhogen, bij eenzelfde bedden capaciteit. Deze prikkel kan eenvoudig uit het model worden verwijderd, door de verpleegdagparameter gelijk te maken aan de kosten van een extra verpleegdag. Dat heeft gelijk het voordeel dat dagopnamen worden gestimuleerd omdat de parameter van opnamen en dagopnamen gelijkgeschakeld kunnen worden;

- de *intensiteit* van de verrichtingen voor die patiënt. De opbrengst per patiënt die tegenover de verrichtingen staat is vast (bestaande uit het budget-tarief voor opname en een eerste polikliniek-bezoek). De kosten fluctueren door de intensiteit van de verrichtingen per opgenomen patiënt. Complexe zorgvraag bij patiënten kan leiden tot intensief gebruik van voorzieningen. Deze patiënten zullen sneller worden doorverwezen door het calculerende ziekenhuis.

We zien dat in de praktijk, met behulp van interne budgettering binnen ziekenhuizen rantsoenering plaatsvindt op dure geneesmiddelen (Taxol) en dure kunst- en hulpmiddelen (implantaten als heupen, pijnpompen). Hierdoor ontstaan voor deze patiënten oftewel wachtlijsten, of anders worden deze patiënten doorverwezen naar andere (c.q. academische) ziekenhuizen. Met ingang van 1997 mogen dure kunst- en hulpmiddelen door ziekenhuizen apart gedeclareerd worden (maar dat is alleen maar 'vulling' van het budget).

Het is daarom aan te bevelen om ook in de budgetsystematiek tot vergoeding van deze dure middelen over te gaan, bijvoorbeeld naar analogie van de productie-afsprake voor eerste-lijn ondersteuning. Dit voorkomt calculerend gedrag van ziekenhuizen en verminderd wachtlijsten voor bijvoorbeeld orthopedie.

Enkele kanttekeningen:

Enige nuancerings voor dit calculerend gedrag is hier op z'n plaats, gezien de huidige Nederlandse FB-systematiek. Het FB-model is een globaal budgetteringsmodel. Het budget per functie (specialisme) spoort goed met de kosten ervan (zie 'Vandermeulen, 1992'). Op patiëntniveau bestaan echter grote kostenverschillen. In het FB-model bepalen de productie-afspraken 51% van het totale budget. Dit heeft direct tot gevolg dat de opbrengsten op patiëntniveau minder goed zijn toe te rekenen. Daardoor gaat de afweging kosten vs. opbrengsten niet goed op.

Wanneer wordt overgegaan op een systeem van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's, een op termijn in te voeren Nederlandse variant van DRG's), geldt dat de opbrengst per type/categorie patiënt vastliggen (ongeacht de ligduur en eventuele heropnamen). DBC's zijn opgezet om op patiëntniveau een betere fit te maken ten aanzien van de kosten. Op basis daarvan mag verwacht worden dat de 'doorverwijsprikkel' zal verminderen. Echter om het aantal DBC's te beperken moeten concessies worden gemaakt ten aanzien van de kostenhomogeniteit. De tariefpunten per DBC liggen vast (in tegenstelling tot de FB-systematiek), met links en rechts van dit gemiddelde (het tarief) een variatie in bijbehorende kosten. Door het van te voren bekende tarief is de afweging tussen kosten en opbrengsten beter te maken en dus ligt doorverwijsgedrag op financiële gronden in deze situatie eerder voor de hand.

3.2.2. *Mogelijk doorverwijsgedrag van de medisch specialist*

Medisch specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen zullen hun patiënten in eerste instantie doorverwijzen naar een academisch ziekenhuis in verband met het ontbreken van voorzieningen en/of know how. Een rem hierop vormt de factor status en prestige. Doorverwijzen betekent immers het niet zelf in huis hebben van de vereiste deskundigheid. Daarnaast kan het wel behandelen van complexe gevallen basis zijn voor het aanvragen van erkenning voor bijzondere functies. Beide prikkels zitten echter niet in de financieringsstructuur geborgen. Op dat punt is het vraagstuk van de budgettering en bekostiging van specialisten van belang.

- a. Zelfstandig of niet zelfstandig declareren? Specialist in het pré-initiatieven tijdperk kregen een vergoeding voor het aantal verrichtingen. Dit had tot gevolg dat specialisten juist een prikkel hadden om door te verwijzen vrijwel alleen op medische gronden. Een nadelig gevolg hiervan was echter dat patiënten met complexe zorgvraag soms onnodig lang in een algemeen ziekenhuis werden behandeld en pas op een later en kritischer tijdstip alsnog in een academisch ziekenhuis terecht kwamen.

In het kader van de lokale initiatieven worden, zoals gezegd, regionale of lokale budgetten vast gesteld voor de medisch specialisten. Hiermee is direct de prikkel weg gevallen om patiënten (hoe complex en duur ook) zelf te behandelen. Om het budget te behouden zal de afgesproken productie zeker worden gemaakt, maar evenals het management van de algemene ziekenhuizen zullen calculerende maatschappen/specialisten trachten ex ante een inschatting te maken van de kosten (of tijd) die gemoeid zullen zijn bij op te nemen patiënten. En ook specialisten zullen die patiënten die meer kosten dan ze op leveren eerder door verwijzen naar academische ziekenhuizen.

- b. Een volgende prikkel voor doorverwijzen van patiënten zit in het budgetteringssysteem voor de specialisten in een lokaal initiatief. De budgetten in de lokale initiatieven kennen een gemiddelde jaarlijkse budgetgroei van ca. 0,5 à 1%. De afgesproken aantallen opnamen en dergelijke lopen in een exploitatiejaar tegen het einde af. Wanneer het aantal opnamen e.d. de afgesproken hoeveelheid overschrijdt, worden die niet vergoed. Wanneer een overschrijding dreigt, ontstaat daardoor de prikkel om patiënten op een wachtlijst te zetten of op niet-medische gronden door te verwijzen.

3.2.3. *Mogelijke reactie van het academisch ziekenhuis-management op het doorverwijsgedrag*

Evenals algemene ziekenhuizen worden academische ziekenhuizen gebudgetteerd. Hierboven is de prikkel beschreven bij de algemene ziekenhuizen om niet alleen de complexe gevallen (top-referentie functie) door te verwijzen, maar ook die patiënten door te verwijzen waarvan verwacht wordt dat ze duur zijn door een verwachte lange verpleegduur. Voor de top-referentie functie ontvangt het academisch ziekenhuis nu een vaste vergoeding (straks omgezet in een FB-parameter), maar tegenover de dure patiënten die geen top-referente zorg behoeven staan geen extra middelen. Hierdoor ontstaat voor de academische ziekenhuizen een onaantrekkelijke situatie.

De prikkel zou kunnen ontstaan om deze patiënten weer terug te verwijzen. Maar een dergelijke touwtrekkerij lijkt vanuit ethisch oogpunt onwaarschijnlijk. Wel kan het academisch ziekenhuis met recht wijzen op zijn capaciteitsgrenzen. Deze capaciteitsgrenzen kunnen blijken uit het bestaan van wachtlijsten en het toenemen van de wachttijden. Afspraken over patiëntenstromen op regionaal niveau tussen ziekenhuizen lijken dan ook de meest voor de hand liggende oplossing.

Een andere theoretische reactie is dat academische ziekenhuizen hun reguliere patiënten die direct (via de huisarts) zijn verwezen naar het academische ziekenhuis verwijzen naar de algemene ziekenhuizen. Echter is dit gezien de budgetstructuur niet interessant, omdat reguliere patiëntenzorg goedkoper is dan de overige zorg en dus de gemiddelde kosten naar beneden trekken. Daarnaast zijn reguliere patiënten nodig vanwege de opleidingsfunctie van academische ziekenhuizen.

3.2.4. *Mogelijk doorverwijsgedrag van de zorgverzekeraar*

Wanneer zorgverzekeraars volledig risicodragend zullen zijn in combinatie met een acceptatieplicht en contracteervrijheid, zullen zij in het budgetterings- en bekostigingssysteem de counterbalance zijn van de zorgaanbieders. Zij zullen voor hun klanten (patiënten/consumenten) die zorg-aanbieders contracteren die de meest optimale prijs-prestatieverhoudingen kennen. Concreet betekent dat tenminste twee dingen:

- a. Vanwege de bijzondere patiëntenzorg-gebonden functies van de academische ziekenhuizen, kennen deze aanzienlijk hogere verpleegdagtarieven dan de algemene ziekenhuizen (zie tabel 3.4). De zorgverzekeraars zullen daarom trachten het aantal doorverwijzingen vanuit de algemene ziekenhuizen naar de academische ziekenhuizen te minimaliseren. Tevens zullen zorgverzekeraars trachten de

academische ziekenhuizen ertoe te bewegen patiënten zo snel mogelijk terug te verwijzen naar de algemene ziekenhuizen. De counterbalance (t.o.v. het management van de algemene ziekenhuizen en de specialisten) lijkt op deze manier gevonden. Hoe de counterbalance in de praktijk uit zal pakken is geheel afhankelijk van de sturingsmechanismen die de zorgverzekeraars tot hun beschikking (zullen) hebben. Wanneer wordt gekeken naar de praktijk ziet men dat zorgverzekeraars niet geneigd lijken een ontmoedigingsbeleid te voeren ten aanzien van doorverwijzing naar academische ziekenhuizen. Dit zal namelijk te veel lijken op beperking van de vrije keuze van artsen, dat niet aantrekkelijk is voor de verzekerden.

- b. Wachtlijsten in de zorg hebben verschillende oorzaken. Als een van de oorzaken wordt genoemd de budgettering. Voor de niet-art.18 WZV voorzieningen geldt dat het aantal verrichtingen lokaal wordt afgesproken. Omdat er een bestedingsvrijheid bestaat voor de niet-art.18 WZV productie, kan het zo zijn dat het feitelijk aantal (bijvoorbeeld orthopedische) ingrepen hoger ligt dan budgetair afgesproken aantal ingrepen. Door efficiency elders binnen het budget kunnen middelen worden gevonden voor de extra verrichtingen. Zorgverzekeraars in een meer concurrerende omgeving hebben er baat bij om hun klanten zo snel mogelijk hulp te laten krijgen. Wanneer ruimte kan worden gecreëerd binnen het budget, bijvoorbeeld door het snel doorverwijzen van patiënten, om wachtlijsten voor een bepaald specialisme te verkorten, zullen zorgverzekeraars dit zeker trachten te doen. Het is niet vast te stellen welke richting die doorverwijzingen hebben (van algemeen naar academisch of v.v.).

3.2.5. *Medisch inhoudelijke doorverwijs-criteria*

Kort is een enkele keer ingegaan op de medisch inhoudelijke doorverwijscriteria. Voor de overzichtelijkheid worden hier de belangrijkste medische doorverwijscriteria nog een gepresenteerd:

- a. Te beperkte faciliteiten in het algemeen ziekenhuis lijken de meest voor de handliggende factoren om patiënten vanuit die algemene ziekenhuizen door te verwijzen naar de beter geoutilleerde academische ziekenhuizen.
- b. Door de concentratie van patiënten met een niet gebruikelijke zorgvraag in één (of enkele) academische medische centra, ontstaat daar een routine bij de behandelingen van die zorgvraag. Vervolgens ontstaat een zichzelf versterkend proces.
- c. Regionale afspraken tussen ziekenhuizen over een verdeling van typen patiënten hangt samen met de voorgaande medische criteria. De samenwerking kan ook betrekking hebben op de gezamenlijke aanschaf van apparatuur (zoals een MRI). Die apparatuur krijgt een vaste standplaats, waardoor doorverwijzing voortvloeit uit die samenwerking.
- d. Vanwege de verbondenheid met de medische faculteit en de onderzoeksfunctie van een academisch ziekenhuis is in die huizen een grotere specialistische kennis aanwezig, dan in de algemene ziekenhuizen.

Literatuur (hoofdstuk 2 en 3)

Borst-Eilers, E.

“Topzorg: wettelijke en financiële aspecten”, *Ned. Tijdschr. Geneeskde* 1994; 138 (16): 797-8

Commissie Prijsvorming in de Zorgsector

Op zoek naar een passende prijs; Rapport van de commissie prijsvorming in de Zorgsector, Rijswijk, april 1992.

COTG,

Cijfers over ziekenhuizen 1995, Utrecht, 1996

Hagen, J.H. [red],

Kleinere ziekenhuizen, gezonde basis, Utrecht, 1995.

Koopmans, L. [voorz.],

Het ziekenhuis ontketend; rapport van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg, Rijswijk: Ministerie van VWS, 1996.

Montfort, A.P.W.P. van,

Zorgontwikkeling in nieuwe structuren; opgenomen in symposiumverslag ‘Vernieuwing of verarming?’ , Utrecht: NZi, 1987.

NVZ vereniging van ziekenhuizen,

Ondernemend beter; Visienota, Utrecht, april 1996.

NZi,

Financiële statistiek 1995; Academische ziekenhuizen, landelijke tabellen, Utrecht, november 1996.

NZi,

Financiële statistiek 1995; Algemene ziekenhuizen, landelijke tabellen, Utrecht, oktober 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening,

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming, Zoetermeer, 1996.

Tweede Kamer

De prijs die zorg verdient; Prijsbeleid en financieel beleid zorgsector, vergaderjaar 1995 - 1996; 24 478, nr. 2.

Tweede Kamer

Jaaroverzicht Zorg 1997, vergaderjaar 1996 - 1997, 25 004, nr. 1.

Vandermeulen, L.J.R., D. Hirs, C.C.M.C. Wiggers

Specialisten gewogen, NZI, Utrecht, 1992

Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ)

Bepaald betaalbaar; Een rapport over de financiering van de academische ziekenhuizen, Utrecht, maart 1993.

Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ)

Topreferentiefunctie Academische Ziekenhuizen, Utrecht, april 1995.

4. OOSTENRIJK³

4.1 Systeem beschrijving

4.1.2 *Ziekenhuisfuncties*

In december 1994 waren er 316 ziekenhuizen met zo'n 76.000 bedden in Oostenrijk. 156 van deze ziekenhuizen zijn algemene ziekenhuizen met poliklinieken en met, in het totaal, 57.000 bedden voor acute gevallen; ze vormen samen het hart van de gezondheidszorg in Oostenrijk. Volgens de Oostenrijkse wet (Kostenrechnungsverordnung KRV 1977) kunnen de algemene ziekenhuizen verdeeld worden in 9 categorieën van gezondheidszorg (Versorgungsstufen):

- 1) centrale ziekenhuizen
- 2) centrale ziekenhuizen verdeeld over verschillende lokaties en met verschillende faciliteiten.
- 3) grote algemene ziekenhuizen
- 4) grote algemene ziekenhuizen verdeeld over verschillende lokaties en met verschillende faciliteiten
- 5) ziekenhuizen met een uitgebreide standaardvoorziening (> 200 bedden, 5 tot 10 specialismen)
- 6) ziekenhuizen met een standaard voorziening (< 200 bedden, 3 en meer specialismen)
- 7) ziekenhuizen met een standaard voorziening (2 specialismen)
- 8) gespecialiseerde ziekenhuizen (bv. psychiatrische ziekenhuizen, revalidatiecentra, militaire ziekenhuizen, traumacentra)
- 9) overigen

Deze categorieën spelen een rol bij de gebruikelijke verschillen tussen ziekenhuizen met een standaard voorziening (standardkrankenanstalten), grote algemene ziekenhuizen (schwerpunktkrankenanstalt) en centrale ziekenhuizen (zentralkrankenanstalt). standaard ziekenhuizen hebben tot doel basis-gezondheidszorg te bieden op het platteland en hebben gewoonlijk niet meer dan 4 specialismen; internisten, chirurgen en één of twee andere specialismen. Grote algemene ziekenhuizen hebben tot doel bijna alle problemen te behandelen en hebben daarom bijna alle specialismen in huis. Centrale ziekenhuizen zijn top-ziekenhuizen met alle bekende specialismen. Categorie 1 wordt gegeven aan top verwijs- en onderzoeksziekenhuizen.

Om een beter idee te geven van de verdeling van de categorieën verwijzen wij naar tabel 1 (aantallen ziekenhuizen en bedden onderverdeeld in categorieën van zorg en in welke provincie).

Leidend beginsel voor de categorisatie is de frequentie van speciale gevallen, zodat kwaliteit verkregen door ervaring is gewaarborgd. Naast het type algemene ziekenhuis (categorie 1 tot 7) bestaan er ook in categorie 8 hoog gespecialiseerde ziekenhuizen voor psychiatrie, revalidatie, kinderen, etc. (categorie 8,1 met en 8,2 zonder chirurgische faciliteiten) en onder categorie 9 vallen de kleinere privé- klinieken zowel als de klinieken voor langdurig zieken en de geriatrische ziekenhuizen.

Er zijn 5 ziekenhuizen met categorie 1 voorzieningen en 4 daarvan zijn verbonden aan een medische faculteit. Twee aan de medische faculteit van Wenen (Allgemeines Krankenhaus Wien (AKH) en St. Anna Kinderspital), één is verbonden aan de faculteit van Graz (Landeskrankenhaus Graz (LKH Graz) en één aan de faculteit van Innsbruck (Landeskrankenhaus Innsbruck (LKH Innsbruck).

³ Prof. A. Stepan, Technische Universität Wien
Marie-Therese Kaltenbrunner, Technische Universität Wien

Tabel 1. Number of hospital and beds differentiated into categories of provision and into provinces (December 1994)

categories of provision	Austria hosp. beds	Burgenland hosp. beds	Kärnten hosp. beds	Niederösterreich hosp. beds	Oberösterreich hosp. beds	Salzburg hosp. beds	Steiermark hosp. beds	Tirol hosp. beds	Vorarlberg hosp. beds	Wien hosp. beds
1	5 7.420			1 1.108			1 2.315	1 1.616		2 2.381
2	14 10.120		1 1.846		7 4.336	3 2.271				3 1.667
3	12 8.997			2 1.343	3 2.395		1 699		2 1.150	4 3.410
4	18 5.134	2 903		4 1.245	1 100	2 781				9 2.105
5	32 9.488		2 1.072	5 1.839	8 2.484	2 420	1 335	8 1.899	4 984	2 455
6	42 8.333	3 572	4 1.000	9 1.650	1 181	3 356	16 3.176	1 105		5 1.293
7	20 2.030		2 156	3 400	2 119	2 95	4 497		2 29	5 734
8	42 4.828	2 282	2 121	10 954	5 619	2 345	12 1.436	2 186		7 885
8,1	6 1.209		1 84			1 85	2 554	1 206		1 280
8,2	29 6.304		3 240	7 1.920	8 572	4 271	2 1.561	2 788	1 62	2 890
9	96 12.028		8 691	10 1.112	6 633	11 427	15 1.597	3 403	30 915	13 6.250
total	316 75.891	7 1.757	23 5.210	51 11.571	41 11.439	30 5.051	54 12.170	18 5.203	39 3.140	53 20.350

hosp. = number of hospitals

Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg and Wien are the nine provinces of Austria.

Source: TU Wien, Abt. IBWL, T. Kaltenbrunner/A. Stepan: Referral-Behaviour

Het belangrijkste verschil met andere landen, bijvoorbeeld met Nederland, is dat Oostenrijk geen officieel opgezet academische ziekenhuizen kent. In plaats daarvan bestaan hier academische klinieken (Universitätskliniken) die zijn gevestigd in de eerder genoemde top categorie 1 ziekenhuizen. Dit onderscheid is belangrijk vanwege de financiering van klinische activiteiten en medisch onderwijs. In Oostenrijk zijn specialisten met een privé-praktijk niet gesitueerd in een ziekenhuis maar elders in de stad. Specialist die een dienstverband hebben met een ziekenhuis, kunnen het ziekenhuis toestemming vragen om een privé-praktijk te beginnen buiten het ziekenhuis. Zij zijn vrij hun patiënten te verwijzen naar het ziekenhuis waar zij werken of naar een privé-kliniek. Natuurlijk is dit een zeer controversieel onderwerp.

Voor een beter begrip van het Oostenrijkse systeem kan een korte uitleg aangaande het medisch onderwijs van nut zijn.

4.1.2. Medisch onderwijs

Academisch medisch onderwijs houdt tenminste 16 weken praktijk in. Op het ogenblik worden 64 ziekenhuizen door het federale Ministerie van Wetenschappen erkend als onderwijs-ziekenhuizen. Het ministerie van wetenschappen is verantwoordelijk voor de medische faculteit van de drie eerder genoemde universiteiten in Oostenrijk.

Afgestudeerde medische studenten hebben de titel Dr. med.-univ., maar hebben niet het recht zich te vestigen in een privé-praktijk of patiënten te behandelen zonder supervisie. Iedere afgestudeerde die zich wil vestigen als arts zal zich verder moeten specialiseren, minimaal 3 jaar (Turnus) voor dat hij/zij de "jus practicandi" krijgt om zich te vestigen als huisarts, en 6 jaar voor specialisaties als radiologie, chirurgie, interne heelkunde ("Facharztausbildung"). Deze specialisatie-training kan worden gedaan in ziekenhuizen die erkenning hebben als onderwijs-ziekenhuis ("Ausbildungsstätte") van het federale Ministerie van Gezondheid. Ieder ziekenhuis dat in staat is een opleidingsplaats te bieden, moet eerst een aanvraag indienen bij het federale Ministerie van Gezondheid. Voor de huisartsen-opleiding bepaalt het ziekenhuis zelf hoeveel plaatsen beschikbaar zijn, al na gelang de capaciteit van het ziekenhuis. In het geval van specialisaties bepaalt het Ministerie van Gezondheid het aantal opleidingsplaatsen, na een analyse van de ziekenhuiscapaciteit. Ook de "Arztekammer" (een verplicht instituut) en de provincie kunnen hun stem laten horen of een voordracht doen.

Voor de academische klinieken is de situatie anders. Het aantal opleidingsplaatsen in de academische klinieken wordt niet bepaald door het federale Ministerie van Gezondheid, maar door het federale Ministerie van Wetenschappen (Osterreichisches Arztegesets par. 6). Voor alle volledigheid moeten we hier vermelden dat in de nabije toekomst de agenda's van het ministerie van Gezondheid en het Ministerie van Sociale Zaken samengevoegd worden, zowel als de agenda's van het Ministerie van Wetenschappen en het Ministerie van Onderwijs.

Tegenwoordig moeten de studenten 1 tot 3 jaar wachten op een specialisatieplaats, afhankelijk van de regio of het ziekenhuis waar men de voorkeur aan geeft. Specialisatieplaatsen zijn volledig betaalde banen. Volgens de ArtseKammer heeft Oostenrijk op het ogenblik (1996) 31.409 artsen die op medische posities werkzaam zijn, 6.428 hebben een opleidingsplaats (ruwweg 3.660 voor huisarts), 9.315 als werknemer (voornamelijk ziekenhuis staf en de meeste van hen specialisten) en 15.661 artsen met een privé-praktijk (6.041 als huisarts en 9.625 specialisten). Slechts 9.779 van hen hebben een contract met het sociale-zekerheidssysteem.

4.1.3. Budgetstructuur

In Oostenrijk heeft de federale regering de verantwoordelijkheid voor de universiteiten, de financiering van de faculteiten en het onderwijs. De organisatie van de gezondheidszorgsector en het bestuur van het grootste deel van de openbare ziekenhuizen, wordt gedelegeerd naar de provincies. De regering van deze provincies stelt het verpleegdagtarief wettelijk vast en daarom is het mogelijk dat er verschillen zijn tussen provincies binnen dezelfde categorie van voorziening, zoals te zien in tabel 2.

tabel 2 Verpleegdagtarief van algemene en academische ziekenhuizen in Oostenrijk

type of hospital - category of provision	inpatient day tariff in OS
1 central hospital - university clinic	4.290,- - 8.670,-
2 central hospital - distributed locations	3.633,- - 5.570,-
3 full provision hospital	3.574,- - 5.570,-
4 full provision hospital - distributed locations	2.905,- - 5.570,-

De verschillen in variatie zijn in de provincie gewoonlijk veel kleiner, behalve bij academische klinieken. In tabel 3 vergelijken we de tarieven van de drie academische klinieken met gelijkwaardige instellingen in dezelfde provincie (voorzieningen categorie 2 in Wenen, categorie 3 in Styria en categorie 5 in Tirol). Dit laat de bijzondere plaats van de Weense Academische Kliniek duidelijk zien.

tabel 3 Vergelijking van verpleegdagtarieven in drie provincies met academische klinieken.

	inpatient day tariff
Univ. Clinic Vienna	8.670,- ATS
other general hospitals in Vienna	5.570,- ATS
Univ. Clinic Graz	4.624,- ATS
other general hospitals in the province	3.574,- ATS
Univ. Clinic Innsbruck	4.290,- ATS
other general hospitals in the province	3.900,- ATS

Deze tarieven worden bij voorkeur geëxtrapoleerd uit overeengekomen historische waarden in plaats van een berekening volgens boekhoudkundige standaarden. Deze cijfers geven niet het resultaat weer van de KRV ("Kostenrechnungsverordnung", het federale boekhoudsysteem voor ziekenhuizen in Oostenrijk).

Zo moeten we de volgende situatie onder ogen zien: top ziekenhuis investeringen en operationele kosten worden gefinancierd door de Provincie, maar een belangrijk deel van deze ziekenhuizen - de academische klinieken - wordt bestuurd door leden van de faculteit in naam van de faculteit respectievelijk het federale Ministerie van Wetenschappen. Om de provincies te vergoeden voor de extra last dat hun top ziekenhuis gebruikt wordt als academische kliniek, betaalt het Ministerie een bepaald bedrag, de zogenaamde "klinischer Mehraufwand", het beste vertaald door "klinische vergoeding" aan de provincies (zie tabel 4, subsidie kosten). Deze betaling maakt ongeveer 18% uit van het gehele budget minus de vergoedingen van de verzekering. Bovendien betaalt het federale Ministerie van Wetenschappen ook voor de investeringen in gebouwen en apparatuur, en de totale personele kosten van de medische staf, inclusief artsen aan de AKH in Wenen, en het grootste deel van de personele kosten van de medische staf, inclusief artsen aan de LKH Graz en de LKH Innsbruck.

tabel 4 **Subsidy costs for the university clinics refunded by the Ministry of Science (in million ATS)**

subsidy costs 1995	Univ.Clinic Vienna	Univ.Clinic Graz	Univ.Clinic Innsbruck
clinical refund	1.541	590	563
personnel costs	1.819	488	496
others (buildings, medical equipment)	1.019	350	303
total	4.379	1.428	1.362
beds	2.220 beds	2.140 beds	1.600 beds

4.1.4. *Vergoedingenstructuur*

Aan de inkomsten-kant is de situatie geheel verschillend. De academische klinieken krijgen dezelfde vergoedingen van de sociale verzekeringen, respectievelijk de privé-verzekeringen, als andere algemene ziekenhuis in de zelfde regio, met een enkele uitzondering (zie tabel 5).

tabel 5 **Vergelijking van de vergoedingen per dag in de 3 provincies met academische klinieken**

	reimbursement/day
Univ. Clinic Vienna	1.541,- ATS
other general hospitals in Vienna	1.541,- ATS
Univ. Clinic Graz	1.378,- ATS
other general hospitals in the province	1.378,- ATS
Univ. Clinic Innsbruck	1.541,- ATS
other general hospitals in the province	1.431,- ATS

tabel 6 **Vergelijking van het verpleegdagtarief en de vergoeding/dag tussen de drie academische klinieken in Oostenrijk**

from January 1996	Univ.Clinic Vienna	Univ.Clinic Graz	Univ.Clinic Innsbruck
inpatient day tariff	8.670,- ATS	4.624,- ATS	4.290,- ATS
reimbursement/day	1.541,- ATS	1.378,-ATS	1.541,- ATS

Voor alle ziekenhuizen geldt dat het verschil tussen de tarieven en de echte kosten en vergoedingen gefinancierd moet worden door de eigenaar, gewoonlijk de provincie. In het geval van academische klinieken krijgt de eigenaar ook de hierboven genoemde klinische vergoeding.

Een enigszins merkwaardige vorm van vergoeding is het instituut van de zogenaamde "onderwijs patiënten" ("Lehrpatienten"). Het hoofd van de afdeling kan mensen met weinig voorkomende ziektes uitnodigen naar het ziekenhuis te komen om mee te helpen met bij het onderricht van de studenten. Voor deze opnamen krijgt het ziekenhuis een vergoeding van het federale Ministerie van Wetenschappen, die gelijk is aan het normale verpleegdagtarief volgens tabel 3. Zoals u ongetwijfeld zult begrijpen is dit niet de belangrijkste bron van inkomsten.

4.1.5. *Funcities van Algemene Ziekenhuizen en Academische Klinieken.*

Het belangrijkste functionele onderscheid tussen een academische kliniek en een algemeen ziekenhuis is de onderzoek- en ontwikkelingsfunctie, het bijhouden en implementeren van innovaties en als gevolg daarvan - natuurlijk - de functie van laatste redmiddel voor die gevallen die niet behandeld kunnen worden in andere ziekenhuizen.

tabel 7 **Vergelijking functies in algemene ziekenhuizen en academische klinieken**

function	general hospital	university clinic
regular patient treatment, care	x	x
top clinical	x	x
med.specialist training	limited	x
third parties	x	
top reference		x
education and research		x

4.1.6. *Kostenstructuur*

Zoals verwacht domineren de personeelskosten de kostenstructuur van ziekenhuizen (tabel 8) en zelfs voor een hoger percentage wanneer we ons alleen op de operationele kosten concentreren (categorie 01 tot 07). In Oostenrijk worden de boekhoudkundige procedures vastgesteld door de zogenaamde "Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung" (KRV). Alhoewel ziekenhuizen in principe vrij zijn in hun keuze de regels van de KRV te volgen of niet, doen bijna alle ziekenhuizen dit aangezien het een belangrijke voorwaarde is voor subsidie (voor investering in geavanceerde medische apparatuur, gebouwen, innovaties etc.). Andere voorwaarden voor subsidie zijn de non-profit status en de toegankelijkheid voor het publiek.

Tabel 8 **soorten kosten in miljoen OS (1995)**

1995 (Kostenartengruppen)	general hospitals	%	university clinics	%
01 personnel costs	40.553	57,8 %	9.513	47,1 %
02 material costs - medical	8.807	12,5 %	3.226	16,0 %
03 material costs - others	2.100	3,0 %	394	2,0 %
04 third parties - medical	904	1,3 %	71	0,3 %
05 third parties - others	6.335	9,0 %	2.311	11,4 %
06 energy costs	968	1,4 %	497	2,5 %
07 taxes	4.695	6,7 %	1.113	5,5 %
08 capital costs (depreciation, interest) and others	5.798	8,3 %	3.075	15,2 %
Total	70.160	100 %	20.200	100 %

Als we de gemiddelde kosten per bed uitrekenen, zien we dat voor de academische klinieken de ratio het dubbele is van de ratio voor de algemene klinieken. Hetzelfde geldt voor punt 2 (materiaal kosten - medisch), hierin zijn ook de farmaceutische middelen inbegrepen. Als we de personele kosten per bed vergelijken met de kosten categorie 1) en 5) per bed, liggen de gemiddelde kosten van de academische klinieken ver boven de gemiddelde kosten van een algemeen ziekenhuis.

tabel 9 kosten per bed in OS (1995)

	general hospitals	university clinics
beds	approx. 51.000	approx. 6.000
total costs/bed	1.375.000,-	3.367.000,-
01 personnel costs/bed	795.000,-	1.585.000,-
02 medical costs/bed	173.000,-	538.000,-
costs 01 - 05/bed	1.151.000,-	2.586.000,-

4.2. Verwachtbaar doorverwijsgedrag op basis van financiële motieven

De opnamecapaciteit voor acute gevallen is in Oostenrijk zeer groot in vergelijking met andere Europese landen (zie bijlage). Er is een hoge ratio van bedden/inwoners en van opnamen/inwoners, wat leidt tot een hoge gebruiksfrequentie. De reden voor deze situatie is gelegen in de honorering van de artsen in academische klinieken en algemene ziekenhuizen. Zoals eerder gezegd, in Oostenrijk zijn de academische klinieken en algemene ziekenhuizen, die werken onder een sociaalverzekeringsregime, ziekenhuizen waar alles inclusief is. Dit betekent dat patiënten, respectievelijk hun verzekering, alleen een rekening voor de ziekenhuiskosten krijgen en niet voor de artsen. Daarom zijn alle artsen in dienst van het ziekenhuis waar ze werken en ontvangen een salaris. Maar het salaris is erg laag vergeleken met een redelijk artseninkomen. De reden hiervoor is historisch. In de eerste bestaansjaren van algemene ziekenhuizen konden de ziekenhuizen alleen een laag salaris betalen aan de artsen, maar probeerde het aantrekkelijk te maken door bedden beschikbaar te stellen voor de privé-patiënten van de artsen. Zo kon de arts rijke privé-patiënten behandelen in zijn privé-bedden in het algemene ziekenhuis. Dit was een win-win situatie voor beide, het algemene ziekenhuis en de arts. Allereerst kan op deze manier het algemene ziekenhuis geld besparen door lage salarissen uit te betalen en de arts krijgt een bevredigend inkomen en ten tweede kan de arts een goede reputatie opbouwen en privé-patiënten aantrekken, tenminste, als hij succesvol is in de behandeling van minder rijke mensen in de standaardklasse. Dit is specifiek het geval in de academische klinieken. Zo ontwikkelden zich twee aparte systemen. De sociale verzekering aan de ene kant en de privé-verzekering alleen voor additionele zorg aan de andere kant. Er zijn twee klasse van acute zorg in algemene ziekenhuizen: standaard zorg en aanvullende zorg. Aanvullende zorg is gebonden aan een aantal regels. De belangrijkste regel is dat alle patiënten gelijk behandeld moeten worden, zonder aanzien des persoons en dat het aantal bedden bestemd voor de aanvullende zorg niet meer is dan 25% van het totaal in een ziekenhuis. In werkelijkheid zijn de voordelen voor een patiënt die een aanvullende verzekering heeft, dat hij/zij op een kleinere kamer met 2 personen (i.p.v. 6 personen) komt te liggen en recht heeft op behandeling door het hoofd van de afdeling of een seniorarts van de afdeling van zijn/haar keuze. De motivatie voor de artsen is dat als patiënten een behandeling krijgen in een speciale zorgklasse, zij de rekening kunnen indienen bij de verzekeringsmaatschappij van de patiënt. Daarbij komt nog dat het ziekenhuis een rekening kan sturen voor additionele diensten (b.v. een privé-kamer of kamer-voor-twee of, als men wil, een meer hotel-achtige service) Zo zijn beiden, seniorartsen en ziekenhuisbestuurders er op gebrand de privé-bedden te vullen. Dit is alleen maar succesvol indien de artsen en ziekenhuizen een zekere reputatie hebben⁴.

⁴ voor een meer gedetailleerde beschrijving van het motivatiesysteem zie Stepan, 1997)

4.2.1. *Reputatie: de belangrijkste factor bij financieel en medisch ingegeven verwijsgedrag*

Er is een sterke prikkel voor artsen om aanvullend verzekerde patiënten aan te trekken. Het is duidelijk dat reputatie het doorslaggevende argument is hiervoor. Academische klinieken en artsen die faculteitslid zijn van universiteiten hebben een duidelijke voorsprong. Aan de andere kant kan de reputatie alleen maar standhouden door succes en kwaliteit. Alleen als een behoorlijk aantal van hetzelfde soort gevallen behandeld kan worden, kan de behandelmethode verbeteren. Hoogleraren aan academische klinieken en top ziekenhuizen in categorie 1 en 2, krijgen meer kans zich te specialiseren op een relatief klein terrein dan artsen in andere ziekenhuizen, speciaal in de meer afgelegen gebieden. Om de kwaliteit te verbeteren in afgelegen ziekenhuizen, met een zorg categorie van 3 tot 7, is een breed spectrum van niet gecompliceerde gevallen noodzakelijk, daarentegen in categorie 1 en 2 is een specialisatie in de meer gecompliceerde of speciale gevallen relevant. Zo kan gesteld worden dat er over het algemeen een goede motivatie bestaat om voor medische redenen te verwijzen naar de meer gespecialiseerde ziekenhuizen en zo de eigen reputatie te behouden of financiële redenen als de reputatie niet op spel gezet wordt.

4.2.2. *De financiële prikkels vóór december 1996*

Tot 1996 kregen alle ziekenhuizen, academische klinieken etc., min of meer dezelfde vergoeding per dag van de sociale zekerheid, voor standaardverzorging ongeacht de categorie van het ziekenhuis. Hetzelfde geldt voor vergoedingen voor aanvullende zorg. Er was beslist geen financiële motivatie voor verzekeraars of patiënten om voorkeur te hebben voor een bepaald ziekenhuis. Economische of financiële motivatie hebben de naam verbonden te zijn aan medische beslissingen. Tijdens een korte telefonische enquête onder bestuurders van academische klinieken, verzekeraars en ambtenaren, kan geen van hen een andere reden voor verwijzing noemen dan een medische beslissing of respectievelijk de reputatie.

4.2.3. *De financiële prikkels sinds januari 1997*

Op 1 januari 1997 werd een nieuw financieel systeem van kracht. Het komt er op neer dat de sociale verzekeraars de provinciale bestuurders - die, zoals eerder vermeld, verantwoordelijk zijn voor de ziekenhuizen in de provincies - van een lump sum voorzien die gelijk staat aan de totale kosten van 1994 met een aanpassing. Het provinciale bestuur stelt vervolgens vast welk deel van het budget wordt besteed aan de verpleging van acute gevallen en verdeelt het geld als volgt:

Elk ziekenhuis -academisch zowel als algemeen- moet de diagnoses doorgeven in een DRG-achtige code en krijgt daar credit-punten voor. Een academisch ziekenhuis krijgt voor dezelfde behandeling niet meer credit-punten dan een ander ziekenhuis. Aan het eind van het jaar wordt het deel van het budget bestemd voor acute zorg, verdeeld aan de hand van het totaal aantal credit-punten per ziekenhuis en elk ziekenhuis kan een weergave in geld verwachten van hun prestaties en inzet. Natuurlijk krijgt een ziekenhuis voor meer gecompliceerde handelingen meer credit-punten en vice versa.

Het is niet duidelijk welk gedrag hieruit voort zal vloeien. Op het eerste gezicht is er nog steeds hetzelfde motivatiepatroon als voorheen. Verwijsgedrag zal nog altijd alleen maar worden beïnvloed door de balans tussen inkomen en reputatie. Maar het systeem kan gokken en schijnheilig gedrag aanmoedigen, bekende effecten die gezien kunnen worden in de verschillende DRG toepassingen. Tot nu toe zijn er geen uitgesproken consequenties voor een ziekenhuis dat niet kan rondkomen met het geld. Een korte telefonische enquête onder de hierboven genoemde experts had als resultaat dat volgens de verwachtingen het nieuwe systeem geen invloed zal hebben op het verwijsgedrag.

BIBLIOGRAPHY

Krankenanstaltenstatistik, edited by Bundesministerium für Gesundheit und Konsumenten- schutz und die Verbindungsstelle der Bundesländer, April 1996.

Stepan, A., ed., Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen - ein internationaler Vergleich, Manz, Wien 1997, to appear.

Radner, A., A. Haslinger, P. Reinberg, Krankenanstaltenrecht, Trauner Verlag, Linz 1992.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Jahrgang 1977, 80. Stück, 328. Verordnung: Krank-
enanstaltenkostenrechnungsverordnung - KRV.

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, ed., Gesundheitswesen in Österreich,
Volkswirtschaftliche Verlags-Ges. m. b. H., Wien 1996.

5. BELGIË⁵

5.1 Systeembeschrijving

5.1.1. *Introductie*

Het gezondheidszorgsysteem in België heeft de ambitie aan alle inwoners dezelfde toegang tot een goede gezondheidszorg te bieden, onafhankelijk van hun economische omstandigheden. Daarom is er een ziekenfondssysteem opgezet binnen het sociale zekerheidssysteem, dat trekken heeft van het Bismarck model: sociale partners (werkgevers en werknemers) en in mindere mate de regering financieren het algehele sociale zekerheidssysteem. Het systeem is gebaseerd op het principe van solidariteit: de actieven -betaalden en zelfstandigen- betalen voor de niet-actieven. Het ziekenfonds is verplicht voor de gehele Belgische bevolking en dekt de gezondheidsrisico's van bijna iedereen. Zelfstandigen betalen minder premie, maar zijn dan ook gedekt voor een beperkt aantal zaken. Vanwege bemoeienissen van het ziekenfonds en de regering wordt tegenwoordig een eigenbijdrage verwacht van patiënten. Deze eigen bijdrage is recent verhoogd, alhoewel een aantal maatregelen zijn genomen die er voor moeten zorgen dat het betaalbaar blijft voor de hele bevolking. Internationaal gezien zijn de tarieven voor medische handelingen niet hoog. Het volume van de zorg (aantal consulten, aantal medisch-technische verrichtingen, het aantal verpleegdagen en de medicijnen) is toch substantieel.

Verschillende organisaties zijn betrokken bij de gezondheidszorg en de zorgverzekering. Samengevat zijn een aantal structurele bijstellingen, zoals een nieuw financieringssysteem, de eigen bijdrage van de patiënt ('remgelden') en volume beperkende maatregelen ingevoerd door de nationale regering. De nationale regering heeft belangrijke verantwoordelijkheden op het terrein van de gezondheidszorg en is betrokken bij financieringsvraagstukken, in het bijzonder met betrekking tot de ziekenhuisfinanciering (ziekenhuisbudget).

De financiële organisatie van andere gezondheidszorgsectoren, het bestuur en de organisatie van de gezondheidszorg is gedelegeerd aan het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeit (RIZIV). In een aantal commissies wordt, door de verzekeringsmaatschappijen en de zorgverleners, onderhandeld over de tarieven voor medische activiteiten. Het toezicht wordt uitgeoefend door de afdeling Medische Controle (toezicht op de zorgverleners en ziekenhuizen) van het RIZIV en de afdeling voor Administratieve Controle (toezicht op de verzekeringsmaatschappijen). De RIZIV stelt jaarlijks een globaal budgetair kader (428.3 miljard Belgische Francs in 1997). Deze som is verdeeld over deelbudgetten voor ongeveer 15 sectoren. Alle overeenkomsten en contracten moeten de grenzen van deze deel budgetten respecteren. De afdeling begrotingscontrole volgt de ontwikkeling van de uitgaven. Als een budget wordt overschreden, dan zal deze afdeling de situatie analyseren, waarna maatregelen worden voorgesteld. Als de commissies niet snel actie ondernemen, dan neemt de nationale regering de beslissing.

Om in aanmerking te komen voor gezondheidszorg, moet men zich verzekeren bij een ziekenfonds (naar keuze!). Deze ziekenfondsen zijn onderverdeeld in vijf verzekeringsmaatschappijen (Christelijk, Socialistisch, Liberaal, Neutraal en Professioneel Ziekenfonds). Deze ziekenfondsen onderhouden de verzekeringsrelatie tussen de patiënten en de zorgverleners (artsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen). Aangezien maar een klein aantal verzekeringsmaatschappij in België opereert en verzekeringsmaatschappijen niet onderhandelen met de zorgverleners buiten de RIZIV-structuur, en aangezien aanvullende verzekeringen slechts zelden worden afgesloten, is de onderlinge concurrentie tussen de verzekeringsmaatschappijen tot een minimum beperkt.

⁵ Jan Beeckmans, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Brussel

De medische diensten in België worden gekenmerkt door een zeer liberaal systeem. Jarenlang werd geen limiet gesteld aan het aantal medische studenten, een gelimiteerde toegang voor artsen was zelfs niet bespreekbaar. Het resultaat is dat België een overschot aan artsen heeft. De programmering van medische faciliteiten is minimaal. Een hoge dichtheid in medische infrastructuur kan zich zo gemakkelijk ontwikkelen. Het resultaat is dat een breed scala aan medische voorzieningen concurreert op de verschillende gezondheidszorgniveaus, dat gemakkelijk kan leiden tot over-consumptie van gezondheidszorg. Specifieke wetgeving om de mogelijkheden aan medische zorg te beperken om op die manier iets te doen aan de verspilling van de gemeenschappelijke middelen, is pas recent uitgewerkt. Enige voorbeelden uit die wetgeving zijn de beperkingen opgelegd aan het toekomstig aantal artsen, de beperkte deelname aan de studies voor geneeskunde door het inrichten van een toelatingsexamen, prikkels om te komen tot een reductie van verpleegcapaciteit (vermindering van het aantal bedden in ziekenhuizen) en regulering van invasieve medisch-technische faciliteiten zoals radiotherapie, MRI, hartchirurgie en dialyse.

5.1.2. Functies

Zoals gesteld in de introductie wordt de medische dienstverlening in België gekarakteriseerd door liberale principes. Er bestaat geen systeem van preferente zorgverleners. Traditioneel wordt geen preferente patiëntenstroom gedefinieerd. Ook bestaat er geen uitgesproken verschil tussen poliklinische en klinische zorg. De veelheid van medische activiteiten konden ontwikkeld worden omdat er geen regels bestonden, omdat iedereen geneeskunde kon studeren en omdat er geen of weinig verschillen bestonden inzake patiëntenbijdragen in de ziektekosten. Deze situatie resulteert in een intense concurrentie tussen de verschillende zorgverleners en maakt het moeilijk de functies van de verschillende deelnemers aan de gezondheidszorg te definiëren.

Definitie van een academisch ziekenhuis

De academische ziekenhuizen zijn wettelijk verplicht (wet op de ziekenhuizen, 23 december 1963) om invulling te geven aan speciale functies op het gebied van patiënten zorg, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Academische ziekenhuizen beheren 7% van de bedden voor noodgevallen, leiden jaarlijks 4.500 artsen/specialisten op en publiceren jaarlijks meer dan 1000 artikelen in internationale wetenschappelijke tijdschriften.

Specifieke taken voor de academische ziekenhuizen

België kent geen nauwkeurige functiedefinities voor academische ziekenhuizen. De academische ziekenhuizen voeren bij voorkeur een aantal taken uit, zoals de tertiaire patiëntenzorg, de opleiding en onderwijs van gespecialiseerde gezondheidszorg werkers, het uitvoeren van biomedisch, klinisch en gezondheid toegepast onderzoek. Academische ziekenhuizen zouden het juiste gebruik van nieuwe medische technologie moeten ondersteunen en protocollen moeten ontwikkelen ten behoeve van een kosten-effectieve medische zorg voor de volgende eeuw. Tenslotte is de kennis op een aantal gebieden alleen maar beschikbaar in academische ziekenhuizen, zodat in geëigende gevallen een patiënt zo snel mogelijk naar een gespecialiseerd academisch centrum verwezen moet worden.

Het delen van de onderwijsstaak met een aantal algemene ziekenhuizen.

Assistentschappen van medische studenten zouden doorlopen moeten worden in verschillende niveaus en soorten van gezondheidszorg. Een aantal ziekenhuizen kunnen onderwijs en training faciliteiten bieden aan medische studenten in nauwe samenwerking met de faculteiten. Het concept van universiteitsbedden is daarom geïntroduceerd in België om de ziekenhuis-infrastructuur te onderscheiden van de medisch onderwijs activiteiten .

De toekenning van deze infrastructuur is tegenwoordig niet meer beperkt tot de academische ziekenhuizen. De 7.374 academische bedden zijn verdeeld over een aantal algemene ziekenhuizen, de

zogenaamde gemengde academische ziekenhuizen (1.453 academische bedden) en de academische ziekenhuizen, die het merendeel van het aantal bedden voor hun rekening nemen (5.921). Academische ziekenhuizen worden gedefinieerd als ziekenhuizen waar het percentage academische bedden minimaal 75% van het totaal aantal bedden is. Het resultaat is dat België 8 academische ziekenhuizen heeft die samenwerken met zeven medische faculteiten.

Het delen van geavanceerde technologie

Elk ziekenhuis kan een eigen medische infrastructuur opbouwen. Er is slechts een enkele restrictie aan de aanschaf van speciale medische technologie, maar zelfs in deze gevallen is de aanschaf niet beperkt tot een bepaald soort ziekenhuis. Academische ziekenhuizen voldoen over het algemeen wel aan alle vereisten, zij zijn in het bezit van de meest geavanceerde faciliteiten in de Belgische gezondheidszorg, maar zij hebben geen monopolie over deze faciliteiten. Het resultaat van deze infrastructuur is dat de academische ziekenhuizen dienst doen als een compleet ziekenhuis.

Patiëntenzorg is niet beperkt tot algemene ziekenhuizen

België heeft een modern en goed geoutilleerd netwerk van ziekenhuizen. De organisatie van een ziekenhuis is wettelijk vastgelegd. De functie van een ziekenhuis is volgens het statuut een plaats waar multidisciplinaire zorgverlening wordt gecoördineerd en waar specialistische gezondheidszorg wordt geboden aan alle categorieën patiënten. Vanwege de prijs-kwaliteit verhouding zijn de academische ziekenhuizen zeer aantrekkelijk voor de bevolking.

Een analyse van de activiteiten laat zien dat vooral de academische ziekenhuizen betrokken zijn bij de behandeling van ernstige ziektegevallen. Academische ziekenhuizen hebben een monopolie met betrekking tot transplantaties. Andere sectoren, zoals hartchirurgie, verloskunde, vruchtbaarheid, neurochirurgie, oncologie en dialyses zijn echter meer verspreid over België en niet beperkt tot de academische centra.

De indienstneming van artsen

Behalve een zeldzame uitzondering, werken specialisten als zelfstandigen in de ziekenhuizen. Ze organiseren hun eigen spreekuur in de poliklinieken die verbonden zijn aan de ziekenhuizen, of hebben hun privé-praktijk. Het resultaat is dat huisartsen geen monopolie in de ambulante geneeskunde of in de eerstelijns hulp hebben.

5.1.3. *Kostenstructuur*

Er is een duidelijk verschil tussen de kostenstructuur van academische en algemene ziekenhuizen. Uitleg wordt gegeven onder paragraaf 'verschillen in personeelskosten', de andere verschillen kunnen indirect en direct worden toegeschreven aan onderwijs en ontwikkelingsactiviteiten.

Tabel 1 **Soorten kosten in Belgische ziekenhuizen (jaar 1994)**

Acute hospitals	general hospitals	mixed university hospitals	university hospitals
Current costs/ total exploitation income	99%	98%	98%
Personnel cost and other deliveries / total exploitation income	49%	49%	55%
Services and other deliveries / total exploitation income e.g. remuneration of self employed practitioners	24%	24%	16%
Stock and deliveries of goods / total exploitation income	19%	19%	23%
Depreciation / total exploitation income	6%	6%	5%
Current cost / number of beds	4,256,212	5,369,477	8,431,087
Personnel cost / number of beds	2,105,446	2,661,378	4,743,218
Services and other deliveries / number of beds e.g. remuneration of self employed practitioners	1,039,896	1,292,686	1,380,046
Stock and deliveries of goods / number of beds	820,105	1,025,137	1,984,294
Depreciation / number of beds	249,119	317,490	417,392
Average personnel cost per full time equivalent	1,420,631	1,529,246	1,654,904

in BEF

Een goede interpretatie van de kostenstructuur veronderstelt kennis van het systeem van vergoedingen voor artsen. Het is belangrijk te weten dat de medische activiteiten in de Belgische ziekenhuizen over het algemeen vergoed worden op basis van een bedrag per medische dienstverlening (vergoeding per akte). Het is doorgaans de bedoeling dat dit bedrag alle kosten dekt die gerelateerd zijn aan deze medische dienstverlening, zowel de vergoeding van de artsen als overige personeelskosten en andere kosten.

5.1.3.1. *Verschillen in personeelskosten*

Een ziekenhuis is een goed voorbeeld van een arbeidsintensieve omgeving: de personeelskosten zijn de hoogste kostenpost. Toch zijn er nog al wat verschillen in personele kosten tussen de ziekenhuizen. Academische ziekenhuizen hebben hoger opgeleid personeel dan algemene ziekenhuizen. Gemiddeld hebben zij 3.3 fte's per bed, terwijl voor algemene ziekenhuis een inzet van ongeveer 1.5 fte per bed geldt. Een zelfde soort verschil bestaat in relatie tot het aantal artsen: academische ziekenhuizen hebben 1 arts per 3 ziekenhuisbedden, terwijl in andere ziekenhuizen de verhouding 1 arts op 6 of 7 bedden wordt gehanteerd.

De kwalificatie van personeel beïnvloedt ook de totale personele kosten. Academische ziekenhuizen hebben hoger opgeleid paramedisch en verplegend personeel in dienst. 20% van de hoog opgeleide verpleegsters werkt in academische ziekenhuizen, alhoewel deze instellingen maar 13% van het totaal aantal bedden hebben. Academische ziekenhuizen nemen de artsen, met een privé praktijk, verbonden aan hun medische staf niet mee in de berekeningen, alhoewel alle artsen een dienstverband hebben en betaald worden door het ziekenhuis. Dit salarissysteem voor artsen is een uitzondering in België en kan niet worden teruggevonden in andere instellingen dan de academische ziekenhuizen. De produktiviteit

van artsen (= aantal behandelingen per dag) heeft geen invloed op hun vergoeding, net zo min als andere activiteiten - onderzoek, uitgebreide onderzoeken van doorverwezen patiënten, training, consulten - die worden gegarandeerd door een universitaire omgeving. Er zijn maar weinig verschillen tussen de specialismen: artsen worden allemaal behandeld als "gelijken", dit is een belangrijk element bij het verkrijgen en handhaven van het nodige inter-disciplinaire teamwerk.

In algemene ziekenhuizen is de patiëntenzorg de belangrijkste zorg van de artsen. In de algemene ziekenhuizen bestaat een directe relatie tussen handelingen (volume) en de vergoedingen van artsen. Een percentage van hun honorarium is voor het ziekenhuis in verband met de kosten van personeel, materiaal en apparatuur. Artsen in algemene ziekenhuizen geven er ook de voorkeur aan zelfstandig te zijn.

Deze verschillende dienstverbanden heeft ook financiële consequenties voor academische ziekenhuizen, aangezien hoge sociale premies afgedragen moeten worden. Om een idee te geven van het verschil: de additionele kosten voor de academische ziekenhuizen zouden 1.055 miljard BEF extra bedragen.

5.1.3.2. *Andere verschillen ten gevolge van onderwijs en onderzoeksactiviteiten.*

Onderwijs, onderzoek en ontwikkeling in gezondheidszorg - typische activiteiten van academische ziekenhuizen - brengen additionele kosten met zich mee. Een aantal van deze kosten zijn direct meetbaar : specifieke medische apparatuur of andere benodigde faciliteiten, gegevensregistratie en computerfaciliteiten, additionele ruimte, zoals laboratoria voor onderzoek, additionele vierkante meters voor een bibliotheek, vergaderingen en conferenties m.b.t. onderzoek en ontwikkeling. Toch zijn de additionele kosten vanwege de specifieke taak van het academisch ziekenhuis voornamelijk indirect: intensiever gebruik van medische producten, meer tijd nodig voor consulten, minder inkomsten opleverende produktiviteit van artsen. Een onderzoek heeft laten zien dat 20% van de professionele activiteiten (exclusief onderwijs geven aan de medische faculteit) van de artsen die aan de Belgische academische ziekenhuizen werken, niet besteed wordt aan patiëntenzorg, maar aan de supervisie van studenten, onderzoek (inclusief de redactie van wetenschappelijke artikelen en de voorbereiding van wetenschappelijke bijeenkomsten), bijscholing van artsen (verspreiden en aanvullen van de beschikbare kennis door middel van conferenties voor praktiserende artsen), second opinions en adviseren. Deze additionele kosten hebben niet alleen effect op de kosten, maar leggen beperkingen op aan het samenstellen van het honorarium voor de patiëntenzorg. Tenslotte wordt er opgemerkt dat extra tijd van ander personeel wordt gevraagd, maar ook dat een verhoging in het gebruik van medische producten nodig is om alle academische activiteiten naar behoren uit te voeren.

5.1.4. *Budget structuur/vergoedingen systeem*

5.1.4.1. *Budget structuur/vergoedingen systeem van ziekenhuizen*

De financiering van Belgische ziekenhuizen is een perfecte mix van twee extreme systemen, zoals beschreven in de algemene theoretische introductie.

Een belangrijk kenmerk van de financiën van ziekenhuizen is de verdeling tussen niet-medische activiteiten van de ziekenhuizen, die door het ziekenhuis budget worden gedekt en de medische handelingen die worden betaald uit de artsen honoraria.

Ongeveer 45% van de huidige inkomsten wordt verkregen door het verpleegdagprijsbudget. Een tweede belangrijk deel (ongeveer 40%) bestaat uit een vergoeding voor medische handelingen, voornamelijk betalingen die onmiddellijk gekoppeld zijn aan de geleverde prestatie (betalingen per akte).

Een derde inkomstenbron bestaat uit recepten voor medicijnen, medische prothese en materiaal voor synthesematerialen, die in rekening worden gebracht overeenkomstig het gebruik.

De basisstructuur voor de financiering van ziekenhuizen is identiek voor algemene en academische ziekenhuizen.

Tabel 2 Een overzicht van ziekenhuis inkomens (jaar 1994)

Kind of hospitals	General hospitals	Mixed university hospitals	University hospitals
Total exploitation income	152,405,124,809	51,966,165,602	51,059,201,398
Total exploitation income	100%	100%	100%
Total hospital budget /total exploitation income	46%	44%	43%
Total fees*/total exploitation income	36%	41%	36%
Total income pharmacies/total exploitation income	11%	10%	15%
Total of other revenues/total exploitation income	9%	8%	14%
Total exploitation income /bed	3,942,395	5,029,633	7,555,372
Total hospital budget /bed	1,816,073	2,205,900	3,279,962
Total fees** /bed	1,409,502	2,053,893	2,719,024
Total income pharmacies /bed	427,532	478,963	1,096,160
Total of other revenues /bed	659,022	716,735	1,527,411

in BEF

*De honoraria zijn inclusief de vergoedingen voor intern verpleegde patiënten, dag-patiënten en poliklinische patiënten.

5.1.4.2. *Het gebudgetteerde deel van de ziekenhuisfinanciering*

Het ziekenhuis budget is vastgesteld op nationaal niveau. Het ziekenhuisbudget bestaat voor 45% uit ziekenhuisinkomsten. Het dekt de kosten van:

- * de algemene diensten van een ziekenhuis zoals administratie, hotel, was, verwarming en voeding.
- * het verplegend personeel en medische materialen ingezet bij de ziekenhuis diensten zoals OK's en noodgevallen.
- * een aantal medisch technologische activiteiten in een aantal medisch technische diensten zoals de MRI en de radiotherapie
- * de ziekenhuis farmacie

Op nationaal niveau wordt het budget vastgesteld door de regering. Het individuele budget wordt vastgesteld volgens financiële regels. Sinds 1991 is het financieringssysteem van het ziekenhuis budget ingrijpend veranderd. Het basis idee achter de vernieuwing is de opzet van een financieringssysteem gerelateerd aan de werkelijke vereisten. Het belangrijkste deel van het ziekenhuisbudget (ongeveer 89%) dekt de kosten van de algemene diensten en de verpleging.

Dekking van de algemene diensten:

- * De dekking van de kosten gerelateerd aan de algemene diensten, zoals verwarming, schoonmaak, was, eten, administratie en onderhoud is gebaseerd op een vergelijking van de kosten. De academische ziekenhuizen vormen een speciale groep binnen deze kostenvergelijking. Ziekenhuizen worden ook aangemoedigd om zo efficiënt mogelijk te werken. Als de prestatie van het ziekenhuis minder is dan de gemiddelde kosten van de referentiegroep, dan wordt het ziekenhuis financieel gestraft.

Dekking van de activiteiten van verpleegsters, medische producten, OK's en hulpdiensten:

- * Een deel van dit budget wordt gedekt door een minimale financiële bijdrage die minimale financiële uitgaven van het ziekenhuis dekt en rekening houdt met structurele elementen zoals het soort ziekenhuis en normatieve personeelsvereisten.
- * Additionele financiën worden toegekend op basis van medische activiteiten van de ziekenhuizen. Deze worden gemeten door aanwijzingen (een dwarsdoorsnede van de behandelingen, gegevens over verpleegactiviteiten en de mix van ziektegevallen).

Efficiëntie criteria voor de dagelijkse dienstverlening en verpleegactiviteiten

- * In 1994 werden de Diagnosed Related Groups (DRG) geïntroduceerd in het ziekenhuisbudget. Die ziekenhuizen die in meer of mindere mate efficiënt gebruik maken van hun bedden worden hiervoor respectievelijk beloond of gestraft. Ziekenhuisbudgetten zijn dusdanig bijgesteld dat prikkels worden gecreëerd zodat de lengte van het ziekenhuisverblijf per DRG verkort wordt en patiënten van interne verpleging naar dagverzorging gaan: de kortingen op de inefficiënte ziekenhuizen zijn gelijk aan de financiële voordelen van de efficiënte ziekenhuizen. De gevolgen van de vermindering van het aantal verpleegdagen in combinatie met de verschuiving van interne verpleging naar dagverzorging waren drastisch: een zeer grote vermindering verpleegdagen.

De ziekenhuis perceptie van het budget

- * Als de ziekenhuisbudgetten zijn vastgesteld, wordt de vergoeding berekend pro rata het aantal verpleegdagen. Het verpleegdagtarief wordt verkregen door het budget te delen op het aantal dagen. Elk ziekenhuis ontvangt een aantal verpleegdagen, berekend op basis van normatieve bezettingstarieven. Het aantal dagen wordt het "quotum" genoemd. Dit quotum wordt voor twee doeleinden gebruikt:
 - 1) het quotum kan het vastgestelde ziekenhuis budget verdelen en zo kan voor het aantal verpleegdagen het verpleegdagtarief doorberekend worden aan de verzekeringsmaatschappijen.
 - 2) het quotum wordt gebruikt om de variabele kosten vast te stellen aangezien het aantal waarmee het quotum wordt overschreden gegarandeerd wordt voor 25%.

De budgetteringstechniek leidt tot een normatief ziekenhuis budget in prijs en volume (lengte van verblijf). De op historische basis bepaalde budgetten moeten geleidelijk veranderen in 100% doelbudgetten in het jaar 2000.

5.1.4.3. Vergoedingen en andere bronnen van inkomsten

Een tweede belangrijke bron van inkomsten zijn de vergoedingen (ongeveer 40% van het totale inkomen) die voortvloeien uit de activiteiten van de medische en technische dienst.

De vergoedingen zijn niet alleen de honoraria van de artsen, maar ook alle andere kosten (personeel, producten, apparatuur). De officiële honoraria voor medisch handelen zijn vastgesteld in overleg tussen vertegenwoordigers van de artsen en de verzekeringsmaatschappijen in het RIZIV. Deze honoraria zijn voornamelijk prestatiegericht. Een uitzondering wordt gevormd door de klinische biologie en radiologie waarvan 75%, respectievelijk 15% forfaitair wordt gefinancierd. De honoraria beogen niet alleen de vergoeding van de artsen, maar ook de dekking van andere kosten die verbonden zijn aan het medisch

handelen: personeel, materiaal, apparatuur. Voor een aantal andere diensten, zoals chirurgie en faciliteiten voor de opvang van noodgevallen, dekken de (zuivere) honoraria de vergoeding van de artsen, terwijl de andere kosten worden gedekt door het ziekenhuisbudget. Andere diensten zoals MRI en radiotherapie kennen een dubbel financieringssysteem, aangezien een deel gedekt wordt door het ziekenhuisbudget en een ander deel door het honorarium van de artsen. Het honorarium dat wordt onderhandeld in het RIZIV is verplicht voor iedere arts de conventie onderschrijft. De kosten van handelingen van andere artsen worden vrij gelaten. Dezelfde regel geldt voor patiënten in eenpersoonskamers. In de academische ziekenhuizen onderschrijven alle artsen de nationale conventie en relatief minder additionele kosten worden aan de patiënt in rekening gebracht.

Een derde belangrijke bron van inkomsten voor de ziekenhuizen (ongeveer 10 - 15%) zijn de inkomsten uit medicatie, waarvoor een wettelijke prijs is vastgesteld. Medicatie wordt in rekening gebracht op basis van gebruik. De algemene en academische ziekenhuizen kennen hiervoor dezelfde financiële voorwaarden.

5.1.4.4. *Verschillende budgetstructuren/vergoedingssystemen voor academische ziekenhuizen?*

De interactie van verschillende functies in academische ziekenhuizen is complex. Het is moeilijk vast te stellen hoe de kosten worden toegerekend aan de functies. Er is geen aparte financiële vergoeding voor onderwijs, toegepast onderzoek en ontwikkeling.

Toch kunnen in een ziekenhuisbudget kleine speciale financiële bijdragen worden gevonden. Een bepaald bedrag in het structurele deel van het ziekenhuisbudget voor verpleegactiviteiten in ziekenhuisdiensten zorgt ervoor dat academische ziekenhuizen hoger opgeleid personeel kunnen aanhouden. Een klein extra bedrag voor de ontwikkeling van nieuwe medische technologie wordt ook toegekend. Deze financiële posten vertegenwoordigen slechts 4% van het budget. Verder is het financieringsmechanisme voor alle ziekenhuizen hetzelfde. Aangezien de academische ziekenhuizen de meer ernstige gevallen behandelen en een hoger aantal handelingen verrichten, hebben zij recht op budgetten gerelateerd aan hun activiteiten. In vergelijking zijn de academische ziekenhuizen efficiënter en is de lengte van een ziekenhuisverblijf korter.

De kosten per handeling zijn identiek in de algemene en academische ziekenhuizen. Er wordt geen verschil gemaakt in medische activiteiten in academische ziekenhuizen, alhoewel vrij grote verschillen in kosten te zien zijn. Er bestaan ook geen verschillen in de kosten die in rekening gebracht worden voor medicatie.

Tabel 3 vat de verschillen samen. Alleen het verpleegdagtarief (gerelateerd aan verschillen die zich voordoen in het hele ziekenhuisbudget) is anders. Dezelfde financiële voorwaarden doen zich voor bij de medische tarieven en prijzen van medicijnen, die samen ongeveer 55% van het totale ziekenhuisinkomsten vertegenwoordigen.

Tabel 3 **prijzen**

Hospital type	General hospitals	University hospitals
Average per diem price 1994 (Round figures)	7.000 BEF	10.500 BEF
Fees	identical	identical
Prescription charges	identical	identical

5.1.4.5. *Budgetstructuur en het vergoedingensysteem voor medische specialisten*

Het artseninkomen is afhankelijk van de tarieven. Van de medische specialisten onderschrijft 70% de officiële kosten zoals gedefinieerd bij de medische nomenclatuur.

Nauwkeurige beschrijvingen en voorwaarden voor medische handelingen gaan vooraf aan de prijsstelling die is overeengekomen tussen de verzekeringsmaatschappijen en de artsen in het RIZIV. De tarieven zijn hetzelfde voor alle soorten patiënten. De ziekenhuizen ontvangen van de artsen die in het ziekenhuis werken een bijdrage van de tarieven voor interne en poliklinische patiënten, om de kosten met betrekking tot medische activiteiten (personeel, materiaal en apparatuur) te dekken.

5.1.4.6. *Budgetstructuur en het vergoedingensysteem voor de verzekeringsmaatschappij*

De vijf verzekeringsmaatschappijen bieden allemaal dezelfde verplichte ziektekostenverzekering. Op een enkele kleine correctie na is er geen verschil in premie. In principe worden er geen contracten afgesloten tussen de verzekeringsmaatschappij en de zorgverleners buiten de RIZIV-structuur.

Het streefbudget van het nationale verzekeringssysteem is verdeeld over de verzekeringsmaatschappijen. Een kleine financiële verantwoordelijkheid voor de maatschappijen is recent geïntroduceerd. Daarom werden in 1995-1996 de financiën van de verzekeringsmaatschappijen verdeeld in twee budgetten. 10% wordt forfaitair bepaald, gebaseerd op het risicoprofiel, gezondheidsstatus, inkomen, urbanisatie en andere demografische karakteristieken van de leden van de verzekeringsmaatschappij. 90% is gebaseerd op de werkelijke kosten. Aan het eind van het jaar worden de budgetten vergeleken met de werkelijke uitgaven. De ziekenfondsen zijn toch zelf verantwoordelijk voor 15% van het verschil. Als ze de boeken met een verlies afsluiten, dan zullen de vijf verzekeringsmaatschappijen een passende oplossing moeten vinden.

De verzekeringsmaatschappijen hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid het ziekenfonds-systeem ten uitvoer te brengen, in essentie te komen tot een tariefstelling.

Het nieuwe systeem van financiële verantwoordelijkheid heeft geleid tot een betere beheersing van de kosten, hetgeen een belangrijk punt is in de onderhandelingen met de zorgverleners.

5.2. *Verwacht doorverwijsgedrag*

Over het verwijsgedrag van actoren in de Belgische gezondheidszorg zijn slechts een paar elementen bekend.

5.2.1. *Medische motivatie en doorverwijsgedrag*

5.2.1.1. *De medische specialisten*

In het algemeen zijn de patiënten geheel vrij in hun keuze voor een arts. Er is geen systeem voor een trapsgewijs gestructureerde toegang tot zorgverleners (huisarts - specialist - ziekenhuis - academisch ziekenhuis). Patiënten gaan direct naar een specialist zonder een verwijzing van de huisarts. Deze vrije keuze van de patiënt wordt gezien als een gewoonte in de Belgische organisatie van de gezondheidszorg. Gebruikelijk is wel dat de arts beslist of de patiënt doorverwezen wordt naar een ziekenhuis. Een beschrijving van een structureel verwijspatroon kan op regionale basis niet worden gegeven.

De grens tussen een aantal specialisaties is ook niet duidelijk gedefinieerd. Bij sommige specialisaties bestaat er zelfs een concurrentiestrijd tussen de huisarts en de specialist.

Dit fenomeen doet zich o.a. voor in de pediatrie en gynaecologie, waar specialisten (binnen en buiten het ziekenhuis) en huisartsen hun concurrerend gedrag om te voldoen aan de eisen van de patiënten, niet opgeven.

Het brede medische aanbod, de afwezigheid van regelgeving, identieke tarieven voor medische dienstverlening ongeacht de kostprijs, de lage vergoeding voor medische activiteiten, leiden er gewoonlijk toe dat een patiënt met een niet-complexe zorgvraag wordt vastgehouden en daarom komt een snelle doorverwijzing naar een hoger niveau in de gezondheidszorg niet snel voor in België.

Natuurlijk bestaat de gebruikelijke doorverwijzing naar een hoger niveau van medische kennis ook in België. De doorverwijzing naar een specifiek algemeen ziekenhuis, of in het bijzonder naar een academisch ziekenhuis hangt voor een groot deel af van de persoonlijke relaties tussen de artsen. Speciaal voor doorverwijzingen naar academische ziekenhuizen kan men niet het belang ontkennen van de relatie tussen arts en zijn/haar "alma mater" (medische faculteiten). Maar ten gevolge van een stevige concurrentie om de (medisch interessante) patiënten, zal slechts langzaam worden doorverwezen, zodat men eigenlijk kan spreken van "te langzaam doorverwijsgedrag".

5.2.1.2. De algemene ziekenhuizen

Een belangrijke factor bij het vaststellen van doorverwijsgedrag in algemene ziekenhuizen is de aanwezigheid van medische apparatuur. In hun patiënt-marketing-strategieën, proberen artsen en ziekenhuizen te voorzien in alle mogelijk medische infrastructuren, aangezien zij bang zijn dat hun patiënten overstappen naar andere ziekenhuizen omdat hun apparatuur wordt gezien als onvoldoende. Bijna alle medische procedures en infrastructuren zijn beschikbaar in academische ziekenhuizen. Het is aantoonbaar dat ziekenhuizen langzamerhand associaties aangaan vanwege de financiële dilemma's bij de aanschaf van verfijnde medische apparatuur om op die manier het risico te ondervangen dat patiënten overstappen naar de traditioneel beter uitgeruste ziekenhuizen.

5.2.1.3. De academische ziekenhuizen

De meest belangrijke medische criteria voor verwijsgedrag moet de gangbare ervaring zijn in een aantal academische centra. Wetenschappelijk werk laat een verschil zien in medische praktijken in algemene en academische ziekenhuizen. Studies laten zien dat de gecompliceerdheid van de ziektegevallen en de ernst van de behandelde ziektes (DRG) (b.v. het aantal patiënten dat op een IC terecht komt) mogelijksterwijs de uitleg is voor een grote variabele in het gebruik van hulpmiddelen.

De beschikbaarheid van medische technologie en specialistische kennis bij de behandeling van sommige patiënten kan ook een "natuurlijk" doorverwijsgedrag naar academische ziekenhuizen verklaren. De verwijzing van ernstige patiënten naar een hoger niveau van zorg wordt niet uit de weg gegaan, het tegendeel is zelfs het geval in België.

Verder moet met nadruk worden gesteld dat België nog altijd niet de neiging heeft het aanbod van functies zoals neonatologie, neurochirurgie, oncologie, dialyse, reageerbuisbevruchting en andere gelijksoortige technieken te beheersen (zoals dat in Nederland wel gebeurt via art. 18 WZV/RS).

5.2.1.4. *De zorgverzekeraars*

In feite gedragen de ziektekostenverzekeringsmaatschappijen zich meer als betalers dan als verzekeraars. In principe is het zo dat de verzekeringsmaatschappijen niet onderhandelen op individuele basis of direct met de zorgverleners buiten de structuur van het RIZIV. Dus, selectieve contracten in het bestel van verplichte ziektekostenverzekeringen bestaan niet.

De verzekeringsmaatschappijen kunnen geen invloed uitoefenen op artsen om het meest passende medische gedrag te tonen, behalve bij de uitgave van sommige medicijnen en sommige implantaten. De verzekeringsmaatschappijen controleren of de medische handelingen hebben plaatsgevonden (werklijkheidscontrole) en of dat de activiteiten overeenstemmen met de kwalificatie zoals gedefinieerd in de Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen (overeenstemmingscontrole).

Onder de artsen in België bestaat een sterke afkeer van beheer van de zorg door zorgverzekeraars. Dit kan worden verklaard door de angst voor directe interventie van de oligopolie, die wordt gevormd door de verzekeringsmaatschappijen, en die een bedreiging vormt voor de onafhankelijkheid van de artsen. Maar het wordt ook gezien als unfair: de verzekeringsmaatschappijen zijn niet alleen betalers, maar ook zorgverleners, aangezien zij ook een aantal faciliteiten (b.v. ziekenhuizen) beheren.

De vergoedingen in algemene en academische ziekenhuizen zijn voor de patiënt nog altijd hetzelfde, ongeacht de verzekeringsmaatschappij, zodat de invloed van individuele maatschappijen op medische motivaties voor verwijsgedrag nauwelijks bestaan.

5.2.2. *Financiële prikkel en verwijsgedrag*

Elk financieel systeem in de gezondheidszorg verenigt de mogelijkheid van lucratieve en verliesgevende procedures en patiënten in zich. Wanneer in België de werkelijke kosten niet gelijk zijn aan de vergoedingen (zoals dat in enkele gevallen voorkomt in het verrichtingsstelsel) zal voor die verrichtingen doorverwijsgedrag vanwege financiële overwegingen kunnen optreden. Door een groot aanbod van zorg, de afwezigheid van restricties betreffende het volume van zorgaanbod en de zelfstandigheid van medische beroepsbeoefenaren gecombineerd met het verrichtingsstelsel in België, is het doorverwijzen van patiënten om financiële redenen beperkt. Patiëntselectie wordt niet waargenomen. Sterker nog: in de Belgische budgetsystematiek zijn technieken in gebracht om patiëntselectie tegen te gaan.

5.2.2.1 *De medische specialisten*

Doorverwijsgedrag tussen medische specialisten wordt beperkt door de wens om het eigen marktaandeel te behouden. Dit wordt veroorzaakt door het verrichtingsstelsel (fee for service). Vervolgens wordt het ook veroorzaakt door het feit dat de specialisten vrije beroepsbeoefenaren zijn voor wie het inkomen afhangt van het honorarium. Ten derde wordt het beperkt doorverwijsgedrag veroorzaakt door de soepele mogelijkheden om, buiten de universiteitsziekenhuizen om, geavanceerde aanvullende voorzieningen aan te bieden. Het systeem laat zelfs duplicate onderzoeken toe...

Sommige mensen hebben kritiek op de steeds maar oplopende gezondheidszorguitgaven en het steeds grotere gebruik van medische specialistische hulp. Als het gezondheidszorgstelsel moet voldoen aan de financiële restricties die worden gesteld, zullen de grenzen moeten worden aangegeven. Een aantal politici zien als oplossing voor deze problemen een langdurige vaste relatie met de huisarts om op die manier de onnodige medische consumptie te ontmoedigen, aangezien dit gezien wordt als verspilling.

Een financiële motivatie zou kunnen zijn dat men aan een aantal criteria zou moeten voldoen (b.v. voor een bepaalde vaste periode zich laten inschrijven bij een lokale arts). In deze evolutie kan men ook de pogingen zien de medische verslaglegging aan te moedigen en op die manier de onnodige medische consumptie af te snijden. De angst om persoonlijke gewoontes op te moeten geven en voor de nadelige werking van vaste verwijzingsregels, zijn de meest voorkomende reacties tegen een acceptatie van zulke oplossingen. Aan de andere kant hebben recente onderzoeken aangetoond dat de Belgisch patiënt al een loyale relatie heeft met zijn huisarts.

5.2.2.2. *De ziekenhuizen*

Zoals hierboven vermeld kan zich voor een aantal medische procedures door verwijzingsgedrag voordoen. Een aantal van deze procedures kan door anderen worden gedaan als de financiële beloning voor deze onderzoeken de kosten niet overstijgt. Bij voorbeeld, algemene ziekenhuizen hebben de strategie een aantal testen op het gebied van de klinische biologie, waarbij verfijnde apparatuur wordt gebruikt, door anderen te laten uitvoeren.

Van patiënten met een complex ziektebeeld kan worden verwacht dat zij een langere verpleegduur behoeven. Deze patiënten lijken dan ook aangewezen te zijn om te worden doorverwezen vanwege de hogere kosten. Echter bij het bevorderen (in het budgetsysteem) van korte verpleegduur is getracht te vermijden dat selectie zou ontstaan van die patiënten met een verwachte lange verpleegduur. Dit is bijvoorbeeld gedaan door het buiten de berekeningen van het budget laten van patiënten met abnormaal lange of korte verpleegduur. Het classificeren van patiënten naar DRG's is ook gecorrigeerd voor leeftijd (met het idee dat leeftijd de verpleegduur positief beïnvloed: hogere leeftijd, langere verblijfsduur). Deze aanpassing heeft met name effect bij geriatrie en psychiatrie.

Alhoewel in België betaling per patiënt is besproken, wordt deze benadering over het algemeen afgewezen op basis van mogelijke selectieve keuze van patiënten en de manipulatie van medische informatie gerelateerd aan de pathologie. Daarom wordt de relatie tussen pathologie en financiën niet direct gelegd in het ziekenhuisbudget, maar zijn de ziekenhuizen onderverdeeld in een schaal van 1 tot 10 op de basis van aanwijzingen van activiteiten om ziekenhuisfinanciering vast te stellen in plaats van financiering per patiënt. Het gangbare systeem verzekert financiering door middel van een algemeen budget, waarbij rekening wordt gehouden met patiëntenkarakteristieken op een breed niveau.

De regering heeft recent een poging ondernomen om een excessief aanbod in medische infrastructuur te voorkomen. Een groot deel van de grenzen die worden gesteld aan het verkrijgen van de nodige kwaliteitvereisten, zorgen er voor dat de bestaande situatie voortduurt en dat verdere wildgroei in dure faciliteiten wordt voorkomen. Bij een aantal specifieke functies zorgt wet- en regelgeving er voor dat het aantal installaties wordt beperkt. Als voorbeelden kunnen worden genoemd de regulering van hartchirurgie (er moet tenminste een x-aantal operaties per jaar worden uitgevoerd), neonatale zorg (intensive care), klinische genetica en radiotherapie [vergelijkbaar met de huidige Nederlandse artikel 18 WZV-functies, R.S.].

Ondanks dat de invloed van financiële prikkels die het doorverwijzingsgedrag beïnvloeden in de praktijk lastig te meten is, kan bewijsvoering wel worden gesuggereerd. Uit de periode 1991 - 1994 kan uit gegevens van landelijke verzekeringsuitgaven worden afgeleid dat voor bepaalde technische verrichtingen bij bevallingen een duidelijke stijging van 9,3% is waar te nemen voor uitgaven van academische ziekenhuizen voor die technische verrichtingen, terwijl de uitgaven voor diezelfde technische verrichtingen in algemene ziekenhuizen in die periode met 1,53% daalden.

Hieruit zou de conclusie kunnen worden getrokken dat er een positieve correlatie bestaat tussen financiële prikkels (zoals beperking van het aantal verpleegdagen van de afdeling materniteit) en het doorverwijzen van de meer complexe gevallen naar academische ziekenhuizen. Deze veronderstelling zou ook moeten worden getoetst bij andere (grotere) afdelingen van ziekenhuizen.

5.2.2.3. *De zorgverzekeraars*

De financiële aspecten van de zorg krijgen steeds meer belangstelling. Deze economische belangstelling werd recentelijk (zomer 1996) nog geïllustreerd door een onderzoek van een belangrijke en onafhankelijke consumentenorganisatie naar de verschillen tussen ziekenhuisdeclaraties richting patiënten. Zo'n 200 ziekenhuizen werden in het onderzoek opgenomen. De ziekenhuizen werden gevraagd om inzicht te geven in de praktijk van het toepassen van tarieven. De resultaten van deze studie suggereren geen samenhang tussen het (organisatie)doel van de academische ziekenhuizen en het declaratiebeleid.

Zorgverzekeraars krijgen een toenemende belangstelling in de bijdragen van de patiënten. Door beperkingen van het budget worden bepaalde voorzieningen zoals endoscopische materialen niet (meer) gedekt door de basisverzekering. Dit leidt tot het ontstaan van aanvullende verzekeringen. Binnen deze aanvullende verzekeringen kunnen prikkels ontstaan om zorgverzekeraars bepaalde zorgaanbieders te laten selecteren voor het aanbieden van bepaalde voorzieningen (zogenaamde preferred providers). Alhoewel dit nog geen praktijk is, kan een dergelijke ontwikkeling een extra barrière betekenen om patiënten door te verwijzen naar academische ziekenhuizen vanwege financiële overwegingen: wanneer het gemiddelde verpleegdagtarief van academische ziekenhuizen hoger is dan dat van algemene ziekenhuizen, is de kans kleiner dat academische ziekenhuizen worden geselecteerd als preferred providers.

6. FRANKRIJK⁶

6.1 Inleiding: het Franse gezondheidszorg systeem

Het Franse gezondheidszorgsysteem is gebaseerd op een verplichte sociale verzekering, een belangrijke eigen-bijdrage en een aanvullende verzekering voor de financiële kant en particuliere zorgverzekeraars samen met een belangrijk aantal commerciële zorgverzekeraars aan de voorzieningen kant. Zowel de publieke als de particuliere sector zijn onderworpen aan strenge overheidsreglementering.

Bijna de gehele bevolking (99%) is verzekerd via de verplichte ziekenkostenverzekering. De regeling wordt beheerd door een ziekenfonds (Assurance Maladie de la Sécurité Sociale). De premie voor het ziekenfonds is gerelateerd aan het inkomen en wordt deels betaald door de werkgever en deels door de werknemer, of zelf betaald door onbezoldigden of zelfstandigen.

Afhankelijk van de financiële omstandigheden en de gezondheid, moet de patiënt meebetalen aan de verzekering of aan de kosten; het kan bijvoorbeeld zijn dat patiënten 20% van de kosten voor ziekenhuisopname moeten betalen (Ticket Modérateur). Er zijn onderlinge verzekeringsmaatschappijen die de eigen-bijdrage van de patiënt dekken, alsmede een aantal voorzieningen die niet gedekt worden door de sociale zekerheid. Ongeveer 80% van de Franse bevolking is bijverzekerd bij een "onderlinge" (Mutuelle).

Patiënten kunnen zelf kiezen naar welke huisarts ze gaan en kunnen ook zelf kiezen naar welk ziekenhuis ze gaan, particuliere of algemeen.

6.2 Beschrijving van het ziekenhuis systeem.

50-60% van het nationale budget voor gezondheidszorg wordt besteed aan ziekenhuiszorg. Frankrijk kent verschillende soorten ziekenhuizen: algemene en particuliere ziekenhuizen, met en zonder winstbejag.

Algemene ziekenhuizen zijn een rechtspersoon bestuurd door publiek recht en onderworpen aan verscheidene vormen van toezicht en financieel beheer. Zij moeten voorzien in bepaalde openbare diensten zoals:

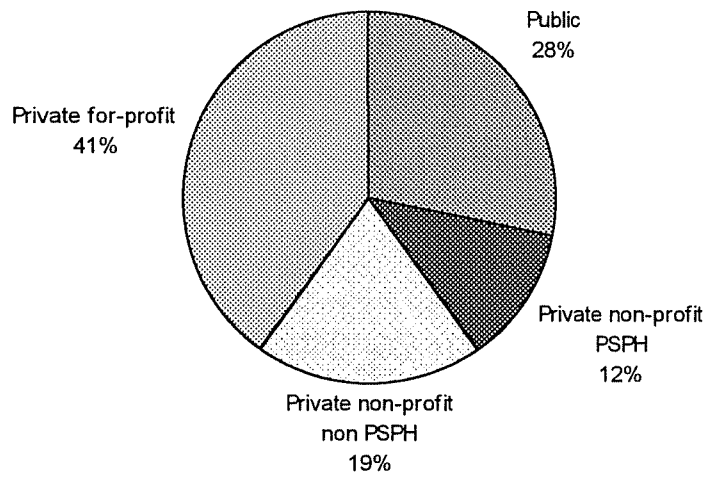
- diagnose stellen, behandelen, en, in het bijzonder, eerstehulp verlenen aan patiënten en diegene die naar hun wordt verwezen, alsmede voorzien in de nodige ziekenhuiszorg.
- bijdragen aan de opleiding van medisch en paramedisch personeel; en
- deelnemen aan medisch en farmaceutisch onderzoek en gezondheidszorgonderwijs.

Een kleine groep particuliere ziekenhuizen (PSPH) zonder winstbejag heeft deelgenomen aan het dienstverleningssysteem van de algemene ziekenhuizen (Participant au Service Public Hospitalier = PSPH) en kon profiteren van de toekenning van gelden uit het overheidsbudget.

In 1990 waren er 1072 openbare instellingen en 2.721 particuliere klinieken (alle categorieën inbegrepen). Het volgende diagram laat de samenstelling van de ziekenhuissector zien.

⁶ Dr. Joe Tabet, INSEAD Fontainebleau

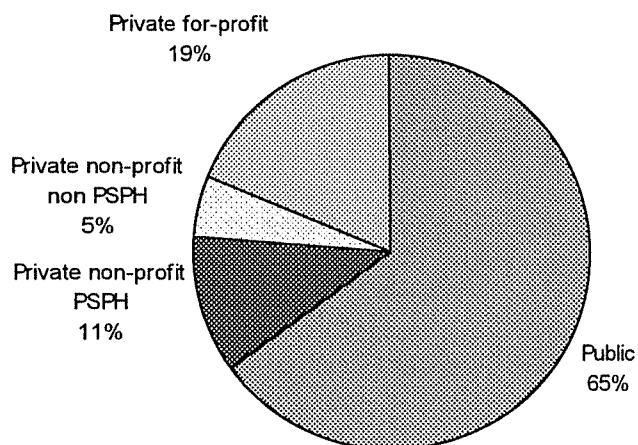
Private/Public share of hospital insitutions (Nb of Hospitals)



PSPH = Participant au Service Public Hospitalier

Overheidsziekenhuizen zijn over het algemeen groot (500-1000 bedden) en goed geoutilleerd. Particulier ziekenhuizen zijn over het algemeen kleiner (50-100 bedden) en gespecialiseerd in facultatieve chirurgie, obstetrie en langdurige zorg. Dientengevolge kan het grootste deel van de bedden gevonden worden in de openbare sector, zoals te zien is in het volgende diagram.

Private/Public share of beds (Nd of beds)



6.2.1. *Funcities*

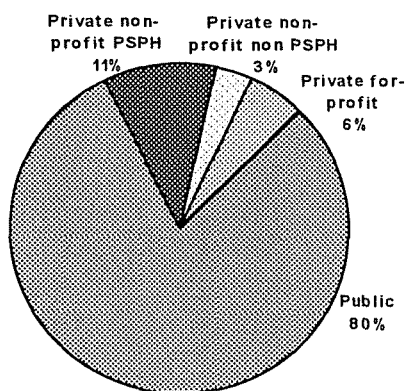
Alle overheids(openbare) ziekenhuizen (en ook de PSPH) zijn verplicht gezondheidszorg te bieden die voldoet aan de eerder beschreven doelen van het gezondheidszorgbeleid. In de meeste grote steden zijn alle ziekenhuizen gelieerd aan medische scholen en zijn dus ook academische ziekenhuizen. Op het platteland zijn de academische ziekenhuizen bekend als CHR (Centre Hospitalier Regional) Regionaal Ziekenhuis Centrum, en zij hebben het grootste deel van het medisch onderwijs op zich genomen.

Er zijn 29 CHR's in Frankrijk die samen in 36% van de nationale ziekenhuiszorg voorzien. Zij bieden onderdak aan het merendeel van de activiteiten op het gebied van medisch onderzoek. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) en de CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique). INSERM en CRNS worden gefinancierd door het Ministerie van Onderzoek en Onderwijs en drukken niet op het budget van de ziekenhuizen. Hun activiteiten beperken zich voornamelijk tot fundamenteel onderzoek. Klinisch onderzoek en/of medisch onderwijs worden echter wel opgenomen in het ziekenhuisbudget.

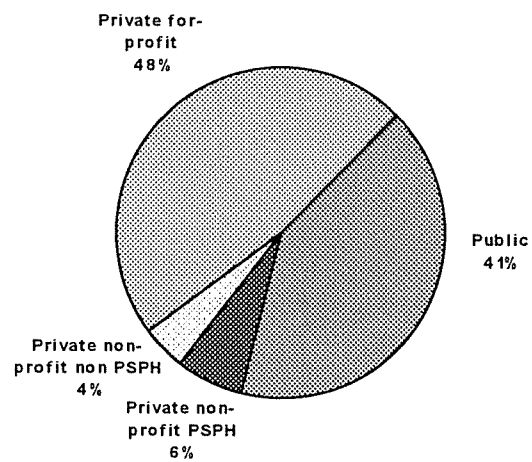
Behalve zoals hierboven beschreven is er in Frankrijk geen verschil tussen algemene en academische ziekenhuizen; van beiden wordt verwacht dat zij dezelfde zorg bieden en wordt geen verschil gemaakt op het gebied van budgettoewijzingen, financierings- of inkomstenstructuur. Daarom zijn er geen statistieken beschikbaar om de activiteiten/funcities van algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen te vergelijken.

De gezondheidszorg die door de diverse categorieën ziekenhuizen wordt geboden is grotendeels afhankelijk van de eigendomsstructuur. De patiëntenpopulatie is duidelijk niet dezelfde in alle ziekenhuizen; alhoewel slechts weinig informatie beschikbaar is over de exacte patiëntenpopulatie per ziekenhuis, is er een duidelijke indicatie dat per ziekenhuis de categorie patiënten verschilt. Als we naar de specialisaties kijken die het grootste deel van de ziekenhuisactiviteiten uitmaken, dan zijn er duidelijke klinische patronen in de verdeling van ziektegevallen. De internisten zijn bijvoorbeeld voornamelijk in de openbare ziekenhuizen te vinden. Chirurgie en verloskunde worden gedeeld tussen de particuliere en de openbare sector. Psychiatrie maakt voornamelijk deel uit van de openbare zorgverlening. De navolgende diagrammen laten de verdeling van verpleegdagen per specialisme zien tussen de particuliere en publieke sectoren.

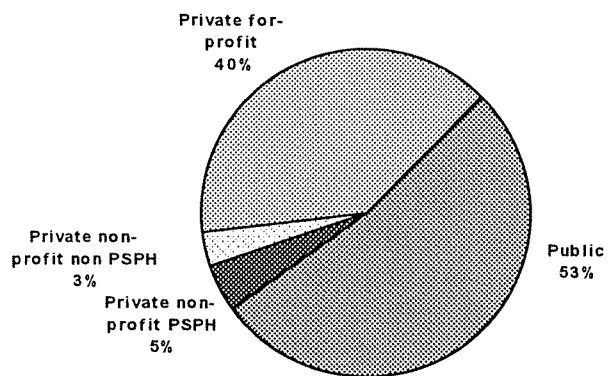
Medicine: Share of Hospital-Days



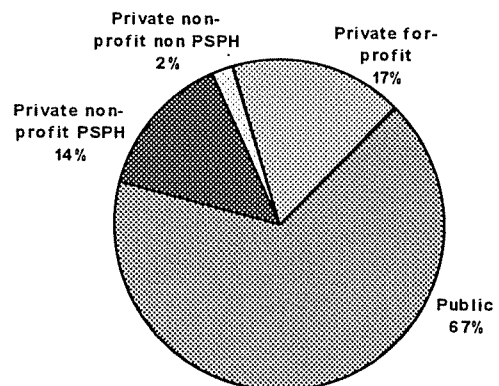
Surgery: Share of Hospital-Days



Obstetrics: Share of Hospital-Days



Psychiatry: Share of Hospital-Days



6.2.2. *Kostenstructuur*

Er is weinig informatie beschikbaar over de kostenstructuur van ziekenhuizen. Een aantal soorten kosten kunnen worden geïdentificeerd voor elke categorie ziekenhuis. Er is een belangrijk verschil tussen publieke en particuliere ziekenhuizen voor wat betreft de honoraria van artsen; in het algemeen geldt de regel dat doktoren die werken in een algemeen ziekenhuis een salaris ontvangen, terwijl artsen in de particuliere sector vrij gevestigd zijn. Het resultaat is dat bij de personele kosten van particuliere ziekenhuizen de artsenhonoraria niet zijn inbegrepen.

Recent is in een aantal openbare ziekenhuizen een nieuw informatiesysteem geïmplementeerd, gebaseerd op het gebruik van beschikbare middelen door verschillende groepen patiënten. Als een indicatie, in termen van kostengroepen voor het ziekenhuis, is gekozen voor de volgende splitsing:

- directe kosten voor de patiënt (bloed, het aanbrengen van prothesen, medicijnen, externe diensten). Deze kosten zijn gemakkelijk te herleiden naar de patiënt.
- kosten van elke afdeling waar de patiënt gebruik van heeft gemaakt. Dit zijn voornamelijk de verpleegkosten. (de kosten van doktoren, verpleegsters en ander personeel, gebruik van materiaal en het onderhoud daarvan, gebruik van de farmacie). Deze kosten zijn niet makkelijk te herleiden naar de patiënt en vertegenwoordigen grote uitgaven.
- kosten van alle medisch-technische afdelingen die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten. (personeelskosten, installaties en materiaalkosten).
- logistieke kosten (was, catering)
- structurele kosten (financiële lasten, afschrijving van gebouwen etc.)

Er is niets in het Franse systeem dat het mogelijk maakt de kostenverdeling te vergelijken met de Nederlandse kostenverdeling.

6.2.3 *Budgetstructuur/vergoedingenstructuur*

In Frankrijk zijn er twee verschillende manieren om ziekenhuizen te financieren. Openbare en PSPH ziekenhuizen werken met een vastgesteld budget. Particuliere en niet-PSPH instellingen krijgen een per diem betaling voor hun diensten; particuliere verpleeg- en bijkomstige diensten worden vergoed op basis van de kosten.

6.2.3.1. *Openbare ziekenhuizen*

Sinds 1984 hebben de openbare en PSPH ziekenhuizen te maken gekregen met een algemeen toekenningssysteem. Volgens dit systeem krijgt elk ziekenhuis ieder jaar een budget om dat deel van de kosten te dekken die worden vergoed door het ziekenfonds. Het Ministerie van Volksgezondheid stelt jaarlijks het budget vast voor elk ziekenhuis op basis van historische gegevens. De toekenning wordt uitbetaald, onafhankelijk van het activiteitsniveau. De bijdrage van de ziekenfondsen wordt berekend pro rata het aantal patiënten dat ingeschreven staat bij elk fonds.

Bovendien brengen de openbare ziekenhuizen ook een dagprijs (tarif journalier d'hospitalisation) in rekening, dat geacht wordt een deel van de variabele kosten te dekken. Dagprijzen worden zodanig vastgesteld dat het totale ziekenhuisbudget is gedekt. In praktijk worden de dagprijzen voor verschillende soorten van diensten vastgesteld door de geschatte totale kosten voor elk soort dienstverlening te delen door de geschatte aantallen verpleegdagen (nadat een aanpassing heeft plaatsgevonden vanwege een over- of onderbesteding in het voorafgaande jaar).

Omdat individuele ziekenhuizen verschillen in budgetniveau en in geschatte aantallen verpleegdagen voor de verschillende soorten dienstverlening, verschillen ook de dagprijzen per ziekenhuis.

Een derde bron van inkomsten wordt gegenereerd door een vergoeding per poliklinisch consult; deze inkomsten zijn niet voor de doktoren maar voor het ziekenhuis.

Aanpassingen zijn mogelijk als het ziekenhuis aan kan tonen dat een significante en onvoorziene verandering heeft plaatsgevonden in de financiële structuur of medische activiteiten, en dat deze hebben geleid tot een substantiële verhoging van de ziekenhuiskosten in het lopende jaar. In zo'n geval is een verhoging van de geautoriseerde inkomsten toegestaan, zodat de hoger-dan-verwachte uitgaven kunnen worden gedekt.

'Eind-van-het-jaar overschotten' op de administratieve rekening van het ziekenhuis, vanwege een efficiëntere kostenbeheersing, worden overgeboekt op een compensatie-reserverings-rekening. Deze reserve kan worden gebruikt om, indien nodig, het deficit van het volgende jaar te dekken of kan worden toegewezen aan de financiering van toekomstige activiteiten of investeringen. Met andere woorden, het overgebleven budget wordt afgetrokken van het budget voor het komende jaar, waardoor het totale ziekenhuisinkomen verminderd.

Sinds de hervormingen in 1991 is een nieuwe regeling geïntroduceerd bij het vaststellen van het ziekenhuisbudget. Het aandeel voor de ziekenhuizen wordt onderworpen aan een inflatie coëfficiënt (taux directeur), die de maximale verhoging van het jaarlijkse budget bepaald. Deze "taux directeur" werd in 1995 bepaald op 4.5%.

Het resultaat van het algemene toekenningsstelsel was een dramatische toename van de variatie in ziekenhuizen, niet alleen in termen van mogelijkheden tot ontwikkeling, maar ook in termen van kostenstructuur. Dit heeft ook bijgedragen tot een vergroting van het verschil tussen de regio's, aangezien de gezondheidszorgvoorzieningen ongelijkmatig zijn verdeeld en niet corresponderen met de gezondheid bevorderende en socio-demografische behoeften.

Met de Juppé-hervormingen zal de PMSI (Programme de Medicalisation du Système d'Information) van toepassing zijn voor alle openbare ziekenhuizen. Het systeem is bedoeld om te voorzien in kosten-indicatoren door middel van DRG op nationale basis. Het zal dan mogelijk zijn de tarieven vast te stellen door middel van DRG, overeenkomstig nationaal gemiddelde kosten. Er zijn tot nu toe nog geen indicaties of er verschil gemaakt zal worden tussen academische en openbare ziekenhuizen.

6.2.3.2. *Particuliere ziekenhuizen*

Particuliere instellingen, met en zonder winstbejag, die niet deelnemen in de algemene ziekenhuissector, werken op basis van beloning naar diensten, alhoewel de vergoedingen normaal gesproken gereguleerd worden door het Ministerie van Volksgezondheid.

Een overeenkomst tussen ziekenhuizen en regionale ziekenfondsen stelt eens per jaar de hoogte van het bedrag vast dat de fondsen zullen vergoeden aan de patiënten. Particuliere ziekenhuizen accepteren een bepaald aantal verplichte diensten (verpleegdagen en ziekenhuisopnamen) aan ziekenfondsen in ruil voor een gegarandeerde vergoeding van het Fonds.

Als particuliere ziekenhuizen een overschot hebben mogen zij dividend uitbetalen aan de aandeelhouders of her-investeren. Als ze verlieslijden, raken de sociale fondsen op generlei wijze betrokken bij de dekking van de tekorten.

De prijzen van particuliere ziekenhuizen zijn gebaseerd op een dagprijs waarin o.a. een bedrag voor hotel-achtige diensten en niet-medisch personeel is opgenomen. Per diem prijzen zijn gebaseerd op een classificatie die een prijs toekent aan de volgende onderdelen:

- medische diensten
- niet medische staf
- technische apparatuur
- hotelfaciliteiten
- een combinatie hiervan

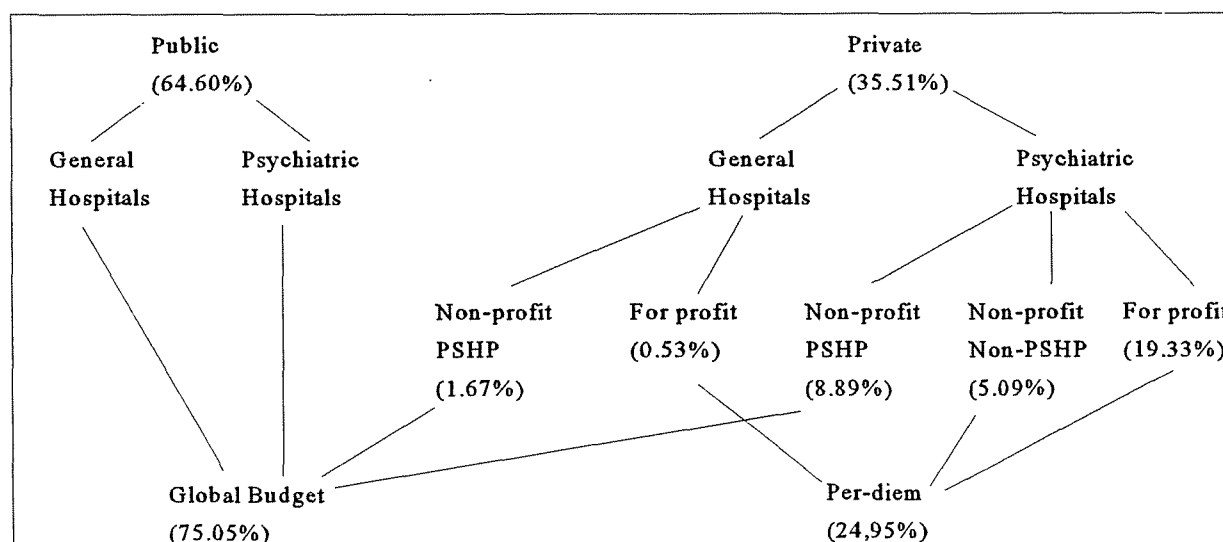
Afhankelijk van het totaal aantal punten, wordt een ziekenhuis geclassificeerd als A,B,C,D, of E. Elk van deze classificaties kent een eigen dagprijs per specialisatie. Op deze manier worden ziekenhuizen duidelijk aangemoedigd te investeren in nieuwe technologie en om specialistisch personeel aan te nemen, zodat zij hun classificatie kunnen verbeteren en zo hogere per diem vergoedingen kunnen berekenen.

Honoraria van artsen worden gewoonlijk direct door de patiënten betaald, die deze kosten weer gedeeltelijk vergoed krijgen van hun ziekenfonds. De diensten van de artsen worden vergoed op basis van een nationale prijslijst, geclassificeerd per categorie of handeling.

Ondanks een aantal maatregelen om de tarieven en het aantal diensten van de particuliere ziekenhuizen te beperken, kan men het algehele volume van medische diensten waarin wordt voorzien door particuliere ziekenhuizen, niet onder controle krijgen. Recent zijn de particuliere ziekenhuizen gevraagd om activiteiten-rapporten te overleggen aan de ziekenfondsen. Ziekenhuisprofielen worden opgesteld om potentieel misbruik te kunnen identificeren. Om dezelfde reden is men begonnen met een regelmatige controle van ziekenhuispraktijken. Praktisch gezien is elke controle van de activiteiten van particuliere ziekenhuizen haast onmogelijk. Er zijn tegenwoordig echter instrumenten die het mogelijk maken de kwaliteit van de zorg te meten door de sterfte/ziekte cijfers af te zetten tegen de patiëntenpopulatie.

Er zijn op het ogenblik geen plannen om een algemene budget toekenning te introduceren in de particuliere sector. In plaats daarvan bestaat een algeheel maximum dat door de ziekenfondsen wordt gesteld aan de uitgaven van de particuliere ziekenhuizen. Dit maximum is ondergeschikt aan een richtlijn met betrekking tot een jaarlijkse verhoging. De richtlijn wordt overeengekomen tussen het Ministerie van Volksgezondheid, de ziekenfondsen en de Associatie van Particuliere Ziekenhuizen.

Samenvatting ziekenhuis-opbrengsten structuur:



6.3. Verwacht doorverwijsgedrag

Er is geen basis in het Franse systeem die het doorverwijs-proces tussen ziekenhuizen formaliseert. De keuzevrijheid gecombineerd met de vrije toegang tot elke zorgaanbieder (ziekenhuizen of specialisten) resulteert in een bijna chaotisch systeem waarin vrijwel iedereen overal naar toe kan gaan. Het systeem is niet gereguleerd en geen enkele maatregel -op medische of financiële grond- geeft structuur aan het systeem.

6.3.1. *Medisch specialisten*

Niet alle medisch specialisten hebben dezelfde houding ten aanzien van het doorverwijzen van patiënten. Afhankelijk van het type ziekenhuis waarin zij werken variëren hun criteria om patiënten te selecteren.

Ten aanzien van de ambulante zorg concurreren medisch specialisten met huisartsen. Medisch specialisten zijn niet selectief ten aanzien van patiënten die ambulante zorg behoeven. Dit is echter geen onderwerp van deze studie.

Voor wat betreft opnamen hebben specialisten die werken in private ziekenhuizen een duidelijke prikkel om die patiënten op te nemen die relatief eenvoudig te behandelen zijn (op een voorspelbare en routine-matige manier) en niet te duur zijn. Wanneer niet aan deze omstandigheden wordt voldaan, zal de patiënt nog vóór opname worden doorverwezen (of eventueel later als de behandeling al is ingezet). Het Franse systeem kan deze “secundaire doorverwijzing” tussen private for profit ziekenhuizen en openbare ziekenhuizen niet verhinderen.

Dit is een prachtig voorbeeld van afroomgedrag in het Franse systeem. Private ziekenhuizen worden met een verrichtingsstelsel (fee for service) betaald voor hun verrichtingen. Zodra complicaties zich voordoen, worden de patiënten overgebracht naar een algemeen of een academisch ziekenhuis voor de complexe behandeling. Hoewel dit in veel gevallen gerechtvaardigd is gezien de kleine schaal van de privé-ziekenhuizen, bestaat de veronderstelling dat het systeem op grote schaal wordt misbruikt. Privé-ziekenhuizen investeren niet in apparatuur voor complexe behandelingen omdat het gewoonweg niet (voldoende) winstgevend is.

6.3.2. *Algemene ziekenhuizen*

Aangezien algemene ziekenhuizen worden bekostigd met een globaal budget dat geen rekening houdt met het activiteiten-niveau, bestaat er de prikkel om patiënten door te verwijzen naar andere medische centra, ongeacht de medische noodzaak.

In de praktijk werkt het echter niet op deze manier. Het is eerder te verwachten dat er een selectie wordt gemaakt enerzijds gebaseerd op “het niveau van wetenschappelijke interesse” van het geval (de medische complexiteit van het ziektebeeld van de patiënt) en anderzijds de niet-medische behoeften (verpleging). Gevallen met een lage wetenschappelijke interessegraad, die veel niet-medische zorg behoeven zijn niet erg welkom.

In een dergelijke situatie is doorverwijzing niet gebaseerd op medisch-inhoudelijke gronden, maar van menselijk gedrag om vervelende (saai) gevallen te verwerpen en de werkdruk te verminderen. Het is in deze omstandigheden moeilijk na te gaan of de medische staf zich bewust is van de financiële gevolgen van deze situatie en of financiële prikkels drijfveren zijn voor het doorverwijzen van patiënten.

6.3.3. *Academische ziekenhuizen*

Academische ziekenhuizen worden niet alleen gezien als topreferentie en onderzoeksinstellingen. In hun zorggebied hebben zij ook de rol van algemeen ziekenhuis. Omdat academische ziekenhuizen direct toegankelijk zijn voor het publiek, hebben zij een grote instroom van patiënten van alle categorieën.

Bij academische ziekenhuizen wordt de grootste patiëntenselectie waargenomen. Bij opname worden patiënten gecontroleerd (door assistent-geneeskundigen in opleiding) op “interessantheid”. De eenvoudigere gevallen worden doorverwezen naar algemene ziekenhuizen of naar privé-klinieken.

Financiële prikkels zijn niet de belangrijkste reden voor deze doorverwijzing “naar beneden”. De reden is eerder gerelateerd aan wetenschappelijke interesse of aan een bepaald specifiek geval.

Een andere factor die belangrijk genoeg is om te op te nemen in het doorverwijsproces is de relatieve capaciteit van het ziekenhuis. Alhoewel de bedden capaciteit van een ziekenhuis groot genoeg kan zijn, kan de capaciteit van de eerste-hulp-post kleiner zijn dan de patiënteninstroom. De beschikbaarheid van medisch personeel is ook relatief: als de specialist tijdens zijn dienst erg druk is (bijvoorbeeld lange uren in de OK), worden patiënten automatisch doorverwezen naar een ander ziekenhuis.

6.3.4. *Zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars in Frankrijk treden slechts op als accountants en hebben absoluut geen interesse in het zorgproces. Maar omdat de sociale verzekering 70% van de verpleegdagkosten vergoed, wordt de overige 30% vergoed door aanvullende verzekeringen (dit deel representeert slechts 1% van het totale ziekenhuisbudget). Voor die patiënten die zich niet aanvullend hebben verzekerd, worden de kosten van verblijf in een privé-ziekenhuis erg duur. Deze patiënten neigen daarom vooral naar de openbare/publieke ziekenhuizen te gaan. Patiënten die geen aanvullende verzekering hebben en die, zonder op de hoogte te zijn van de kosten, naar private ziekenhuizen gaan, worden daar doorverwezen naar algemene ziekenhuizen vanwege financiële redenen.

6.4. Conclusie

Concluderend kunnen we stellen dat het Franse systeem geen financiële prikkels kent om patiënten door te verwijzen naar topreferentie instellingen (“upward referral”). Wanneer doorverwijzing plaats vindt vanwege niet-medische redenen, zijn het voornamelijk andere redenen dan financiële.

Anders dan wat in andere landen wordt waargenomen, lijken de belangrijkste bepalende factoren van de ziekenhuiskosten en de mate van efficiëntie niet direct gerelateerd aan de aard van het ziekenhuis (algemeen of academisch). Er is een interessante studie waarin wordt aangetoond dat regionale onbalans in budgetverdeling de kostenstructuur van ziekenhuizen heeft verstoord. Enkele kleine algemene ziekenhuizen zijn veel duurder dan grote academische ziekenhuizen, omdat zij zeer hoge budgetten verkrijgen tegenover een lage patiëntenstroom.

In zo’n context is het concept van opwaartse doorverwijzing (van algemene naar academische ziekenhuizen) vanwege financiële redenen niet toepasbaar.

7. DUITSLAND⁷

Bijna alle deelstaten (totaal 16) in Duitsland hebben zich voorgenomen de academische ziekenhuizen te hervormen. Naast deze gezamenlijke inspanning is elke deelstaat afzonderlijk bezig de hervormingen op eigen wijze uit te werken. In oktober 1996 heeft de Beierse Commissie voor Universiteits Hervormingen, onder leiding van de voorzitter Prof. Neubauer⁸ een rapport uitgebracht. Een aantal van onderstaande verklaringen zijn gebaseerd op de ervaringen opgedaan gedurende die periode. Inmiddels is ook een federale werkgroep ingesteld waarin Prof. Neubauer zitting heeft. Deze werkgroep bereidt een enquête voor onder academische ziekenhuizen. Deze heeft tot doel de verwijsstromen en de verschillende soorten van verwijsgedrag in kaart te brengen. In het bijzonder of ernstig zieke en/of dure patiënten eerder en frequenter naar academische ziekenhuizen worden verwezen. De eerste resultaten worden verwacht in de zomer van 1997.

Samenvattend, er wordt veel gepraat en er zijn veel emoties rond dit onderwerp, maar slechts een enkel empirisch resultaat.

7.1. De systeembeschrijving

7.1.1. *In welke hoedanigheid onderscheidt een academisch ziekenhuis zich van een algemeen ziekenhuis?*

Duitsland kent een piramidevormig hiërarchisch onderscheidt tussen ziekenhuizen (zie fig. 1). Alle 48 academische ziekenhuizen (AZ) staan aan de top van de piramide. De belangrijkste functies van een academisch ziekenhuis zijn:

- * klinisch onderzoek en ontwikkeling
- * klinisch onderwijs aan studenten
- * top-referentie-functie

In de laatste tien jaar zijn een aantal taken hieraan toegevoegd die echter niet uniek zijn voor een academisch ziekenhuis:

- * opleidingsfunctie voor medisch specialisten
- * praktijk onderwijs voor medische studenten
- * het behandelen van reguliere patiënten
- * topklinische zorg

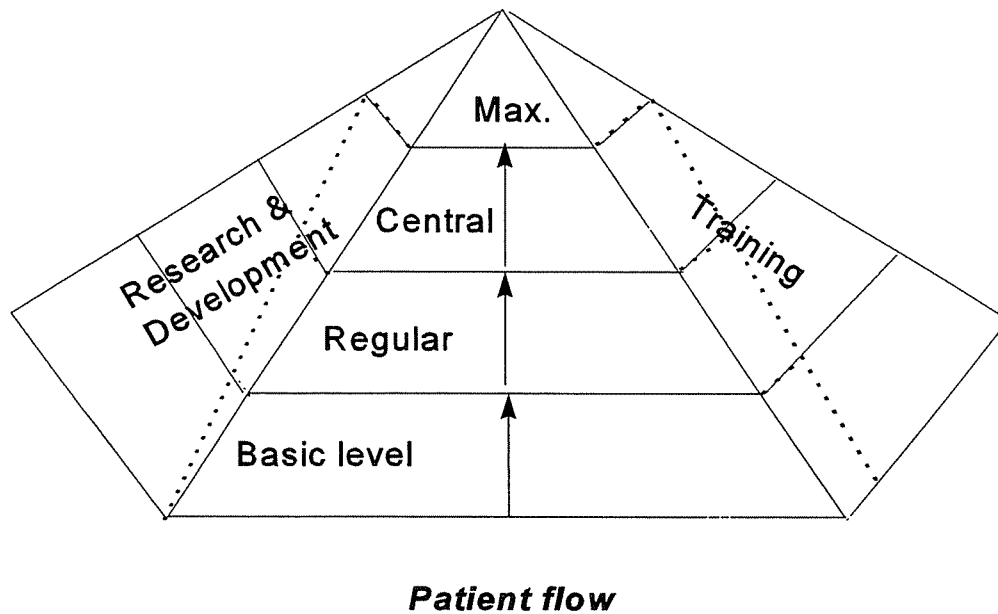
De laatste vier taken worden ook uitgevoerd door:

- * opleidingsziekenhuizen (voornamelijk op centraal of regulier niveau)
- * grote streekziekenhuizen (topklinische zorg en beperkte top-referentie-functie)
- * gespecialiseerde centra (beperkte top-referentie-functie)

Typerend voor academische ziekenhuizen is dat hier alle functies zijn bijeengebracht in één ziekenhuis.

⁷ Günter Neubauer, Prof., Universität der Bundeswehr München
M. Breu, Dipl.-Kfm, Institut of Health Economics Munich

Figuur 1: De hiërarchische structuur van ziekenhuizen in Duitsland.



IFG Institut of health economics

7.1.2. *Kostenstructuur van academische en algemene ziekenhuizen*

Academische ziekenhuizen hebben hogere exploitatiekosten als gevolg van hun taak op het gebied van onderzoek, ontwikkeling en onderwijs. De kosten hiervan worden geschat op 20% van het totaal. Andere kosten zijn op hetzelfde niveau als de kosten van een vergelijkbaar algemeen ziekenhuizen.

Tabel 2 München en omstreken (1995)

	UH 1	UH 2	UH 3	Municipal H.
per diem rate	DM 580,--	DM 580,--	DM 574,--	DM 515,--

Academische ziekenhuizen krijgen voor poliklinische verrichtingen eenzelfde vergoeding als een vrijgevestigde arts minus 20%. De 20% reductie is vanwege de onderzoeks- en onderwijsstaak en deze wordt betaald uit belastinginkomsten. Ook hier is het uitgangspunt dat de academische ziekenhuizen dezelfde kosten hebben met betrekking tot de behandeling van reguliere patiënten.

Tabel 3 De relatie tussen taken en kosten (geschatte)

kosten/taken	<i>algemene ziekenhuizen</i>	<i>academische ziekenhuizen</i>
behandeling reguliere patiënten	50 %	5 %
topklin.zorg/top-referentie-functie	30%	50%
opleiding medische specialisten	5%	10%
infrastructureel	10%	15%
onderwijs en onderzoek	5%	20%
Totaal	100%	100%

In de kostenstructuur van de behandeling van reguliere patiënten en de topklinische zorg kunnen over het algemeen de volgende soorten kosten worden geïdentificeerd (zie ook bijlage 1.):

- * personele kosten (ongeveer 70% van de exploitatiekosten)
- * materiële kosten (ongeveer 30% van de exploitatiekosten)
- * kapitaallasten

De personele kosten bestaan uit:

- * verplegend personeel (36%)
- * artsen en medisch specialisten (20%)
- * medisch technische personeel (20%)
- * administratief personeel (13%)
- * anderen (11%)

7.1.3. *Verschillen in budgetstructuur*

De budgetstructuur van academische ziekenhuizen is gelijk aan die van algemene ziekenhuizen met betrekking tot de exploitatiekosten. De uitzondering wordt gevormd door kosten op het gebied van onderzoek, ontwikkeling en onderwijs.

De budgetstructuur is opgebouwd uit de volgende elementen:

1. verplichte ziekenfondsverzekering
2. deel van het budget voor onderzoek, ontwikkeling en onderwijs (inclusief poliklinieken)
3. kapitaallasten

Ten eerste wordt het deel met betrekking tot de klinische patiënt gefinancierd door de ziektekostenverzekering. Hieraan wordt 20% (van dit budget, dit zijn belastinggelden), toegevoegd voor onderzoek, ontwikkeling en onderwijs. Verder worden er fondsen beschikbaar gesteld voor investeringen in gebouwen en installaties. Voor academische ziekenhuizen wordt 50% procent hiervan betaald door de federale regering en 50% door een deelstaat. De kapitaalinvesteringen voor algemene ziekenhuizen worden alleen door de deelstaten gefinancierd.

7.1.4. vergoedingensysteem

De vergoedingensystematiek correspondeert met de budgetstructuur.

7.1.4.1. Aandeel klinische patiënten aan budget

Dit deel is voor zowel academische als algemene ziekenhuizen gelijk. De wettelijke basis hiervoor is de Bundes-pflegesatzverordnung 1995. Dit houdt in een prestatie-gebonden vergoedingensysteem. Sinds 1996 vereist het financieringssysteem van de exploitatiekosten dat speciale tarieven worden vastgesteld voor alle ziekenhuizen en alle afdelingen.

De vergoeding wordt vastgesteld op basis van speciale dagtarieven, lump sum per patiënt en lump sum per chirurgische ingreep. Hoewel de hoogte van de lump sum in alle deelstaten gelijk is, zijn de verpleegdagtarieven gebaseerd op de kostenstructuur van de ziekenhuizen en verschillen daarom van ziekenhuis tot ziekenhuis. Het verpleegdagtarief dat werd gehanteerd tot 1995 is vervangen door een tarief per verpleegdag voor artsen en verpleegkundig personeel en een basistarief voor niet-medische kosten zoals huishoudelijke zaken en voeding.

Sinds 1996 zijn in het meer prestatie gebonden vergoedingensysteem 104 speciale honoraria opgenomen (Sonderentgelte) en 70 lump sums per patiënt (Fallpauschalen). Een belangrijk element van dit nieuwe financieringssysteem is hoe de verschillende onderdelen van de vergoeding worden gebundeld. Feitelijk is het zo dat de verwachte opbrengsten van lump sums per patiënt en speciale lump sums per chirurgische ingreep afgetrokken worden van het door het ziekenhuis beheerde budget. Het budgetdeel dat overblijft wordt dan verdeeld over het resterende aantal verpleegdagen, verschillend per afdeling.

Tabel 4. Verpleegdagtarieven van algemene en academische ziekenhuizen voor speciale verrichtingen (1995)

	UH 1	UH 2	UH 3	Municipal H.
• dagtarief voor dialyse	DM 717,--	DM 717,--	DM 711,--	DM 609,--
• dagtarief voor HIV behandeling	DM 1283,--	DM 1283,--	DM 1277,--	DM 1193,--
• dagtarief voor neonatalogie	DM 1174,--	DM 1174,--	DM 1168,--	DM 1266,--

7.1.4.2. Aandeel onderzoek, ontwikkeling en onderwijs aan budget

Dit budget-onderdeel bestaat alleen voor academische ziekenhuizen en is zo hoog als nodig. Gemiddeld genomen zal het voor alle academische ziekenhuizen niet meer zijn dan 30 procent.

7.1.4.3. Kapitaallasten

Om fondsen te verwerven voor het doen van kapitaalinvesteringen moeten de academische ziekenhuizen een aanvraagformulier invullen zodat ze kunnen deelnemen aan de toewijspprocedure van de federale- en deelstaatregering die het geld verdelen.

De algemene ziekenhuizen krijgen een jaarlijks bedrag per bed, dat de korte-termijn investeringen moet dekken (1-3 jaar). Voor lange-termijn investeringen moeten de ziekenhuizen een aanvraag doen bij het federale ministerie van gezondheid. (Landesministerium).

7.2. Hypotheses met betrekking tot het gedrag van algemene ziekenhuizen

Er wordt verschillend gereageerd op de incentives van het nieuwe vergoedingensysteem.

Sinds 1993, tengevolge van het inkomensafhankelijke beleid van de ziekenfondsen, zijn er vaste budgetten. Deze zijn gebaseerd op de ziekenhuisbudgetten van 1992 met een verhoging van het budget- limiet ten gevolge van inkomensgroei van het ziekenfonds. Ten gevolge daarvan is er een tragere groei van budget vergeleken bij de kosten en aantallen patiënten. Algemene ziekenhuizen kunnen hun economische positie verbeteren door sneller de gecompliceerde en ernstig zieke patiënten door te verwijzen. Dit zijn gewoonlijk ook de dure patiënten. Academische ziekenhuizen hebben niet de mogelijkheid door te verwijzen, aangezien zij aan de top van de piramide staan.

Er is een veronderstelde doorstroom van patiënten naar de, in de piramide, hoger gelegen ziekenhuizen; daarom krijgen ook de algemene ziekenhuizen de ernstige patiënten van ziekenhuizen die zich onderaan de piramide bevinden. Deze doorstroom zal altijd kostenverhogend werken voor de ziekenhuizen die deze patiënten ontvangen.

Samenvattend, zijn er vier thesen:

- i. Er bestaat een patiëntenstroom van 'lagere' ziekenhuizen naar 'hogere' ziekenhuizen. Dit verwijsgedrag kan worden uitgelegd door financiële motieven, gebrek aan kennis en faciliteiten in 'lagere' ziekenhuizen. Vergelijkbaar met het Nederlandse systeem, is het gevolg van dit gedrag een verlies aan status en prestige.
- ii. De academische ziekenhuizen aan de top van de piramide kunnen niet doorverwijzen. De lijst met ernstig zieke patiënten in de academische ziekenhuizen wordt steeds langer.
- iii. Deze academische ziekenhuizen zijn ook geïnteresseerd in minder dure patiënten als er een adequate vergoeding tegenover zou staan; oftewel het vergoedingensysteem zou moeten worden gerelateerd aan het verschil in behandeling welke de patiënt nodig heeft.
- iv. Het patiënt-selectie proces in een DRG-systeem is duidelijk gemarkeerd in vergelijking tot een budgetair gebaseerd systeem. (zie bijlage, figuur 1).

Tabel 5: Het belang van verwijs-criteria, gezichtspunt leverancier

verleden tot heden
<i>A. financiële criteria</i> *motief in het ziekenhuis budgetsysteem * motief in kostenstructuur van het ziekenhuis * motief in het budgetsysteem van de medische specialist * verrekening van verwijskosten tussen ziekenhuizen * verrekening van verwijskosten tussen doctoren
<i>B. medische criteria</i> *gebrek aan kennis * gebrek aan faciliteiten * gebrek aan ervaring * samenwerking van ziekenhuizen

7.3. Verwachtingen

Zoals eerder genoemd is er in Duitsland een werkgroep ingesteld die zich bezig houdt met de geplande hervormingen van de 48 academische ziekenhuizen. Het belangrijkste doel is niet alleen de herstructurering van het financiële structuur maar ook de hervorming van de organisatorische structuur van de academische ziekenhuizen (zie app. 4). De werkgroep is daarom doende een enquête op te stellen die de medische en financiële structuren van de academische ziekenhuizen en de verschillende soorten van verwijsgedrag in de Duitse gezondheidszorg moet achterhalen.

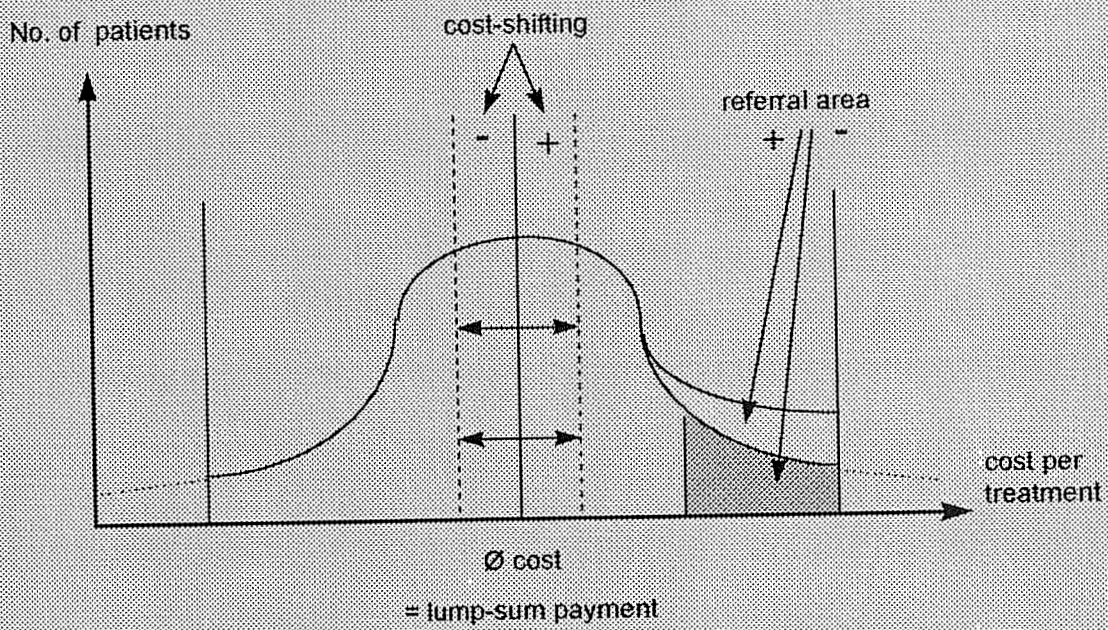
De enquête behelst o.a. de volgende indicaties:

- 1) IC patiënten in relatie tot alle patiënten
- 2) IC dagen per patiënt
- 3) Aantallen verwijzingen per 100 patiënten
- 4) Verzorgingsgebied van academisch ziekenhuis
- 5) Intensiteit van verpleegkundige hulp
- 6) Patiënten met meer risico per 100 patiënten
- 7) Aantallen patiënten voor selectieve (dure) behandeling

De resultaten worden verwacht in de herfst van 1997.

Appendix 1.

Figure 1: Cost-shifting by referrals

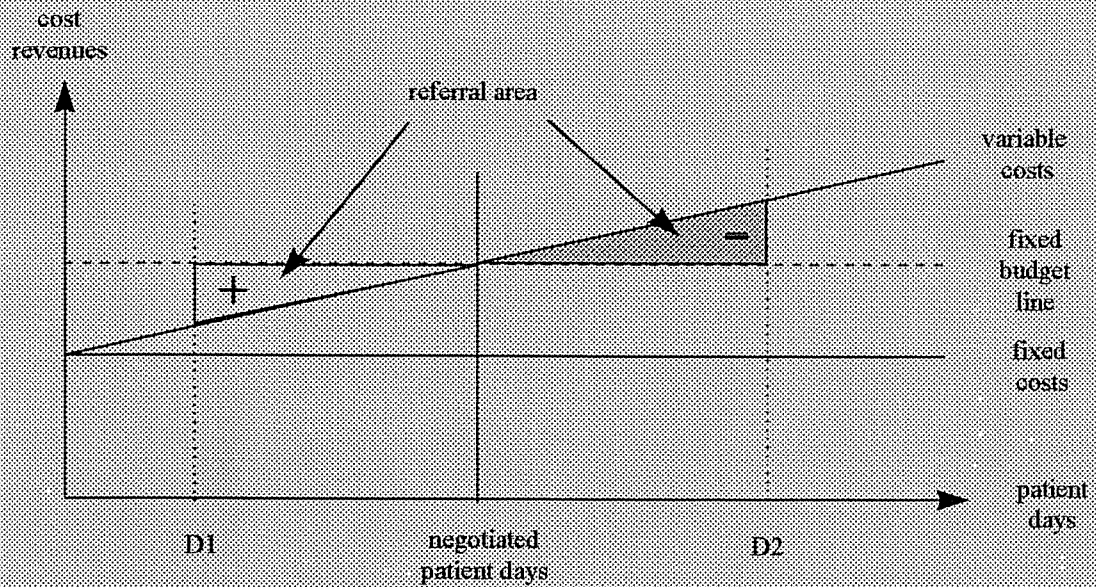


IFG 2/97
COSTSHI.PPT

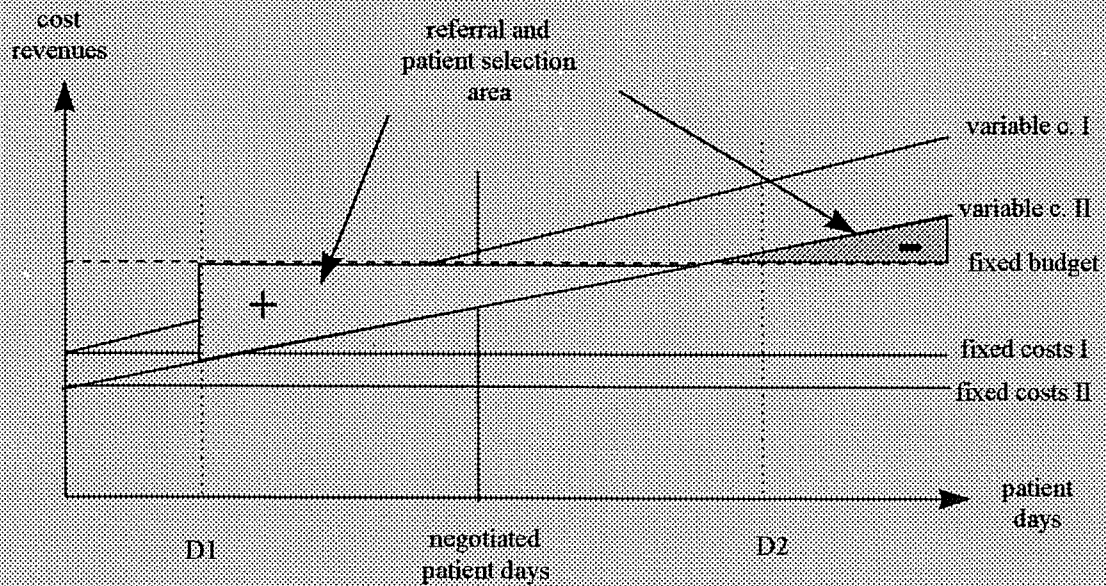
Appendix 2

Referral Incentives in a fixed budgeting system

Situation 1: patient-shifting by referral (reduction of admission)



Situation 2: cost-shifting by referral and patient selection



IfG Institut for health economics

8. GROOT BRITTANNIË⁹

8.1.1. *De interne NHS markt*

De Britse National Health Service (NHS = Nationale GezondheidszorgDienst) voorziet in het grootste deel (93%) van de Britse gezondheidszorg. Het is een overheidsorganisatie die 1/6 van het nationale budget voor z'n rekening neemt en 5.9% van het Bruto Nationaal Produkt (GDP = Gross Domestic Produkt). De NHS stelt zich tot doel een alomvattende gezondheidszorg te bieden aan de bevolking van Groot Brittannië. Vanaf het begin in 1948 zijn belastinggelden de belangrijkste bron van inkomsten voor de NHS (95%).

De NHS wordt gezien als nationale dienstverlening en ressorteert onder de directe verantwoordelijkheid van de nationale regering. Het nationale ministerie van gezondheidszorg delegeert de verantwoordelijkheid aan het dagelijks bestuur van de NHS. Op haar beurt delegeert zij het lokale bestuur aan ongeveer 100 lokale gezondheidszorginstanties. Deze bestuurlijke instanties zijn verantwoordelijk voor een geografisch gebied met ongeveer 450.000 inwoners. Sinds april 1996 zijn zij belast met de organisatie van zowel eerstelijns- als secundaire zorg in hun regio.

De eerstelijnszorg wordt voornamelijk gefinancierd op basis van de gegevens over bestaande uitgave patronen, maar wordt hier niet nader besproken. We richten ons hier op de uitgaven voor ziekenhuizen en lokale zorgverlening (HCHS = Hospital and Community Health Service) die 75% van het NHS-budget besteden. Het dagelijks bestuur van de NHS bepaalt elk jaar eerst het nationale budget voor de HCHS. Dit wordt vervolgens verdeeld over de lokale gezondheidszorg instanties op basis van een complexe formule, die rekening houdt met leeftijdsopbouw, behoefte aan gezondheidszorg en de kosten van de gezondheidszorg in iedere regio.

Gezondheidszorginstanties gebruiken hun budget om zorg in te kopen van een reeks zorgaanbieders, beter bekend als NHS Trusts. Deze Trusts maken deel uit van de NHS, maar hebben een eigen bestuur. De Trusts zijn in een concurrentieslag om de contracten met een verscheidenheid aan zorginkopers, op de 'interne NHS-markt'.

Met uitzondering van noodgevallen, moeten patiënten een verwijfsbrief hebben van een huisarts die dienst doet als "poortwachter" voor ziekenhuizen en lokale zorgverleners. De zorginstantie steunt op de lokale huisartsen, van wie wordt verwacht dat zij het budget binnen de perken houden. Het totale budget is vast. Als er een aanwijzing is dat er bovenmatig veel gebruikt wordt gemaakt van verwijfsingen, dan wordt een rantsoenering ingesteld in de vorm van wachtlijsten voor niet-noodzakelijke handelingen, en - in extreme gevallen - volgt een weigering bepaalde handelingen uit te voeren.

De gezondheidszorgbesturen delegeren een deel van hun HCHS-budget aan huisartsen, die er voor hebben gekozen om fondsenbeheerder ("fundholder") te worden. In het algemeen betekent dit dat 60% van de totale bevolking patiënt is bij huisartsen/fondsenbeheerders. De fondsenbeheerder's praktijk moet veel van de meer routinematige ziekenhuishandelingen inkopen; handelingen opgenomen in het vaste budget dat toegewezen wordt door de gezondheidszorginstanties. Dat doen ze door op te treden als inkoper op de interne markt en door aparte contracten te onderhandelen met NHS Trusts. In principe is het idee dat de kosten die in rekening worden gebracht door de leveranciers (Trusts) overeenkomen met de volledige (gemiddeld) kosten.

De contracten tussen inkopers en zorgaanbieders worden jaarlijks onderhandeld en kunnen worden onderverdeeld in 3 soorten contracten: een "blok" contract, waarin de leverancier op zich neemt alle patiënten die onder de termen van het contract vallen, te behandelen tegen een vastgestelde prijs;

⁹ Peter Smith, University of York, York

een "vergoeding per handeling" contract, wat inhoudt dat voor iedere nieuwe patiënt de volledige kosten worden vergoed; en een "kosten en hoeveelheid" contract, wat inhoudt dat de zorgaanbieder een vastgesteld bedrag ontvangt en daaraan toegevoegd ontvangt zij een oplopend bedrag voor alle verwijzingen boven een bepaald minimum.

Hieraan is toegevoegd dat huisartsen hun patiënten mogen verwijzen naar een ziekenhuis waarmee ze geen contract hebben afgesloten, gebruik makend van de zogenaamde niet-contractuele verwijzingen. Deze worden vergoed op basis van kosten per geval.

8.1.2. *Universiteiten*

Medisch onderwijs wordt op een bepaald aantal universiteiten gegeven, gefinancierd door het Ministerie van Onderwijs en Werkgelegenheid van de nationale regering (Griffith en Zimmer, 1996). De belangrijkste interactie tussen de universiteiten en de NHS is het onderwijs aan medische en tandheelkundige studenten, hetgeen extra kosten voor de NHS met zich meebrengt. Dit onderwijs vindt plaats op uiteenlopende plaatsen (ook bij eerstelijnszorg). Toch is in Engeland het merendeel van het onderwijs geconcentreerd in zo'n 60 onderwijs-ziekenhuizen, die, vanwege historische redenen, zijn geconcentreerd in centraal Londen. Deze situatie veroorzaakt ernstige problemen bij de planning van ziekenhuiszorg in en rond Londen. Ongeveer 1/3 van alle medische studenten en meer dan 50% van de fondsen voor onderzoek zijn geconcentreerd in Londen. (Tomlinson, 1992). Verder heeft het 'Londen-effect' altijd de econometrische analyse van de steeds stijgende kosten van onderwijs bemoeilijkt, omdat ziekenhuiskosten in het centrum van Londen altijd 40% hoger worden ingeschat dan het nationale gemiddelde.

Sinds 1977 heeft de NHS additionele gelden ter beschikking gesteld aan onderwijs-ziekenhuizen als erkenning van het feit dat zij extra kosten hebben die aan het onderwijs zijn gerelateerd. Deze vergoedingen werden bekend als de Service Increment for Teaching (=SIFT = periodieke vergoeding voor bijdrage aan het onderwijs). Bevan (1987) schreef hierover een gedetailleerde historie. In 1990 werd SIFT de Service Increment for Teaching and Research (SIFTR), als erkenning dat ook extra kosten verbonden zijn aan onderzoek. Echter, vanaf 1996 worden onderzoek en ontwikkeling gefinancierd vanuit aparte fondsen, zodat het onderwijsfonds weer opnieuw SIFT is geworden.

Het NHS bestuur (1995a) is van mening dat SIFT twee zeer algemene doelen dient:

- a) het ondersteunen van medisch onderwijs aan studenten
- b) zorgen dat de competitie voor contracten op de interne markt zich afspeelt op een gelijkwaardig speelterrein

Het eerste punt weerspiegelt de wens van de NHS verzekerd te zijn van een gestage stroom van goed opgeleide doktoren. Het tweede punt erkent dat de financiering van universiteiten de interne markt van de NHS kan verstoren en dat daarom enige correctieve maatregelen nodig kunnen zijn.

SIFT wordt gefinancierd door "top-slicing" van het totale NHS-budget. De omvang van het nationale SIFT-fonds wordt vastgesteld op basis van (verouderde) econometrische analyses en deels op basis van schattingen. Het NHS bestuur gaat contracten aan met onderwijs Trusts (fondsen) waarin criteria zijn vastgelegd m.b.t. de te verlenen diensten, kwaliteit en de hoogte van de vergoeding hiervoor (NHS bestuur 1995b). Historisch gezien werden de SIFT vergoedingen aan gezondheidszorg instanties uitgekeerd op basis van het aantal studenten. De recente hervormingen voorzien echter in een verandering van de vergoeding aan de Trusts, gebaseerd op een schatting van de werkelijke additionele kosten vanwege de onderwijstaak. (NHS Executive, 1995c). In principe zal in de toekomst een breed scala aan diensten op het gebied van de gezondheidszorg (b.v. eerstelijnszorg) worden betrokken in het onderwijs van medische studenten.

Een aantal universitaire docenten bieden behandelingen aan patiënten en een aantal NHS werknemers werken mee in onderwijsactiviteiten. Het is daarom erg moeilijk om de kosten van onderwijs los te maken van de kosten van behandeling en noch de universiteit, noch de NHS hebben in het verleden daarvoor moeite gedaan. In plaats daarvan hebben de twee partijen gewerkt met een "dit voor dat" overeenkomst, waarin werd uitgegaan van het idee dat beide partijen een eerlijk deel betaalden, alhoewel een gedetailleerde boekhouding niet beschikbaar was. De nieuwe overeenkomst vereist dat de "werkelijke" additionele onderwijskosten voor de NHS moeten worden gespecificeerd en zo als uitgangspunt kunnen dienen voor de berekening van de compensatie. Vele critici zijn sceptisch over het resultaat van deze exercitie in boekhouden (Perrin, 1987)

In de NHS verloopt vanaf 1996 de financiering van onderzoek en ontwikkeling anders dan die van onderwijs, geheel in lijn met de aanbevelingen van het Culyer Report (NHS Research and Development Task Force, 1994). Dit wordt ook gefinancierd uit het totale budget dat wordt toegekend aan de TVHS door de nationale regering. Het is de bedoeling deze O&O fondsen door het NHS-bestuur voor O&O zaken, zullen worden gedistribueerd naar NHS Trusts op basis van concurrerende offertes.

De omvang van de SIFT toekenningen aan regionale gezondheidszorginstanties is gebaseerd op een analyse uit 1988 van de gemiddelde additionele kosten per medische student in onderwijs-ziekenhuizen, na een ruwe bijstelling voor een mix aan specialisaties.

Een verscheidenheid aan methoden is door de regionale gezondheidszorg instanties gehanteerd bij de verdeling van de SIFT gelden onder ziekenhuizen. In 1997/98 is het totale NHS budget voor HCHS in Engeland vastgesteld op 24.367 miljoen pond sterling. Het SIFT aandeel in dit budget bedraagt 424 miljoen pond sterling (1.7%) (NHS Executive, 1996). Een grondige herziening van de omvang van SIFT, gebaseerd op gedetailleerde ramingen, is voorzien voor het jaar 2001/2001.

8.1.3. Ziekenhuisfinanciering

kostenstructuur

Het doel van dit rapport is na te gaan in hoeverre het financieringssysteem voor medisch onderwijs het verwijsgedrag naar academische ziekenhuis beïnvloed. Er zijn weinig recent gepubliceerde gegevens over de invloed van onderwijsactiviteiten op de ziekenhuiskosten.

De analyse waarop SIFTR was gebaseerd identificeert 60 onderwijs-ziekenhuizen (van in het totaal 258 grote ziekenhuizen). Na een globale bijstelling voor het soort specialisatie, kwam men tot de conclusie dat onderwijs-ziekenhuizen gemiddeld 120 pond sterling per patiënt meer-kosten hebben (17%) boven het gebudgetteerde bedrag van 710 pond sterling gebaseerd op 1984/85 prijzen (Foote et al, 1988). Deze bevindingen waren de basis voor de SIFTR berekeningen. Het is niet bekend of de additionele kosten worden veroorzaakt door:

- moeilijker gevallen
- betere kwaliteit zorg
- onderwijs en/of onderzoek activiteiten, of
- inefficiëntie

Werk in Schotland bevestigt over het algemeen de Engelse uitkomsten.

Clack et al (1992) doen verslag van een gedetailleerd model voor de toekenning van SIFTR gelden aan ziekenhuizen dat is gebaseerd op: de hoeveelheid en concentratie van onderwijs-activiteiten; de omvang van niet-commercieel gefinancierde onderzoeksactiviteiten; de hogere infrastructurele kosten van onderwijs en onderzoek; en de toegenomen complexiteit van ziektegevallen geassocieerd met onderwijs-activiteiten.

Dit model is in overeenstemming met de algemeen aanvaarde principes met betrekking tot de kostenstructuur van onderwijsziekenhuizen. Toch lijdt dit model onder een gebrek aan empirisch bewijs, en heeft heroïsche veronderstellingen nodig met betrekking tot de prijsberekening. Bijvoorbeeld, de financiën van SIFTR zijn arbitrair verdeeld in een ratio van 75:25 tussen onderwijs en onderzoek. Het ziet er naar uit dat er geen overtuigend bewijs bestaat voor de omvang van verantwoorde extra kosten in relatie tot onderwijs.

Tabel 1 % kosten - % sterftecijfer in onderwijs (T) en niet-onderwijs (N-T) ziekenhuizen in Engeland. 1995b (bron HKS, 1996a en 1996b).

Healthcare Resource Group	No of cases	T or NT	Cost percentiles (£)			Mortality %
			25%	50%	75%	
Pacemaker implant	8678	T	1600	1700	2500	2.29
		NT	875	1050	1500	8.34
AMI w/o cardiovascular complications	35724	T	875	1125	1375	12.98
		NT	800	1050	1300	13.98
Hip & other joint replacement (excluding knee)	15650	T	3500	4550	4950	1.22
		NT	3150	3425	3800	0.88
Neck of femur fracture age 70+	24921	T	2725	3875	4950	10.65
		NT	2725	3325	4050	10.15
Admit for renal dialysis	112530	T	425	825	1350	
		NT	375	575	650	
Caesarian section	40002	T	650	900	2575	
		NT	1025	1350	1675	

Tabel 1 geeft een indicatie van de onduidelijke gegevens die bestaan over de kosten van onderwijsziekenhuizen. De gegevens met betrekking tot zes verschillende gezondheidszorg-middelen-groepen (HRG's) worden getoond, de UK equivalent van DRG's. De tabel laat zien dat de top 25% van de kosten altijd hoger is in onderwijs-ziekenhuizen. Voor een aantal HRG's (zoals bv. een pacemaker-implantatie) zijn onderwijsziekenhuizen duurder maar vertonen de sterftecijfers een betere uitkomst. Voor andere HRG's (zoals een nek- of dijbeenfractuur) vertonen de onderwijs-ziekenhuizen hogere kosten maar is er geen waarneembaar verschil in uitkomst. Voor anderen (zoals AMI) is er geen groot verschil tussen de kosten en uitkomsten in de twee sectoren.

Vele mensen hebben opgemerkt dat de SIFT vroeger waarschijnlijk overmatig genereus is geweest voor onderwijs-ziekenhuizen. (Bevan 1987). Voor de komst van de interne markt in 1991, werd deze stand van zaken getolereerd door zowel de onderwijs-ziekenhuizen als niet-onderwijs-ziekenhuizen. Van onderwijsregio's kon men niet verwachten dat zij een voor hen voordelig systeem zouden aanvalen, en de bedragen voor de niet-onderwijs regio's waren klein.

Als SIFT te groot is, dan zullen onderwijs-ziekenhuizen een oneerlijk voordeel hebben ten opzichte van de niet-onderwijs-ziekenhuizen die concurreren op die interne markt; en omgekeerd, als de compensatie niet hoog genoeg is, worden de onderwijs-ziekenhuizen benadeeld.

Een gewijzigde politiek aangaande SIFT en O&O zal een gedetailleerde prijsstelling vragen die mogelijk nauwkeuriger oorzaken van hogere kosten, veroorzaakt door onderwijs en onderzoek, zal onthullen.

NHS Richtlijn HSG 95/60 geeft bijzonderheden over de aanbevolen prijsstellingsmethodiek. Het verdeelt de kosten in twee globale categorieën: klinische plaatsingscontracten (variabele kosten die direct afhankelijk zijn van de aanwezigheid van studenten) en faciliteiten (vaste kosten verbonden aan het instand houden van een onderwijscapaciteit).

Ziekenhuisbudgetten

Op de interne markt worden ziekenhuisbudgetten vastgesteld aan de hand van contracten die zijn onderhandeld met verschillende leveranciers. Een groot ziekenhuis heeft waarschijnlijk een aantal verschillende contracten, variërend van grote allesomvattende contracten met de regionale gezondheidszorginstanties, die de vaste kosten dekken, tot kleinere, 'kosten per geval'-contracten met huisarts/budgethouders, die slechts een marginale bijdrage leveren aan de additionele kosten. Tegenwoordig kunnen de inkomsten van SIFT en O&O gezien worden als een lump sum bijdrage aan de vaste ziekenhuiskosten. Het ziet er naar uit dat in de toekomst deze bronnen van inkomsten afhankelijk worden van klinische activiteiten.

De manier waarop deze overeenkomsten zijn vertaald in budgetten is afhankelijk van de aannames die het ziekenhuismanagement maakt t.a.v. het waarschijnlijke aantal opnames. Er kan daarom maar weinig worden geleerd van een bestudering van de budgetstructuur van ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk, aangezien deze sterk wordt beïnvloed door lokale management praktijken.

Inkomstenstructuur

Inkomsten worden toegewezen aan de ziekenhuizen op grond van de werkelijke patiëntenstroom en de soort overeengekomen contracten.

Verwijsgedrag

Recent beleid van het NHS-bestuur is gebaseerd op de veronderstelling dat de additionele kosten die verband houden met medische onderwijs en onderzoek kunnen worden geïdentificeerd. Nauwkeurige prijsstellingen van dit soort zijn nodig zodat de NHS interne markt gelijkwaardige situaties kan scheppen waarin concurrentie, in relatie tot de contracten voor medische zorg, mogelijk is. De additionele kosten voor O&O bestaan waarschijnlijk uit een lump sum element (niet gerelateerd aan activiteiten) en een variabele element (mogelijk afhankelijk van aantallen patiënten). De eerst genoemde geeft de kosten weer van de infrastructuur, de laatstgenoemde de kosten van behandeling (die natuurlijk negatief kunnen zijn als studenten een werkelijk marginaal produkt leveren).

Vanuit het gezichtspunt van de zorginkoper, hebben grote onderwijs-ziekenhuizen drie belangrijke karakteristieken die hen onderscheiden van andere ziekenhuizen;

- een verscheidenheid aan specialisaties die meestal niet beschikbaar zijn in andere ziekenhuizen.
- een kwaliteit van dienstverlening die verschilt van de ervaringen met andere ziekenhuizen.
- kostenstructuren die verschillen van andere ziekenhuizen.

Specialistische dienstverlening wordt niet alleen verleend in onderwijsziekenhuizen. Toch worden ze over het algemeen daar samengebracht. De niet-onderwijs ziekenhuizen hebben de mogelijkheid de moeilijkste ziektegevallen over te dragen aan de onderwijs-ziekenhuizen.

Het is vrijwel zeker dat dit gebeurt als een huisarts een **nieuwe** patiënt verwijst onder een allesomvattend contract. De niet-onderwijs-ziekenhuizen ontvangen geen additioneel inkomen voor zulke patiënten. Ze hebben daarom een motief om te stellen dat de behandeling van de patiënt buiten hun competentie valt, en dat het aan te raden is de patiënt naar een onderwijs-ziekenhuis door te verwijzen. Er is geen bewijs dat dit op grote schaal gebeurt.

Er is daarentegen wel bewijs voorhanden (zie bovenstaande) dat onderwijsziekenhuizen een betere kwaliteit zorg verlenen. Als inkopers merken dat dit het geval is, dan zijn zij mogelijk bereid hogere contractprijzen te betalen dan een onderwijsziekenhuis dan elders. Dus, een bij-product van de O&O activiteiten is dat de onderwijsziekenhuizen een concurrerend voordeel hebben op de markt, zelfs al zouden hun SIFT en O&O bijdragen gebaseerd zijn op een correcte verrekening van de kosten. Het doel van deze oefening is nieuwe prijsstellingen te vinden door het onderkennen van de extra kosten voor een bepaalde patiënt en een bepaald niveau van zorg voor de patiënt wanneer studenten aanwezig zijn. Zo'n onderneming is waarschijnlijk onmogelijk en daarom zal elke prijsstelling slechts een benadering zijn.

Figuren 1 en 2 geven twee geheel verschillende kostenstructuren weer met betrekking tot onderwijs, waarin wordt aangenomen dat de mix van ziektegevallen hetzelfde is. De kosten van het onderwijs-ziekenhuis worden weergegeven door T_1 , T_1 en T_2 , T_2 . In Figuur 1 zijn alle onderwijskosten vast. In Figuur 2 zijn alle kosten variabel. Met een lump sum vergoeding voor onderwijs heeft het onderwijs-ziekenhuis in geval 1 een ondubbelzinnig voordeel als de "lump sum" te hoog is. In de marge staat het op gelijke voet met alle andere zorgaanbieders. Toch zal het in staat zijn voordelig "blok"-contracten aan te bieden aan inkopers. Het zijn voornamelijk de grote inkopers die geïnteresseerd zijn in zulke contracten. Bovendien kunnen de onderwijsziekenhuizen op gelijk niveau concurreren met lucratieve "kosten per geval"-contracten. In geval 2 zullen lump sum vergoedingen het onderwijsziekenhuis aanmoedigen "blok"-contracten af te sluiten, aangezien het waarschijnlijk niet concurrerend zal zijn in de marge, vanwege de hogere additionele kosten, behalve als de inkopers het idee hebben dat betere kwaliteit geleverd wordt voor de meer-kosten.

Het is van belang te weten dat de inkomstenstructuur van NHS contracten duidelijke voordelen biedt aan zorgaanbieders. Een patiënt die opgenomen wordt in een ziekenhuis, wordt gedekt door een van de vier hieronder genoemde contracten:

1. een "blok"-contract, waarbij geen additionele inkomsten voor het ziekenhuis zijn;
2. een "kosten per geval"-contract, waarbij de additionele inkomsten voor het ziekenhuis ruwweg de geschatte gemiddelde kosten bedragen (inclusief vaste kosten)
3. een "kosten en volume"-contract, waarbij de additionele inkomsten voor het ziekenhuis een te verwachte betaling tussen 0 en de gemiddelde kosten bedraagt, en mogelijk een schatting van verwachte marginale kosten;
4. een boven-contractuele verwijzing, waarbij de inkomsten waarschijnlijk de uitgaven per geval (gemiddelde kosten) het dichtst benaderen.

Als bij een blok-contract de additionele inkomsten 0 zijn, is het ziekenhuis beter gemotiveerd een verwijzing te ontmoedigen, mogelijk door een verwijzing naar een gespecialiseerd ziekenhuis aan te bevelen. Bij een kosten per geval-contract of een boven-contractuele verwijzing, bestaat er genoeg prikkel om een opname aan te moedigen, aangezien de additionele inkomsten bijna altijd hoger zijn dan de marginale kosten, of de toestand van de patiënt ernstig is of niet.

Het geval van de patiënt die gedekt is door een kosten en volume contract is veel minder duidelijk. De additionele inkomsten voor het ziekenhuis kunnen boven of onder de marginale kosten zijn, en daarom hangt de aantrekkelijkheid voor het ziekenhuis af van de keuze van inkomstenstructuur en de ernst van de toestand van de patiënt.

In dit geval betekent het een prikkel om opname aan- of te ontmoedigen. Het is duidelijk dat in een diagnosegroep het gevaar bestaat van "afromen", als de kosten van patiënten met een relatief ernstige aandoening de gezamenlijke additionele inkomsten overstijgen.

Conclusie

Er is een aantal aspecten aan onderwijs en onderzoek die de markt voor gezondheidszorg in Groot Brittannië vertekenen. Tot nu toe zijn deze ongetwijfeld een bron van ongerustheid geweest op lokaal niveau. Toch is er weinig echt onderzoek gedaan naar dit onderwerp. Recente beleidsontwikkelingen zullen een gedetailleerde prijsstelling van onderwijs en O&O activiteiten eisen. Toch bestaat er enige twijfel of een serieuze prijsstelling mogelijk is.

REFERENCES

- Bevan, G. (1987), "Financing the additional service costs of teaching English medical students by the Service Increment for Teaching (SIFT): an exposition and critique", *Financial Accountability and Management* 3(2), 147-160.
- CHKS (1996a), *Acute care 96: healthcare resource groups*, Alcester: CHKS Ltd.
- CHKS (1996b), *Fundholding 96: GP fundholder procedures*, Alcester: CHKS Ltd.
- Clack, G. B., Bevan, G., Peters, T. J. and Eddleston, A. L. W. F. (1992), "King's model for allocating service increment for teaching and research (SIFTR)", *British Medical Journal*, 305(6845), 95-96.
- Culyer, A. J., Wiseman, J., Drummond, M. F. and West, P. A. (1978), "What accounts for the higher costs of teaching hospitals?", *Social and Economic Administration*, 12(1), 20-30.
- NHS Executive (1995a), *SIFT into the future: report of the Advisory Group on SIFT*, Leeds: NHS Executive.
- NHS Executive (1995b), "Service Increment for Teaching: operational guidance", *HSG(95)59*, Leeds: NHS Executive.
- NHS Executive (1995c), "Guidance to NHS Trusts on costing for SIFT contracts", *HSG(95)60*, Leeds: NHS Executive.
- NHS Executive (1996), *NHS cash limits 1997-98*, Leeds: NHS Executive.
- Griffiths, S. and Zimmern, R. (1996), "The universities and the NHS - purchasing in a teaching environment", in P. Merry (ed), *NAHAT 1996/97 NHS Handbook*, London: JMH Publishing.
- Milne, R. G., Abebe, A. and Torsney, B. (1989), "The impact of teaching on hospital costs: a budgetary approach to non-market institutions", *Journal of the Operational Research Society*, 40(12), 1089-1098.
- NHS Research and Development Task Force (1994), *Supporting research and development in the NHS*, London: HMSO.
- Perrin, J. (1987), "The costs and joint products of English teaching hospitals", *Financial Accountability and Management* 3(2), 209-230.
- Tomlinson, B. (1992), *Report of the inquiry into London's health service, medical education and research*, London: HMSO.

9. VERENIGDE STATEN¹⁰

9.1 Karakteristieken van ziekenhuizen in de Verenigde Staten

Op 1 januari 1995 zijn er 6.375 ziekenhuizen met ongeveer 1.128.000 bedden in de Verenigde Staten. De meeste van deze ziekenhuizen (80%) zijn door de American Hospital Association (AHA) aangewezen als districtziekenhuis; een brede categorie variërend van kleine plattelandsvoorzieningen tot groot stedelijke en/of academische ziekenhuizen. De overige 18% bestaat uit ongeveer 1.000 categoriele voorzieningen voor militairen of veteranen, gevangenen, chronische psychiatrische patiënten, etc.

De AHA-statistieken kennen een onderscheid in non-profit ziekenhuizen (60%), staats en regionale ziekenhuizen (26%) en privéklinieken (14%), maar aangezien de geboden zorg en de kosten voor al deze categorieën vergelijkbaar zijn, zijn patiënten zich zelden bewust van dit onderscheid. Veranderingen of combinaties van eigendoms categorieën vinden veelvuldig plaats, maar worden niet opgenomen in de verzamelde ziekenhuisstatistieken. Dus heeft uitleg van het begrip 'ziekenhuis' in de Verenigde Staten voornamelijk betrekking op de hoofdgroep van 5.229 districtsziekenhuizen. Zij zorgen voor het grootste deel van de patiënten en zijn het meest vergelijkbaar met de Nederlandse ziekenhuizen.

Tabel 9.1 Kerngetallen ziekenhuizen

	<u>1994</u>	<u>1984</u>	<u>% verschil</u>
Totaal aantal ziekenhuizen	5,229	5,759	-9%
Gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis	173	175	-1%
Opnames per populatie van 1000	118	148	-20%
Gemiddelde opnametijd	6.7 days	7.3 days	-8%
Bezettingsgraad	63%	69%	-9%
Gemiddeld aantal personeelsleden	706	524	35%
Aantal personeelsleden per patiënt	6.5	4.3	51%
Bezoek poliklinieken	382,924	211,961	81%
Gemiddeld budget	\$53 Million	\$21 Million	148%
Kosten per verpleegdag	\$931	411.1	126%
Winstmarge	4.6%	5.6%	-18%

bron: American Hospital Association, *Statistics*, 1996

In 1994 werden in een gemiddeld ziekenhuis in de V.S. van 173 bedden - werden 5.888 patiënten opgenomen met een gemiddelde verpleegduur van 6,7 dagen. Dit resulteert in een bezettingsgraad van 63%. In de afgelopen 10 jaar is het aantal opnames met 13%, en het aantal verpleegdagen met 19% gedaald. De poliklinische voorzieningen maken een duidelijke groei door. De bezoeken aan de poliklinieken zijn gestegen met gemiddeld 73.000 per ziekenhuis. De stijging in chirurgische ingrepen is geheel toe te schrijven aan poliklinische ingrepen en vele verrichtingen die voorheen alleen werden uitgevoerd bij opname van een patiënt, worden nu verricht in mobiele klinieken of speciale poliklinische centra.

¹⁰ Tom Gezten, Temple University, Philadelphia

Alhoewel het aantal traditionele verpleegdagen is afgenomen, zijn het aantal personeelsleden en de kosten gestegen van 4,3 fte (full-time equivalent) per verpleegdag naar 6,5 fte per verpleegdag, respectievelijk \$ 411,10 per dag naar \$930,71 per dag. Het belangrijkste deel van de ziekenhuiskosten (59%) komt voor rekening van het personeel (zie tabel 9.2). Een gemiddeld ziekenhuis heeft ongeveer 700 werknemers, waarvan 200 verpleegkundigen en 10 artsen. Met uitzondering van een aantal universiteitsziekenhuizen die een full-time medische staf hebben, werken de meeste medische staf medewerkers in een full- of part-time betrekking, sommigen hebben een baan in een ziekenhuis gebonden specialisme zoals laboratorium/ pathologie, röntgen, anesthesie of eerste hulp. Historisch werd de meeste zorg in ziekenhuizen geboden door vrijgevestigde artsen. Zij waren verbonden aan een of meer ziekenhuizen, maar niet als werknemer in dienst van het ziekenhuis. Dit verandert echter onder druk van de noodzaak een integraal voorzieningensysteem op te zetten en gehoor te geven aan de vraag naar gezondheidszorg op maat. Dus koopt een toenemend aantal ziekenhuizen de artspraktijken op. (zie paragraaf 9.4).

Tabel 9.2. Basis uitgaven van ziekenhuizen

Lonen en salarissen	47.5%
sociale lasten	8.6%
Honoraria	1.5%
Aansprakelijkheidsverzekering	1.3%
totale loonkosten	59%
farmaceutische producten	3.5%
bloedtransfusie dienst	0.5%
medisch instrumentarium	2.4%
fotografische producten	2.4%
voedsel	3.0%
chemische producten	2.8%
brandstof en energie	2.2%
rubber en plastic	2.1%
andere producten	3.6%
zakelijke diensten	3.5%
computer diensten	1.8%
telefoon	0.9%
transport en verzending	1.1%
portokosten	0.3%
andere diensten	1.9%
totale kosten diensten en voorraden	32%
kapitaal, afschrijvingen en rente	9%
totaal	100%

bron: *Health Care Financing Review*, 17(2):276, Winter 1995 (based on 1987 expenditure data)

Het is mogelijk om in grote lijnen een hiërarchisch onderscheid te ontdekken tussen ziekenhuizen in de V.S.. Van kleine algemene plattelandsvoorzieningen tot de groot stedelijke academische onderzoeks- en opleidingsziekenhuizen. Toch zijn de categorieën vaak vaag en inconsistent. Bijvoorbeeld, de universiteit van Harvard, een van de belangrijkste medische centra in de Verenigde Staten, heeft zelf geen ziekenhuis, maar gebruikt een aantal districtsziekenhuizen rond Boston voor onderwijs en onderzoek. Het omgekeerde is het geval met de Mayo Kliniek, een typisch voorbeeld van een centrum voor specialisatie en onderzoek, maar maakt echter geen deel uit van de universiteit. Als middelgrote districtsziekenhuizen succesvoller worden en uitbreiden, dan is het heel gewoon als het ziekenhuis een opleiding voor specialisten heeft en een onderzoeksprogramma en minder nadruk legt op de meer algemene patiëntenzorg. Zo begint het min of meer te lijken op een soort junior academisch ziekenhuis. Dus alhoewel het onderscheid tussen algemene en academische ziekenhuizen wel gemaakt kan worden, en zeker van belang is in relatie tot de diverse soorten patiëntenzorg, graad van toegepaste technologie en kosten per dag, zijn de grenzen niet duidelijk afgebakend en bestaat er een soort permeabel continuüm. Daarom is men gewoon niet naar het "type" ziekenhuis te kijken, maar meer naar de grootte. Een grootte van meer dan 250 bedden is meestal gelijk aan een technologisch geperfectioneerd ziekenhuis dat dienst doet als regionale verwijskliniek. De invloed van deze additionele diensten op de kosten wanneer het ziekenhuis groter wordt, is duidelijk te zien in tabel 3.

Tabel 9.3 gemiddelde kosten per verpleegdag per ziekenhuis grootte

totaal	\$ 930.71
6 - 24 bedden	707.44
25 - 49	674.44
50 - 99	622.19
100 - 199	759.50
200 - 299	902.64
300 - 399	1,031.17
400 - 599	1,064.71
500 of meer	1,153.88

De noodzaak om een groot aantal welwillende patiënten te krijgen voor onderwijs en onderzoek, heeft er toe geleid dat de meeste academische ziekenhuizen een bijkomstige taak op zich hebben genomen: voorzien in alle diensten, inclusief algemene en specialistische behandelingen, voor de armen die in de omgeving wonen. Daarom is het niet ongebruikelijk dat academisch ziekenhuizen vaak twee zeer verschillende groepen patiënten bedienen: de doorverwezen speciale gevallen, en de dichtbij wonende armen.

De drie kenmerkende functies van een academisch medisch centrum: technologisch geavanceerde topreferentiezorg, onderwijs en onderzoek en zorg voor de armen, maken dat de totale ziekenhuis exploitatiekosten hoger worden en derhalve de gemiddelde prijs per betalende patiënt moet worden verhoogd. Er zijn beperkte overheidssubsidies en toelagen voor onderwijs en onderzoek en voor de zorg voor niet-verzekerde patiënten, maar die bedragen zijn klein vergeleken met de werkelijke kosten. Dus is de "gemiddelde" prijs per dag van een academisch medisch centrum aanmerkelijk hoger dan die van een algemeen districtsziekenhuis. Zelfs een regionaal ziekenhuis met referentiezorg kan technologisch geavanceerde voorzieningen bieden tegen een lagere prijs, aangezien de zorg voor de armen of de onderwijs- en onderzoeksfunctie niet tot hetzelfde niveau door hen gesubsidieerd behoeft te worden.

Alhoewel de academisch medische centra er geweldig van hebben geprofiteerd en sterk zijn uitgebreid toen de uitgaven voor de gezondheidszorg in de V.S. in de laatste 30 jaar steeds hoger werden, zullen de verwachte bezuinigingen als gevolg van de 'managed care' in het volgende decennium bij uitstek de academische ziekenhuizen treffen. Het heeft een aantal academische ziekenhuizen reeds gedwongen te fuseren tot een groter gezondheidscentrum, op zoek naar financiële stabiliteit. (zie paragraaf 9.4)

9.3 Vergoedingensysteem

De belangrijkste financieringsbronnen van inkomsten voor de ziekenhuizen in de V.S. worden genoemd in tabel 9.4. Alhoewel liefdadigheid op dit moment een relatief kleine rol speelt, was het voor vele ziekenhuizen in oprichting de belangrijkste financiële bron (tot ver in de vijftiger jaren). Belangrijke financiële bijdragen van de regering aan ziekenhuizen begonnen in 1965 met Medicare (een federaal ziekenfonds voor de bejaarden en sommige gehandicapten) en Medicaid (gezamenlijk programma van de Federale Regering en de Staten voor de armen). Alhoewel nu tweederde van alle verpleegdagen voor rekening komt van de Medicare/Medicaid patiënten, zijn deze vergoedingssystemen oorspronkelijk opgezet volgens het model van het toen dominante Blue Cross plan, ontworpen door de American Hospital Association (AHA), en voorzag in terugbetaling van alle kosten. Een snelle stijging in de verpleegdagkosten en de daarmee gepaardgaande overschrijding van het Medicare en Medicaid budget, dwong tot voortdurende pogingen de terugbetalingsformule te verscherpen. Het waren krachtige pogingen maar over het algemeen niet erg succesvol.

Tabel 9.4 bronnen van inkomsten voor een ziekenhuis

Giften, subsidies en rente	2%
Belastinggelden	2%
Betalende patiënten	4%
Parkeren, cadeau winkel, onderwijs etc.	4%
Blue Cross, HMO's en andere verzekeringen	33%
Medicaid	12%
Medicare	43%
Totale inkomsten per ziekenhuis (gemiddeld)	\$56,000,000

Teleurgesteld door het onvermogen de uitgaven te beheersen en de voortdurende begrotingstekorten, heeft in 1983 het Amerikaans Congres "het systeem van de geschatte kosten" in een wet vastgelegd. Dit hield in een vaste vergoeding per soort ziektegeval afhankelijk van het aantal verpleegdagen (het DRG systeem). Het ziekenhuis reageerde onmiddellijk, de gemiddelde lengte van een ziekenhuisverblijf daalde spectaculair, en zelfs het aantal opnames werd minder. Terwijl de Medicaid bijdrage per verpleegdag daalde, stegen de kosten voor extramurale en andere soorten zorg (thuiszorg, revalidatie etc.) zeer snel, hetgeen de besparingen op de ziekenhuiszorg meer dan teniet deed. Dus na een korte onderbreking stegen de totale kosten (opname + andere) weer met een schrikbarende snelheid. Erger nog, in de tijd van Medicare bezuinigingen reageerde de ziekenhuizen door meer van hun kosten voor onderzoek, onderwijs, bouw en zorg voor de armen door te belasten aan de ziektekostenverzekeringen afgesloten door de werkgevers. In de tachtiger jaren werden de werkgevers overrompeld door jaarlijkse stijgingen met zo'n 20% in de premie van de ziektekostenverzekering voor hun werknemers.

Op hun beurt probeerden zij de kosten te beheersen door een groot aantal uitzonderingen op de dekking in te voeren en patiënten door te schuiven naar "managed care" plannen die voorzagen in hetzelfde niveau zorg maar goedkoper in premie vanwege zorgvuldig beleid en met ziekenhuis en doktoren overeengekomen kortingen.

De vormen van vergoeding voor ziekenhuiszorg in de Verenigde Staten zijn divers en complex, soms zelfs op een verbijsterende manier. Een ziekenhuis moet niet alleen de vergoedingen bijeenrapen uit verschillende bronnen, maar er zijn verzekeraars die de werkelijke kosten betalen, weer andere vergoeden slechts de overeengekomen prijs en weer anderen betalen voor DRG of een lump sum. Om enige lijn te ontdekken in de chaos van vergoedingen, toelagen, kortingen en regelingen, is het belangrijk twee zaken te vermelden:

- * bijna alle gelden komen van aansprakelijkheidsverzekeringen of zijn subsidies. Het besluit van de patiënt en het honorarium ("de prijs-gevoelige consumenten markt") spelen een te verwaarlozen rol.
- * onderzoek, onderwijs, zorg voor de armen en andere, niet voor vergoeding in aanmerking komende, diensten worden niet rechtstreeks betaald, maar gesubsidieerd door een extra bedrag dat ten laste komt van de ziektekostenverzekering van betalende patiënten.

Medicare, de Federale ziektekostenverzekering voor de bejaarden en de grootste bron van inkomsten voor een ziekenhuis, past een formule toe om een extra vergoeding vast te stellen voor onderwijs aan arts-assistenten. Deze formule is gebaseerd op het aantal artsen in opleiding, en het aantal bedden. Het bedrag is ook bedoeld om een niet nader omschreven deel van de onderzoekskosten te dekken. Ook betaalt Medicare die ziekenhuizen die een groter aantal armen en onverzekerde patiënten verzorgen een hogere bijdrage ("onevenredig deel" aanpassing).

Traditioneel hebben de ziekenhuizen geen moeite gedaan een billijke vergoeding te krijgen voor alle diensten of voor iedere patiënt apart. Liever verzamelden ze genoeg fondsen uit verschillende bronnen om de totale kosten te dekken en tevens te zorgen voor een 5% surplus voor kapitaal investeringen en uitbreidingen. Deze vanouds gebruikelijke kosten-verschuiving, de gemiddelde kosten van alle diensten in rekening brengen aan alle betalers, wordt bedreigd door de komst van de managed care. Dit geldt in het bijzonder voor academische ziekenhuizen. Een gereguleerd zorg plan, een groter patiënten-aanbod in ruil voor lagere prijzen, heeft er geen belang bij meer te betalen en daarmee impliciet onderzoek en armenzorg te subsidiëren. Zij zullen hun waar en hun patiënten onderbrengen bij concurrerende niet-academische ziekenhuizen, tenzij het academisch ziekenhuis bereid is genoeg te nemen met de gangbare prijs voor alle diensten.

Men kan zich een conceptueel beeld vormen van de drie "pijlers" waarop de ziekenhuisinkomsten zijn gebaseerd. Aan het ene uiterste staat het globaal vastgestelde budget. Dit betekent dat de fondsen voor een ziekenhuis op jaarlijkse basis en vooraf worden vastgesteld door de lokale of nationale overheden. Van het ziekenhuis wordt dan verwacht dat zij een veelomvattend pakket diensten aanbieden aan alle patiënten die van deze diensten gebruik willen maken, of zoveel zorg als mogelijk gegeven de budgettaire beperkingen. Iedere bijstelling betekent een achteruitgang in de verhouding kwaliteit/kosten, vanwege een overaanbod van patiënten, of een vermindering van het aantal behandelde patiënten. Aan het andere uiterste staat de vaste prijs (per opname, per dag of per dienstverlening) wat betekent dat iedere verhoging van aantallen patiënten leidt tot een proportionele verhoging van de totale ziekenhuis inkomsten. Aangezien kapitaal investeringen en overheadkosten vaste kosten zijn, marginale kosten minder zijn dan de gemiddelde kosten, zullen ziekenhuizen die meer dan het vermoedelijke aantal patiënten behandelen een financiële surplus krijgen, terwijl ziekenhuizen die minder patiënten behandelen met een deficit te maken krijgen. Bij de derde pijler, het kostenvergoedingensysteem, kunnen de ziekenhuizen geen surplus krijgen, noch aan een deficit lijden door het zorgaanbod uit te breiden.

Alhoewel het bijdraagt aan de stabiliteit van de organisatie betekent deze dekking toch dat iedere prikkel tot effectiviteit wordt weggenomen en vaak leidt tot voor kostbare vernieuwingen die weinig voordeel oplevert voor de gezondheidszorg. (b.v. altijd de nieuwste uitrusting aanschaffen, wedijveren door de meest vooruitstrevende vormen van zorg te bieden, alhoewel een nabij gelegen ziekenhuis al meer dan voldoende capaciteit heeft).

Er zijn voor- en nadelen aan alle drie bovengenoemde vormen van financiering. Alle drie zijn in meer of mindere mate terug te vinden in de V.S. Globale budgetten worden gebruikt om militaire ziekenhuizen te financieren en ook voor een aantal speciale onderzoeksprojecten of extra diensten als de verzekering tekort schiet. Kostenvergoeding wordt nog altijd gebruikt voor kinderziekenhuizen, revalidatie centra en de meeste experimentele projecten. DRGs en een artsen honorarium komen overeen, RBRVS zijn beheersbare kosten. Het bestaan van deze verschillende systemen suggereert dat er nog geen alternatief is gevonden dat volledig toereikend is, of zelfs maar aantoonbaar beter dan andere systemen. De moeizaam ontstane overeenstemming van de experts op het gebied van de gezondheidszorg is dat er geen magische formule bestaat waarmee de vergoedingen van de ziektekostenverzekering automatisch bijgesteld kunnen worden met een bevredigend resultaat. Het alternatief dat tegenwoordig ontwikkeld wordt, de "managed care" impliceert een voortdurende inspanning om de kosten te beheersen, kwaliteit te garanderen en borg te staan voor constante supervisie op dagelijkse basis en zelfs van uur tot uur en ieder jaar opnieuw financiële overeenkomsten af te sluiten.

Het mechanisme van de "managed care" wordt duidelijk door deze methode te vergelijken met het DRG systeem. Bij het DRG systeem wordt vooraf getracht de vergoedingen aan te passen aan verschillende ziektegevallen en andere patiënt karakteristieken en misschien bijzonder kenmerkende kosten van een ziekenhuis en daarna de verantwoordelijkheid voor de behandeling en de kostenbeheersing over te laten aan het ziekenhuis. In tegenstelling tot de DRG wordt bij managed care de ziektekostenverzekeraar elke dag actief betrokken bij de gang van zaken en wanneer goed onderbouwd (of wanneer voldoende druk wordt uitgeoefend) kan additionele zorg worden toegekend. Bij homogene budgetten of prijzen wordt moeite gedaan de problemen vooraf op te lossen door middel van moeizame aanpassingen van de regeling. Bij managed care wordt er tevens moeite gedaan relaties op te bouwen en te trachten problemen op te lossen wanneer ze zich voordoen, terwijl de schriftelijke contractuele regeling eenvoudig wordt gehouden (gewoonlijk \$X per verpleegdag). Zo is bijvoorbeeld bekend bij zowel het ziekenhuis als de verzekeraar dat de kosten per verpleegdag minder worden naarmate de patiënt langer in het ziekenhuis verblijft (zie tabel 5), zodat een vaste prijs per dag een aanmoediging wordt voor een excessief lang verblijf. Een gereguleerd prijzen systeem kan gebruik maken van een aanpassing op de regeling om de dagvergoeding te verminderen, maar zou nog altijd het probleem kennen dat ontstaat door de ongelijkheid tussen marginale kosten en de gemiddelde kostprijs, een gebrekkige aanpassing van kosten aan de ziektegevallen etc.

Bij managed care wordt het dagelijkse telefoontje van de "toetsings" manager met de medische staf gebruikt voor overleg over welke patiënten kunnen blijven. Men verwacht dat vergissingen en uitzonderingen voor en tegen elkaar in evenwicht houden tijdens de relatie (b.v., als jij deze patiënt echt nog een extra drie dagen wil houden, dan gaan we akkoord, maar dan moet je ons helpen andere patiënten te vinden die wel eerder ontslagen kunnen worden).

Tabel 9.5

Kosten per dag op basis van ligduur (LOS)

Length of stay (days)	Total cost	Avg. cost	Marginal cost
1	\$ 1,277	\$ 1,277	\$ 1,277
2	\$ 2,388	\$ 1,194	\$ 1,111
3	\$ 3,131	\$ 1,044	\$ 743
4	\$ 3,784	\$ 946	\$ 653
5	\$ 4,364	\$ 873	\$ 580
6	\$ 4,905	\$ 818	\$ 541
7	\$ 5,423	\$ 775	\$ 518
8	\$ 5,922	\$ 740	\$ 499
9	\$ 6,430	\$ 714	\$ 508
10	\$ 6,910	\$ 691	\$ 480
11	\$ 7,367	\$ 670	\$ 457
12	\$ 7,833	\$ 653	\$ 466
13	\$ 8,313	\$ 639	\$ 480
14	\$ 8,804	\$ 629	\$ 491
15	\$ 9,333	\$ 622	\$ 529
16	\$ 9,832	\$ 615	\$ 499
17	\$ 10,305	\$ 606	\$ 473
18	\$ 10,761	\$ 598	\$ 456
19	\$ 11,204	\$ 590	\$ 443
20	\$ 11,654	\$ 583	\$ 450

9.4 Van verwijscentrum tot beheersing van patiëntenstroom: de vermindering van ziekenhuisopnamen in de V.S.

De vergelijking tussen de statistieken van 1994 en 1984 in tabel 9.1 maakt één van de meest belangrijke trends zichtbaar in de organisatie van de Amerikaanse gezondheidszorg; de afnemende rol van het ziekenhuis. Er komen meer poliklinieken, evenals verpleeghuizen en thuiszorg voor de chronisch zieken, terwijl het aantal ziekenhuisopnames vermindert en de ligduur korter wordt. Ziekenhuisverpleging wordt uitgehold, zodat de ziekenhuizen achterblijven met de meest acute patiënten die ingewikkelde en voortdurende zorg nodig hebben. De minder veeleisende en minder dure verpleegdagen die voorheen werden gebruikt voor een kruis-subsidiëring van onderwijs en de aanschaf van technologie, worden nu geleverd door andere medische organisaties. Het ziekenhuis heeft niet alleen minder patiënten die er korter verblijven, maar een meer diepgaand en moeilijk te doorgronden verlies van controle heeft plaatsgevonden.

Voorheen was het ziekenhuis het centrum van waaruit de grenzen werden bepaald en dat de belangrijkste plaats innam in de gezondheidszorg. De meest opwindende en technologisch geavanceerde behandelingen vonden plaats in de "ivoren toren".

Artsen verwezen hun patiënten naar het ziekenhuis vanwege de geavanceerde technologie en de zwaarste en beste vormen van behandeling. Artsen, alhoewel onafhankelijk, konden alleen maar hun brood verdienen en toegang krijgen tot de technologie, als zij deel uitmaakten van de medische staf van een ziekenhuis. Artsen in de eerstelijnsgezondheidszorg stonden op de laagste tree van de professionele hiërarchie en werden slechts gewaardeerd door het systeem vanwege hun mogelijkheid patiënten door te verwijzen. Verzekeringsmaatschappijen betaalde de rekening. Zij speelde geen rol in het hoe en waar van de behandeling. De noodzaak de kosten te beheersen en de organisatie van een uit zijn krachten gegroeid medisch systeem te herstructureren, heeft geleid tot fundamentele verschuivingen in de macht en dynamiek van de gezondheidszorg in de negentiger jaren. HMOs en andere vormen van managed care, zijn de meest zichtbare manifestatie van deze verschuiving. Een HMO kan bepalen dat alle patiënten die bij hen verzekerd zijn slechts behandeld kunnen worden in specifieke ziekenhuizen (waarmee de HMO kortingen is overeengekomen) tenzij goed gedocumenteerde omstandigheden bestaan die een uitzondering rechtvaardigen. Door een vast bedrag per patiënt, zijn ziekenhuizen niet langer winstgevend, maar een kostenplaats geworden. Hogere uitgaven betekent niet langer automatisch hogere inkomsten. Zelfs transplantaties en andere geavanceerd technologische behandelingen zijn minder winstgevend, aangezien HMO's steeds vaker vragen of de nieuwe technologie wel het verlangde resultaat oplevert en het de hoge kosten waard is. Het reguleren van de tot statistiek verwerkte levens is een bron van macht geworden voor HMOs. Hebben ze de controle over een groot percentage van de potentiële patiënten, dan kan de HMO veeleisend zijn op het gebied van de zorg en hoge kortingen bedingen op de honoraria. Het beheer over de patiëntenstroom betekent tevens het beheer over de inkomsten. Voorheen hadden de specialisten een relatief vrije hand in de bepaling wie behandeld zou worden en hoe. Nu zijn het de betalers (grote werkgevers, overheid) en hun vertegenwoordigers (HMOs en ziektekostenverzekeringen) die het systeem aansturen door waar voor hun geld te verlangen. Patiënten zullen nog wel eens een andere HMO kiezen om toegang te krijgen tot een huisarts van hun keuze. Slechts zelden zullen zij een andere verzekering afsluiten om toegang te krijgen tot een bepaald ziekenhuis. En zo is de voormalig laag aangeschreven arts voor de eerstelijnsgezondheidszorg belangrijker geworden dan het ziekenhuis of de specialist wiens praktijk voornamelijk is gericht op ziekenhuis patiënten. Om het beheer over de patiënten stroom weer in eigen hand te krijgen, gaan veel ziekenhuizen een samenwerkingsverband aan met de artsen verbonden aan hun medische staf, of kopen zelfs de praktijken op zodat de artsen in dienst treden van het ziekenhuis. Alhoewel wettelijk het ziekenhuis een arts niet kan verplichten aan het eigen ziekenhuis de voorkeur te geven, betekent eigendom in de praktijk een beperkt recht van zeggenschap.

Academische ziekenhuizen worden onder managed care geconfronteerd met een speciaal probleem, aangezien hun kosten per verpleegdag historisch twee tot drie keer zo hoog waren in vergelijking tot de kleinere districtsziekenhuizen. Voor een deel kwam dit voort uit de ernst van de ziektes die behandeld werden, maar was ook toe te schrijven aan onderzoek, onderwijs en diensten die werden verleend door Academische Ziekenhuizen. Als gevolg van deze hoge verpleegkosten in Academische Ziekenhuizen geven de HMOs er de voorkeur aan alle routine gevallen naar de kleinere en goedkopere regionale ziekenhuizen te sturen. De Academische Ziekenhuizen krijgen alleen nog de ziektegevallen die een technologisch veeleisende behandeling kennen. De Academische Ziekenhuizen reageerden hierop met de aankoop van kleine ziekenhuizen om een systeem op te zetten waarin zowel goedkope als dure behandelingen gecombineerd kunnen worden. De universiteit van Temple heeft recent een regionaal ziekenhuis met 200 bedden in een buitenwijk van Philadelphia aangekocht, zodat het a) die patiënten aantrekt en b) voor hen kan zorgen op een laag lokaal prijsniveau, i.p.v. op hoog stedelijke, academische kosten. Tien jaar geleden waren er 70 onafhankelijke ziekenhuizen in Philadelphia. Men voorspelt dat er over 10 jaar 5 grote ziekenhuisketens zullen zijn (en wat een "verwijzing" was zal dan een "overplaatsing" zijn).

Een aantal kleinere ziekenhuizen, een academisch medisch centrum, een verzameling aangekochte arts-praktijken, samen met thuiszorg, en enige verpleeghuizen, voorzien dan in een "systeem van integrale gezondheidszorg" dat in theorie alle zorg kan bieden die de patiënt nodig mocht hebben. In belangrijke mate zal de kwestie van de "verwijzingen" niet langer een probleem zijn als het academisch medisch centrum een voldoende aantal partners aan zich bindt door middel van aankoop of samenwerkingsverbanden en zo samen een compleet gezondheidszorg systeem vormt. Het logische eindpunt voor de gezamenlijke gezondheidszorg voorzieningen is zelf een eigen monopolistische HMO op te zetten (Kaiser Permanente met zo'n 6 miljoen deelnemers is een uitstekend voorbeeld daarvan).

De overgang naar managed care is nog maar in een begin stadium. Ondanks de ruwe kanten en verbaal verzet (discussies over managed care zijn een dagelijks onderwerp in de krant en op TV en was ook onderwerp van gesprek tijdens het derde presidentiële verkiezingsdebat) lijkt de omschakeling onherroepelijk te zijn. De meerderheid van de verzekerde werknemers zijn nu opgenomen in een gereguleerd zorg plan en de meer bureaucratische ziekenfondsen, veranderen na een langzame start nu ook snel. Een aantal staten (Tennessee, Arizona) hebben verplicht gesteld dat alle deelnemers aan Medicaid vallen onder gereguleerd zorg plannen, en in sommige gebieden (b.v. Philadelphia) is vrijwillige opname meer dan 70%. Medicare was het laatste bastion van de oude stijl verzekering, maar de komst van de "0 premie" HMO verzekering (d.w.z. voor geneesmiddelen, huisbezoeken en andere extra's wordt geen premie in rekening gebracht) heeft gezorgd voor een snelle stijging zodat ongeveer 25% van de ouderen in stedelijke gebieden nu vrijwillig deelneemt aan de managed care verzekering. Dit aantal stijgt met ongeveer 10% per jaar. Tegen het jaar 2005 zal de verschuiving naar managed care zodanig compleet zijn en algemeen verspreid dat de definitieve vorm dan ook duidelijk zal zijn. Toch is het nu al mogelijk om met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid vast te stellen dat het oude systeem voorgoed verdwenen is.

9.5 Conclusie verwijsproblematiek weggenomen door de ontwikkeling van integrale zorgsystemen.

De financiële motieven voor verwijzen zijn in de V.S. in feite de drijvende kracht achter de snelle consolidatie van voorheen onafhankelijke ziekenhuizen in onderling verbonden netwerken die patiënten uitruilen. De ontwikkeling van integrale ziekenzorgsystemen die eerstelijns- en specialistische-zorg, opname in ziekenhuizen, verpleeghuiszorg en thuiszorg samenvoegt tot een gecoördineerd continuüm verenigd onder één management en daarbij de accent verschuiving van "verwijzingen" naar "beheersing over de patiëntenstroom" is misschien wel de belangrijkste les die geleerd kan worden van de huidige ervaring in de V.S.. Inzicht in de dynamiek van grote, met meerdere taken belaste organisaties wordt hoe langer hoe belangrijker bij de analyse van het gedrag van ziekenhuizen, terwijl de duidelijke stimulans die uitgaat van het vergoedingen systeem tegelijkertijd minder belangrijk wordt.

10. ZWEDEN¹¹

In Zweden zijn gegevens over het verwijsgedrag tussen ziekenhuizen niet gemakkelijk te krijgen. Zo is er geen onderzoek gedaan om de motieven te identificeren die ten grondslag liggen aan de verwijzingen naar academische ziekenhuizen. In dit deel wordt kort het Zweedse gezondheidszorgsysteem vroeger en nu beschreven. Ook worden de recente hervormingen beschreven en de nieuwe management methoden die in de afgelopen jaren zijn geïntroduceerd. Van beide wordt zowel de inhoud als het verwachte resultaat beschreven. De potentiële motieven om patiënten naar een academisch ziekenhuis te verwijzen zullen worden besproken tegen deze achtergrond.

10.1 Systeembeschrijving

10.1.1.

Het Zweedse gezondheidszorg model wordt gezien als een integraal onderdeel van het Zweedse welvaartsysteem. Een fundamenteel principe is dat iedereen recht heeft op een goede gezondheid en een gezondheidszorg waarin iedereen gelijkwaardig is, ongeacht waar men leeft of onder welke economische omstandigheden. Belangrijke karakteristieken van het Zweedse systeem zijn:

- * gezondheidszorg is voornamelijk een verantwoordelijkheid van de overheid,
- * de organisatie is in hoge mate gedecentraliseerd
- * het systeem wordt ondersteund door een nationale ziektekostenverzekering en andere sociale diensten

De verantwoordelijkheid voor de instellings- en thuiszorg in Zweden ligt bij de 23 provinciale besturen en de besturen van 3 grote steden die niet onder een provinciaal bestuur vallen. Deze provincies, met een bevolking die varieert van 60.000 tot 1.7 miljoen, zijn ook verantwoordelijk voor de gehandicapten- en tandheelkundige zorg. Elke provincie wordt bestuurd door een raad die om de vier jaar, gelijktijdig met de algemene verkiezingen, wordt gekozen. De belangrijkste bron van inkomsten voor de provincies is een directe, lokale inkomstenbelasting die wordt opgelegd aan de bewoners.

De verantwoordelijkheid voor de sociale diensten, kinderopvang, scholen, ouderenzorg, gehandicapten- en psychiatrische-zorg ligt bij de gemeentebesturen. Zweden heeft 288 steden met een bevolkingsaantal variërend van 5.000 tot 700.000. Net als de provincie worden de gemeenten bestuurd door lokaal gekozen raden.

Medisch onderwijs en onderzoek wordt geheel gefinancierd door de staat. Medisch onderzoek in Zweden krijgt internationaal veel aandacht, o.a. vanwege de relatie tussen het klinische en het preventieve werk. De nationale regering dekt de helft van de kosten voor medisch onderzoek, ongeveer 4.3 miljard Zweedse kronen (SEK) in 1993. De meeste subsidies gaan naar academische instellingen, alhoewel de Zweedse Raad voor Medisch Onderzoek.

10.1.2. *Gezondheidszorghervormingen in Zweden*

Lokaal bestuur kent een lange traditie in Zweden. De stedelijke en provinciale besturen kennen, in vergelijking met de meeste andere landen, een vrij hoge graad van autonomie in relatie tot de Staat. Daarom geeft het Zweedse gezondheidszorgsysteem een unieke mogelijkheid verschillende modellen en systemen parallel te testen. Van deze mogelijkheid is uitgebreid gebruik gemaakt in de afgelopen jaren.

¹¹ Helene Törnqvist, Spri, Stockholm

Een belangrijk doel van de gezondheidszorg hervormingen in Zweden is de nationale regulering te verminderen en lokale initiatieven om problemen aan te pakken aan te moedigen. De pogingen tot hervorming hebben zich voornamelijk gericht op:

- * de invloed van de patiënt vergroten op de keuze van arts
- * nieuwe methode van politieke regulering, waarin politici in de eerste plaats dienen als inkopers en vertegenwoordigers van de patiënten
- * een gewijzigd betalingssysteem voor zorgaanbieders.
- * het toelaten van concurrentie en de ontwikkeling van verschillende operationele benaderingen

Parallel met de hervormingen en nieuwe managementmethoden die werden geïntroduceerd door individuele provincies, werden nationale hervorming doorgevoerd.

Een aantal van deze hervormingen hebben grote invloed gehad op de patiëntenstroom naar ziekenhuizen, de zogenaamde "Ädel" hervorming en de "maximale wachttijd garantie". Vanuit het gezichtspunt van beoordeling is het ongelukkig dat zoveel veranderingen zijn geïntroduceerd in zo'n korte periode, aangezien het moeilijk is vast te stellen wat het afzonderlijke effect is van een bepaalde hervorming of verandering. Een andere factor die het moeilijk maakt om de effecten van deze hervormingen te beoordelen is de matige economische situatie, met als gevolg flinke bezuinigingen op het gebied van gezondheidszorg en medische diensten.

De Ädel-hervorming

In 1992 kregen de gemeentebesturen de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg en andere diensten voor de ouderen en gehandicapten. Deze verandering werd bekend onder de naam Ädel-hervorming. Voorheen werd de verantwoordelijkheid gedeeld tussen de gemeentebesturen en de provinciale raden. Zo moeten de gemeentelijke besturen zorgen voor aangepaste huizen en accommodatie en verschillende diensten en zorg bieden aan ouderen en gehandicapten. Als onderdeel van de Ädel-hervorming werd de verantwoordelijkheid voor de verpleeghuizen en andere instellingen voor langdurige zorg overgedragen door de provinciale raden aan de gemeentebesturen. De hervorming houdt ook in dat de gemeente de provincie moet vergoeden voor het voorzien in doorlopende verpleging en geriatrische zorg voor patiënten wiens medische behandeling beëindigd is.

Maximum wachttijd garantie

Op 1 januari 1992 werd een maximum wachttijd garantie ingevoerd voor twaalf verschillende soorten medische handelingen. Het doel van de garantie was de wachtlijsten voor deze handelingen te verkorten. De garantie stelde specifiek dat, nadat door de specialist een bepaalde behandeling is voorgeschreven, geen patiënt langer dan drie maanden zal hoeven te wachten op de behandeling. Als in het geselecteerde ziekenhuis de wachttijd langer zou zijn, dan is het de plicht van het ziekenhuis er voor zorg te dragen dat de patiënt de behandeling krijgt in een ander ziekenhuis binnen 3 maanden.

De rol van de patiënt in gezondheid en medische zorg

In de afgelopen jaren is een belangrijk doel van de hervormingen de versterking van de positie van de patiënt, door het individu meer vrijheid te geven in de keuze van zorgaanbieder, bv. bij eerstelijnsgezondheidszorg en een aantal specialisaties, en in de keuze van ziekenhuis als opname nodig is. Er is ook actie ondernomen om de beschikbaarheid van zorg via de maximum wachttijd garantie te vergroten. Deze veranderingen laten een verschuiving in waarden zien. In de eerste plaats bij de na-oorlogse generaties, die grotere waarde hechten aan vrije keuze en de mogelijkheid de persoonlijke omstandigheden te beïnvloeden. De optie om de eigen hulpverlener te kiezen is daarom een essentieel onderdeel van patiënteninspraak.

10.1.3. *Ziekenhuis functies*

Zweden heeft ongeveer 85 ziekenhuizen, geclassificeerd naar grootte en de hoeveel specialisaties in district provinciaal ziekenhuis, centraal provinciaal ziekenhuis en regionaal ziekenhuis.

Het provinciaal niveau gezondheidszorg zorgt dat patiënten met levensbedreigende aandoeningen of andere ernstige ziekten hun toevlucht kunnen nemen tot een of meer ziekenhuizen in elke provincie waarin de behandeling uitgevoerd kan worden. De provinciale ziekenhuizen zijn verdeeld in:

- * district provinciaal ziekenhuis (n = 55) met minimaal de volgende specialisaties: interne, chirurgie, radiologie en anesthesiologie. Gemiddeld zijn er per ziekenhuis ongeveer 137 bedden voor een kort verblijf.
- * Centraal provinciaal ziekenhuis (n=26) met 15 tot 20 specialisaties, gewoonlijk 1 ziekenhuis voor iedere provincie. Deze ziekenhuizen dienen als districtsziekenhuis voor de onmiddellijke omgeving. Gemiddeld zijn er per ziekenhuis ongeveer 450 bedden voor een kort verblijf.
- * De regionale gezondheidsdienst is verantwoordelijk voor patiënten wiens behandeling samenwerking vereist van een aantal specialismen, bijvoorbeeld neurochirurgie, thoraxchirurgie, pediatrische chirurgie, plastische chirurgie en zeer gespecialiseerde laboratoria. Om dit soort diensten aan te kunnen bieden is Zweden verdeeld in 6 regio's, elk met een bevolking van ongeveer 1 miljoen mensen. De activiteiten worden gereguleerd door overeenkomsten die zijn afgesloten door de verschillende provincies binnen elke regio. In deze zes regio's zijn er negen hoog gespecialiseerde regionale ziekenhuizen (academische ziekenhuizen), aangesloten bij medische scholen en daarom onderzoek en onderwijs ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen worden bestuurd door de provincie en hebben gemiddeld 936 bedden per ziekenhuis, voor een kort durend verblijf. Een relatief hoog aantal bedden in vergelijking met andere landen. Academische ziekenhuizen hebben een bijzondere positie in de gezondheidszorg. Dit kan niet worden toegeschreven aan hun dominante rol aangaande produktievolume, maar hoofdzakelijk aan de unieke mogelijkheden onderzoek en ontwikkeling te gebruiken bij de verbetering van diagnose en behandeling en de medewerkers op de verschillende niveaus op te leiden en zo een algemeen hoog niveau van gezondheidszorg te garanderen in het hele land. Academische ziekenhuizen voorzien in basis medische diensten, maar zijn ook centra voor hoog gespecialiseerde zorg, onderwijs, onderzoek, ontwikkeling en de bevordering en overdracht van kennis. De kracht van het Zweedse model voor onderzoek, ontwikkeling en onderwijs (O&O&O) ligt in de sterke integratie van gezondheidszorg en O&O&O. In tijden dat de nationale economie goed draait, functioneert het geïntegreerde systeem goed. Toch ondergaat de Zweedse gezondheidszorg grote veranderingen. Een aantal van die veranderingen zullen resulteren in bezuinigingen op de begroting, zelfs voor academische ziekenhuizen. Vandaar dat het in Zweden als noodzaak wordt ervaren uit te leggen waarom O&O&O gefinancierd moet blijven.

10.1.4. *Kosten structuur*

10.1.4.1. *De kosten van ziekenhuiszorg*

Een in vergelijking groot deel van de gelden voor medische zorg wordt in Zweden toegewezen aan de ziekenhuizen. In 1991 kwam ongeveer 47% van de totale uitgaven (exclusief tandheelkundige zorg) voor rekening van de ziekenhuizen, terwijl 18% voor rekening kwam van de eerstelijnszorg (inclusief de institutionele zorg waarin wordt voorzien door de provincies). De overige 35% werd besteed aan psychiatrische en langdurige verpleeghuiszorg.

Tabel 1. Aantal spoedopnamen in ziekenhuizen per jaar, en de gemiddelde verblijfsduur in ziekenhuizen (ziekenhuisdienst 1995)

Main group/Area 1995	No. beds	Beds per 1.000 pop.	Admissions	Bed-days (1.000)	No. occupied beds (%)	Average length of stay (Days)	Visits to the doctor (1.000s)	Whereof primary health care (%)
- Medical short-term care	12.028	1,4	665.263	3.779	86,1	5,7	3.649	4,2
- Surgical short-term care	11.732	1,3	695.269	3.322	77,6	4,8	5.290	2,0
- Undistributed short-term care	1.482	0,2	59.305	313	57,8	5,3	96	—
- Somatic long-term care	5.581	0,6	68.499	2.001	98,2	29,2	114	7,7
- Psychiatric care	8.372	0,9	106.905	2.823	92,4	26,4	664	—
- General care	—	—	—	—	—	—	10.899	100,0
- Other specialized care	3.164	0,4	42.903	462	40,0	10,0	668	—
<i>Total</i>	42.359	4,8	1.638.144	12.700	82,1	7,8	21.380	

Source: Federation of Swedish County Councils (1996): Statistical Yearbook 1997

Het aandeel van de personeelskosten in de totale uitgaven voor ziekenhuiszorg bedroeg in 1995 ongeveer 1/3 (inclusief honoraria artsen). De meeste artsen in Zweden, zowel huisartsen als specialisten, werken in loondienst in eerstelijnszorg centra of ziekenhuizen. Als men de kosten per opname vergelijkt met de kosten per verpleegdag, zijn er substantiële verschillen te zien tussen de verschillende soorten ziekenhuizen. Niet onverwacht hebben de regionale/academische ziekenhuizen belangrijk hogere kosten (tabel 2). Er zijn echter ook grote verschillen in kosten tussen de specialisaties.

Tabel 2 Gemiddelde kosten per soort ziekenhuis 1993

Dept./hospital type	Cost	Per admission Length of stay	Patient day	Cost per Physician visit
General internal medicine				
District county hosp.	15 020	6.3	2 370	1 160
Central county hosp.	16 350	6.2	2 650	1 270
Regional (univ.) hosp.	21 420	6.1	3 510	1 550
General surgery				
District county hosp.	19 030	5.6	3 410	1 410
Central county hosp.	19 930	5.2	3 840	1 290
Regional (univ.) hosp.	25 740	5.3	4 820	1 040
Pediatrics				
District county hosp.	-	-	-	1 250
Central county hosp.	16 400	4.1	3 980	1 180
Regional (univ.) hosp.	24 480	5.0	4 920	1 450
O&G				
District county hosp.	14 290	4.0	3 580	1 090
Central county hosp.	14 280	4.2	3 430	1 060
Regional (univ.) hosp.	14 140	3.8	3 730	1 010
Dermatology				
Regional (univ.) hosp.	26 660	12.6	2 120	-
Infectious disease				
Central county hosp.	23 840	7.2	3 290	-
Regional (univ.) hosp.	26 560	7.2	3 680	-
Respiratory medicine				
Regional (univ.) hosp.	19 360	7.6	2550	-
Neurology				
Regional (univ.) hosp.	21 720	7.3	2 990	-
Orthopedic surgery				
Central county hosp.	25 800	7.6	3 400	-
Regional (univ.) hosp.	25 570	6.9	4 010	-
Cancer care				
Regional (univ.) hosp.	20 160	6.1	3 310	-
Ophthalmology				
District county hosp.	-	-	-	710
Central county hosp.	14 510	3.0	4 790	780
Regional (univ.) hosp.	14 910	3.9	3 870	870
ENT				
District county hosp.	-	-	-	980
Central county hosp.	11 010	2.9	3 790	890
Regional (univ.) hosp.	12 000	2.8	4 320	860

10.1.4.2. *Additionele kosten voor een academisch ziekenhuis*

Een berekening die erop is gericht de inkomsten en uitgaven van academische ziekenhuizen te begroten en tevens in relatie te brengen tot de totale Zweedse uitgaven aan gezondheidszorg, heeft laten zien dat de uitgaven van de academische ziekenhuizen ongeveer 13% van het totaal bedragen. De totale directe gezondheidszorg kosten in Zweden bedragen ongeveer 115 miljard Zweedse kronen (SEK). In 1990 werden de uitgaven van een provincie op het gebied van O&O&O begroot op 15 miljard SEK. De begrotingen laten ook zien dat de totale kosten voor O&O&O in academische ziekenhuizen 40% van de inkomsten bedroeg. Iets minder dan de helft van de additionele kosten wordt betaald door de staat en externe onderzoeksfondsen. Verder laten deze begrotingen zien dat een provincie met een academisch ziekenhuis een groter deel van de financiële last moet dragen voor O&O&O in Zweden (de rol en positie van academische ziekenhuizen. Rapport van de Gray Zone (GZ) groep, mei 1994).

10.1.5. *Budget- en vergoedingenstructuur*

Het is niet mogelijk een algemeen beeld te geven van de verdeling van de middelen binnen de Zweedse gezondheidszorg, aangezien verschillende modellen zijn toegepast. Een aantal critici beweert dat 26 verschillende modellen gezondheidszorg bestaan in Zweden - één voor ieder autonoom gebied, provincie of gemeente. Bijna de helft van de ziekenhuizen in Zweden zijn gelegen in provincies die een algemeen budgetteringssysteem hanteren. Zowel de ziekenhuizen als de afdelingen die werken binnen dit systeem, krijgen een budget toegewezen en voor slechts een klein deel van het budget is gebaseerd op betaling per handeling.

In een aantal provincies is het traditionele systeem van een vast jaarlijks budget voor ziekenhuizen en eerstelijns gezondheidszorg vervangen door contract-achtige overeenkomsten, waarin vergoedingen zijn gebaseerd op de hoeveelheid werk van de zorgaanbieders.

Een andere benadering houdt in, dat de inkoper en verkoper worden gescheiden. Dit systeem wordt het inkoper-verkoper systeem genoemd. Ongeveer de helft van de provincies hebben deze inkoop-verkoop organisaties opgezet. Het idee hierachter is, dat de politici zich hierdoor beter kunnen concentreren op de vertegenwoordiging van de burgers/consumenten, en niet betrokken raken bij de operationele beslissingen van de dienstverleners. Een aantal provinciale besturen hebben daarom ook hun districts gezondheidsraad opgeheven. Daar waar politici de verantwoordelijkheid hebben voor het formuleren van doelen voor de ziekenhuizen en het opstellen van kwaliteitsnormen zijn speciale inkoop commissies in het leven geroepen. Op deze manier worden de ziekenhuizen onafhankelijk van de politiek.

Ziekenhuizen worden over het algemeen vergoed op basis van vastgestelde prijzen per handeling. De maat waarmee de output wordt gemeten als basis voor de vergoeding varieert, maar Diagnoses Related Groupe (DRG) zijn de meest gebruikte basis voor vergoeding. In sommige ziekenhuizen wordt het DRG systeem ook gebruikt om middelen op afdelingsniveau toe te wijzen.

10.1.5.1. *Vergoeding van zorg in academische ziekenhuizen*

Voorheen werden de academische ziekenhuizen over het algemeen vergoed volgens het prijs per handeling systeem. Dit systeem belast de provincie waar de patiënt vandaan komt voor de kosten van zorg in een academisch ziekenhuis. Met dit systeem is het goed mogelijk dat centrale provinciale en districts ziekenhuizen niet alleen vanwege medische redenen, maar ook vanwege een economische prikkel, gecompliceerde gevallen doorverwezen hebben. In dat soort gevallen worden de eigen budgetten niet aangesproken. De kosten van regionale medische diensten worden doorbelast aan de provincies en niet aan de individuele ziekenhuizen of klinieken.

Veranderingen in het vergoedingen systeem zijn op vele plaatsen in Zweden doorgevoerd. Het bestaan van inkoop-verkoop organisaties betekent dat bijvoorbeeld de verschillende soorten ziekenhuizen, en ook de academische ziekenhuizen, een prijs overeenkomen voor de diverse handelingen. Gewoonlijk worden DRG's gebruikt om de activiteiten te definiëren. Het model dat gebruikt wordt om een handeling te vergoeden is hetzelfde voor al de ziekenhuizen. De extra kosten van de academische ziekenhuizen voor O&O&O worden vergoed in de vorm van subsidies.

Eén probleem dat in deze context naar voren is gekomen is, dat het moeilijk is vast te stellen in hoeverre de activiteiten van de academische ziekenhuizen vallen onder "normale" zorg en in hoeverre het betrekking heeft op O&O&O. Het geïntegreerde model dat gebruikt wordt in de academische ziekenhuizen maakt het extra moeilijk deze te kosten herkennen.

Het doel van de geïntegreerde benadering in een academisch ziekenhuis is het bereiken van een holistisch, lange termijn en nationaal systeem. Toen het nieuwe prestatie gerichte vergoedingen systeem werd geïmplementeerd in Zweden, bestond het risico dat dit doel zou worden vervangen door een korte termijn, begrotings georiënteerde benadering, met de verschillende onderdelen die geheel gefocust waren op eigen belang. In 1993 werd een commissie benoemd (Gray Zone Commissie) om die ontwikkeling te verhinderen. Deze Commissie stelde vast dat het nodig was een poging te doen de algehele kosten voor O&O&O vast te stellen. Daarna de kosten voor O&O&O te identificeren en in te delen in een competitief gezondheidszorg systeem met een nieuw financiering systeem voor deze activiteiten. Ook werd het belang benadrukt duidelijk te maken wie de economische verantwoordelijkheid zou moeten hebben in een marktgericht systeem voor de ontwikkeling van lange termijn competentie en kennis in de gezondheidszorg (de rol van de arts in een academisch ziekenhuis. Rapport van de Gray Zone Groep, mei 1994).

10.2 Verwacht verwijsgedrag

10.2.1. Medische motieven

10.2.1.1. De verspreiding van nieuwe kennis en het effect op verwijzingen.

De vooruitgang in nieuwe medische technologie heeft geleid tot twee parallel aan elkaar lopende ontwikkelingen. Een van de ontwikkelingen houdt in een geavanceerde vormen van behandeling, waar vroeger de hulp van de academische ziekenhuizen bij nodig was en die nu vervangen is door een minder complexe en indringende behandeling. Daardoor kunnen hele groepen patiënten verplaatst worden van academische ziekenhuizen naar een minder intensieve vorm van ziekenhuis zorg. Tegelijkertijd maakt de ontwikkeling van nieuwe technologie het mogelijk om de meer gecompliceerde gevallen, bijvoorbeeld hart- en levertransplantaties, een behandeling te bieden die een grote mate van gespecialiseerde verzorging vraagt. Alles doet vermoeden dat dit fenomeen, dat steeds meer nieuwe medische technologie ingezet zal worden in centrale provinciale ziekenhuizen, zich verder zal uitbreiden. De vooruitgang in de informatie technologie, bijvoorbeeld telemedicijnen, zal de verspreiding van informatie en kennis bevorderen. Vandaar dat de verwijspatronen waarschijnlijk gaan veranderen en een steeds groter aantal medische problemen lokaal behandeld zullen worden, zonder dat een patiënt naar een academisch ziekenhuis verwezen wordt.

10.2.1.2. Carrière en prestige kunnen het verwijspatroon beïnvloeden.

Gedurende de afgelopen 20 jaar, hebben de centrale provinciale ziekenhuizen grote veranderingen ondergaan. Steeds meer specialisaties hebben zich in dit soort ziekenhuizen gevestigd. Het aantal bevoegde specialisten is aanzienlijk vergroot en de expertise heeft zich uitgebreid. Tegenwoordig kennen de ziekenhuizen een steeds hoger niveau van competentie (vakbekwaamheid). Deze ziekenhuizen kunnen nu voorzien in het soort behandeling die voorheen alleen voorhanden was in academische ziekenhuizen.

Een van de redenen waarom de centrale provinciale ziekenhuizen uitbreiden, is dat economische en carrière gerichte motivatie een rol gaan spelen bij artsen als grote afdelingen opsplitsen in een aantal kleinere. Meer afdelingen betekent de aanstelling van meer afdelingshoofden, met als resultaat een beter salaris (particulier economische motivatie) en grotere invloed op afdelingsniveau.

De onafhankelijke positie van de provincies heeft ook bijgedragen aan de groei van de centrale provinciale ziekenhuizen. De prestige die kan worden ontleend aan een centraal provinciaal ziekenhuis met meerdere specialisaties en specialisten, en toegang tot de meest moderne technologie, is ook een factor om rekening mee te houden.

10.2.2. Financiële prikkels

In de negentiger jaren hebben de meeste Zweedse provinciale besturen belangrijke veranderingen doorgevoerd in hun management systeem, b.v. de introductie van inkoper-verkoper modellen en een nieuw vergoedingen systeem. Het risico is dat, vanwege economische redenen, de provinciale gezondheidszorg er voor kiest een patiënt in de provincie te behandelen, alhoewel de patiënt eigenlijk verwezen zou moeten worden naar meer specialistische zorg.

Om na te gaan of en hoe de verwijspatronen zijn veranderd, is een enquête gehouden (1993) onder alle hoogleraren in heelkunde, chirurgische specialismen, verloskunde, gynaecologie en kindergeneeskunde. De vraag waarop een antwoord werd gezocht was of bepaalde diagnoses of aandoeningen niet snel genoeg werden verwezen van een centraal provinciaal ziekenhuis naar een academisch ziekenhuis. De meeste ondervraagden konden niet met zekerheid zeggen dat het aantal verwijzingen was gedaald. Iets meer dan 1/3 antwoordde dat een daling in het aantal verwijzingen van de provinciale ziekenhuizen merkbaar was. Een evaluatie van de enquête benadrukt het feit dat de uitkomsten omzichtig moeten worden geïnterpreteerd en niet als uitgangspunt kunnen dienen voor beleidsmaatregelen. Een groot aantal van de ondervraagden liet weten dat het inkoper-verkoper systeem nog maar zo kort was ingevoerd dat men onmogelijk kon vaststellen wat het effect is op het verwijsgedrag. Een groot aantal van de ondervraagden die geen vermindering van het aantal verwijzingen had waargenomen, stelde dat hun informatie geen verandering in gedragspatroon veronderstelde, of dat ze niet over voldoende informatie beschikte om hier een oordeel over te hebben.

Iets meer dan 1/3 van de ondervraagden rapporteerde dat het aantal verwijzingen was gedaald. In een aantal gevallen zag men niet direct het inkoper-verkoper systeem als de reden voor de vermindering, maar veronderstelde dat andere factoren een rol spelen. Nog een andere factor is de grotere vrijheid van keuze voor de patiënt. De ondervraagden waren over het algemeen voorzichtig met hun beweringen. Daarom werd geconcludeerd dat, ten gevolge van de ongelijksoortigheid van de activiteiten, het nieuwe management systeem tot nu toe een beperkt effect heeft gehad. Toch suggereerde één artikel dat een aantal hoogleraren, bijvoorbeeld in orthopedie, zorgen hadden over het dalende aantal verwijzingen (Onderzoek naar de effecten van het inkoop-verkoop systeem: het aantal verwijzingen naar regionale medische diensten zijn gedaald - alhoewel met mate. Läkartidningen 1994 (91); 34:2923)

Een beoordeling van het Stockholm model laat zien dat de introductie van economische prikkels d.m.v. betaling voor diensten in ziekenhuizen en klinieken de beslissingen van de artsen hebben beïnvloed. Belangrijke onderdelen van het Stockholm model zijn een inkoop-verkoop systeem en een op DRG gebaseerd systeem van betaling voor diensten.

De uitkomsten van de evaluatie van de effecten van het Stockholm model laten zien dat beslissingen van een arts worden beïnvloed door de economische prikkels van een betalingssysteem. De patiënten werden frequenter opgenomen in een ziekenhuis en werden eerder ontslagen dan voor de introductie van het Stockholm model. Een belangrijke factor die het mogelijk maakte de duur van de opname te verkorten en activiteiten te verhogen is dat de gemeenten, gedurende dezelfde periode onder de Ädel hervormingen, gelijksoortige prikkels hadden. De evaluatie laat geen verschil zien tussen de soorten ziekenhuizen, alle ziekenhuizen rapporteerde een verhoging van het aantal handelingen en een kortere opname duur. Daarom kan uit dit onderzoek geen conclusie worden getrokken over het effect van de hervormingen op het verwijsgedrag. Een factor die zich gelijktijdig voordeed en die mogelijk een tegenkracht veroorzaakte is dat patiënten geheel vrij waren in de keuze van ziekenhuis en men concludeerde dat patiënten steeds meer voor hun behandeling naar academische ziekenhuizen gingen (Jons-son, 1994; Svensson & Garelius, 1994).

10.2.3. Veranderingen in het gedrag van patiënten

Grotere vrijheid voor patiënten bij de keuze van zorgverlener, maakt vaak onderdeel uit van de management modellen in de provincies. Toch zijn vaak de verschillende componenten van deze modellen met elkaar in conflict; zo is het bijvoorbeeld duidelijk dat vrijheid van keuze voor patiënten in conflict komt met sommige aspecten van contract management. Alhoewel het recht van de patiënt om in alle vrijheid een zorgverlener te kiezen geen invloed heeft op de verwijzingen naar academische ziekenhuizen, kan dit toch effect hebben op de activiteiten van academische ziekenhuizen. Vele provincies kennen geen maximum aantal verwijzingen, wat betekent dat patiënten geheel vrij zijn te kiezen voor een academisch ziekenhuis i.p.v. een ziekenhuis met een lager zorg niveau. Onderzoek naar patronen in de keuze van zorg laten zien dat patiënten die vrij kunnen kiezen steeds vaker kiezen voor een academisch ziekenhuis. De reden voor deze keuze is dat zij de kwaliteit van zorg in academische ziekenhuizen ervaren als beter.

LITERATUUR

Enkät om köp-säljssystemets effekter: Remisserna till regionvården har minskat -men måttligt. (Survey of the effects of the purchaser-provider system: referrals to regional medical services have declined – although moderately.) *Läkartidningen* 1994(91);34:2923.

Håkansson, S. (1994), New Ways of Financing and Organizing Health Care in Sweden, *International Journal of Health Planning and Management*, 1994; 9 (1): 103-24 15.

Jonsson, E. (1994) *Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna? (Has the Stockholm Model Generated More Care for the Money?)*, IKE report 48, Institute for Local Government Economics, Stockholm university.

Raffel M.W. (ed) *Health care an reform in industrialized countries*. University Park Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press, 1997.

Spri (1992), *The Reform of Health Care in Sweden*, Spri report 339, Stockholm: Spri.

Svensson, H. & Garelius, L. (1994), *Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? Utvärdering av Stockholmsmodellen (Have Economic Incentives Affected the Physicians' Decision Making? An Evaluation of the Stockholm Model)*, Spri report 392, Stockholm: Spri.

Universitetssjukhusens roll och ställning. Rapport från Gråzons(GZ)gruppen. Stockholm,1994. (The role and position of university hospitals. Report from the gray zone (GZ) group)

11. Analyse van de landenvergelijking

11.1. Inleiding

Wanneer wordt nagegaan bij de beschrijvingen van de verschillende landen welke factoren bepalend zijn voor de aanwezigheid (en de richting) van mogelijke financiële doorverwijsprikkels (FRI), kunnen de volgende factoren worden genoemd:

- capaciteitsbenutting;
- countervailing power;
- aanwezigheid van marktwerking;
- prestige vs. calculerend gedrag.

Deze factoren komen in de onderstaande paragrafen aan de orde en worden geïllustreerd met voorbeelden uit de verschillende landenbeschrijvingen. In de onderstaande tabel 11.1. worden de bevindingen uit de voorgaande landenbeschrijvingen geordend weergegeven naar elk van de factoren die de aanwezigheid van FRI beïnvloeden.

11.2. Capaciteitsbenutting als bepalende factor

De mate waarin de beschikbare capaciteit benut wordt lijkt een eerste bepalende factor. Immers indien een ziekenhuis een lage bedbezetting heeft (en de spoeling dun is), zal het niet geneigd zijn om vanwege financiële gronden een patiënt door te verwijzen. Allereerst moeten de vaste kosten worden gedekt door een minimum aantal patiënten, zoals betoogd is in hoofdstuk 2. Dit is te meer het geval als de bekostiging van ziekenhuizen vooral samenhangt met de benutting van de capaciteit, zoals het aantal verpleegdagen. Een beperkte capaciteit heeft tot direct gevolg dat de ziekenhuizen in staat worden gesteld om überhaupt een keuze te kunnen maken ten aanzien van de opname van een patiënt. De financiële doorverwijsprikkel is hierdoor een serieuze financiële beleids optie geworden.

Onderstaande tabel beschrijft per factor en per land kort de situatie.

Tabel 11.1. FRI-beïnvloedende factoren

	Oostenrijk	België	Frankrijk	Duitsland	Ver. Koninkrijk	Ver. Staten	Zweden	Nederland
A. Capaciteitsbenutting - geïntegr. Polikliniek	- lage capaciteitsbenutting - aparte poliklinische hulp	- lage capaciteitsbenutting - aparte poliklinische hulp	?	- lage capaciteitsbenutting - aparte poliklinische hulp	- hoge capaciteitsbenutting - geïntegreerde poliklinische hulp	- lage capaciteitsbenutting - trend naar integratie		- hoge capaciteitsbenutting - geïntegreerde poliklinische hulp
B. Countervailing power - wie - macht	Overheid - centraal - lokaal Sociale verzekeringen	Overheid In zekere zin ook de hoge 'Remgelden'.	Overheid en bij de Juppé-herformaties ook regionale agentschappen	Overheid stelt macro-budget; tariefsaanpassing DRG's en verpleegdagen (per diem) bij overschrijding	- NHS, local Health Authorities, GP fund-holders - veel macht binnen de NHS internal market (sluiten contracten met zorgaanbieders)	- Managed care programma's HMO's - veel macht, want veel patiënten (w.o. grote bedrijven)	County councils, en in toenemende mate beleidsmakers georganiseerd in een zorginkoopcomité, die zorg in kopen voor hun patiënten	- Overheid t.a.v. planning en macro budget - zorgverzekeraars niet veel macht, want patiënten hebben keuze vrijheid.
C. Marktwerving	Grote concurrentie tussen zorgaanbieders: resp ziekenhuizen en ambulant werkende specialisten	Grote concurrentie tussen zorgaanbieders	Concurrentie tussen openbare en private ziekenhuizen	Concurrentie tussen ziekenhuizen en (ambulante) specialisten	Concurrentie om contracten op de internal market	Trend naar concurrentie-beperking door opgaan in zorgketens	Aanbodkan: op kosten concurrentie tussen academische en niet-acad. ziekenhuizen. Vraagkant: door verkiezingen van zorginkopers	Introductie in beperkte mate tussen zorgaanbieders, grotere concurrentie tussen zorgverzekeraars
D. Prestige vs. Calculerend gedrag	Prestige van groot belang voor inkomsten	Prestige van groot belang voor inkomsten	Calculerend gedrag van private en publieke ziekenhuizen en de werkzame specialisten	Prestige van belang, maar calculerend gedrag neemt in belang toe	Prestige niet van groot belang: aantal GP's wordt centraal geregeld. GP moet met budget uitkomen, dus kosten van groter belang.	Kosten van groot belang voor de HMO, belangrijker dan prestige.	De regionale (univ) ziekenhuizen genieten grotere prestige bij patiënten dan de andere ziekenhuizen. Van belang bij vrije zorg-aanbiederkeuze	Prestige voor ziekenhuis minder belangrijk dan calculerend gedrag. Voor de medisch specialisten geldt dit niet in dezelfde mate.

Als indicatie voor de capaciteit zijn in de onderstaande tabel enkele gegevens opgenomen (zie tabellen in de appendix).

Tabel 11.2. Capaciteitsindicaties, beschikbaar meest recent jaar

	Arts-dichtheid per 1000 inwoners, 1993	Aantal acute bedden per 1000 inwoners, 1992	Aantal opnamen voor acute zorg, % van de bevolking, 1990	Bedbezettings-percentages van verpleegbedden % gebruikte bedden, 1991
Austria	2.4	5.5	20.5	79.5
Belgium	3.7	4.8	16.9	83.1
France	2.8	5.0	20.9	77.2
Germany	3.2	7.4	18.5	83.7
Netherlands	2.1 ^{a)}	4.2	10.3	73.0
Sweden	3.0	3.7	16.6	73.0
United Kingdom	1.5	2.2	16.8	82.1
United States	2.5	3.5	12.4	66.2

Bron: OECD - Credes Health Data 1996, NIVEL/NZi/OSA, 1996

- ^{a)} Cijfers voor Nederland zijn niet aanwezig vanaf 1991 in de OECD data. Dat heeft te maken met de registratie in Nederland die ook niet praktiserende artsen meetelt. Daarom zijn de gegevens uit andere bronnen in beeld gebracht. Het betreft specialisten, huisartsen, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en overige artsen.

Het lijkt erop dat in Nederland de bedbezetting relatief laag is. Bedacht moet worden dat de gegevens over bedbezetting door twee gegevens vervuild zijn: de dagverplegingsdagen vormen geen onderdeel van het aantal verpleegdagen, maar vergen wel een deel van de capaciteit. Ten tweede ligt het feitelijk aantal bedden in de praktijk lager dan het erkende aantal. Het in stand houden van overcapaciteit kost geld, en wordt door het instellingsmanagement bestreden. De feitelijke bezetting ligt op ca. 90%. Wat verder opvalt is dat in Nederland relatief weinig inwoners worden opgenomen in ziekenhuizen. Dit is met name toe te schrijven aan de (fysieke) integratie van ambulante/poliklinische activiteiten van specialisten in de ziekenhuisorganisatie. Door medisch technologische ontwikkelingen bestaat er een trend naar meer dagbehandeling en poliklinische behandeling van klinische opname. Deze trend is voor het ziekenhuis niet bedreigend, omdat de patiëntenstroom binnen dezelfde ziekenhuisorganisatie blijft¹². In het buitenland (behalve in het V.K.) zal een dergelijke beweging betekenen dat vanuit de ziekenhuisorganisatie de patiënt wordt doorverwezen naar de concurrent: de ambulant werkende specialist. Door deze beweging binnen het ziekenhuis kunnen in Nederland de feitelijke klinische ziekenhuisbedden worden vermindert, zodat de capaciteit vermindert en de werkelijke behoefte nauw volgt.

Als versterking van dit argument geldt de nog sterkere beweging die zich in de VS voordoet. Om meer vat te hebben op patiëntenstromen gaan academische ziekenhuizen op in zorgketens met daarin huisartsen, poliklinieken, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties.

¹²

Budgettair kost vervanging van een kort durende opname naar dagbehandeling het ziekenhuis wel geld. Het systeem nodigt niet uit om kortdurende opnamen door dagopnamen te vervangen. De opbrengst van een dagopname bedragen ca. f. 440,-. De budgetopbrengst voor een kortdurende klinische opname kunnen gemiddeld worden gesteld op ongeveer f. 1.600,-. De kosten van een klinische verpleegdag in Nederland bedragen ongeveer f. 250,- terwijl daar budgettair f. 80,- tegenover staat. Zo kan door een eenvoudige aanpassing van de parameterwaarden voor verpleegdagen in de richting van de kosten van een verpleegdag, onder gelijktijdige gelijkschakeling van de budgetwaarden van opnamen en dagopnamen, deze 'verkeerde' prikkel uit het systeem worden verwijderd.

Patiënten worden binnen een dergelijke zorgketen door HMO organisaties volgens een managed care-concept verwezen naar de meest efficiënte vorm van zorg. De concurrentie wordt hiermee voor een groot deel beperkt.

De arts-dichtheid is in België zeer hoog (hoger dan elk van de andere in dit onderzoek opgenomen landen). Dit wordt in de tabel geïllustreerd waar het aantal nog praktiserende artsen staat uitgezet per 1000 inwoners. Door deze hoge dichtheid is de concurrentie om patiënten tussen de zorgaanbieders hoog. De concurrentie wordt vergroot door de volledig vrije toegang tot elk niveau van zorg en keuzevrijheid in artsen die patiënten hebben.

Omdat in België specialisten op basis van een verrichtingssysteem (fee for service) worden bekostigd en door de hoge arts-dichtheid, is een financiële doorverwijsprikkel voor artsen in verband met verwachte hoge kosten (vrijwel) afwezig.

Wanneer wordt gekeken naar Oostenrijk valt op dat de bezettingsgraad van de ziekenhuisbedden relatief lager is dan de feitelijke bedbezettingsgraad in Nederland, althans indien men de voorgaande opmerking hierover in beschouwing neemt. In Oostenrijk bestaat daarom veeleer een concurrentiestrijd om patiënten (en ook in andere landen, zoals in Frankrijk en België) binnen te krijgen dan ze uit financiële redenen door te verwijzen naar een ander (academisch) ziekenhuis. In Oostenrijk is er sprake van een overcapaciteit van zorgaanbieders en ziekenhuisdiensten. Ziekenhuizen hebben vrijwel uitsluitend een klinische functie. Specialist in het ziekenhuis zijn in loondienst (voor particulier verzekerden mogen additionele tarieven in rekening worden gebracht). Specialist buiten het ziekenhuis verzorgen de ambulante medisch specialistische zorg op basis van fee for service. Sinds december 1996 worden in Oostenrijk de ziekenhuizen bekostigd op basis van een vast prospectief budget dat wordt gealloceerd met behulp van een DRG-systeem. Ziekenhuizen krijgen in dit systeem de middelen die zij nodig hebben. De verwachting is dat er geen stijging van het aantal doorverwijzingen zal ontstaan door de overgang op deze bekostigingssystematiek.

Een vergelijkbare situatie treft men in Duitsland aan.

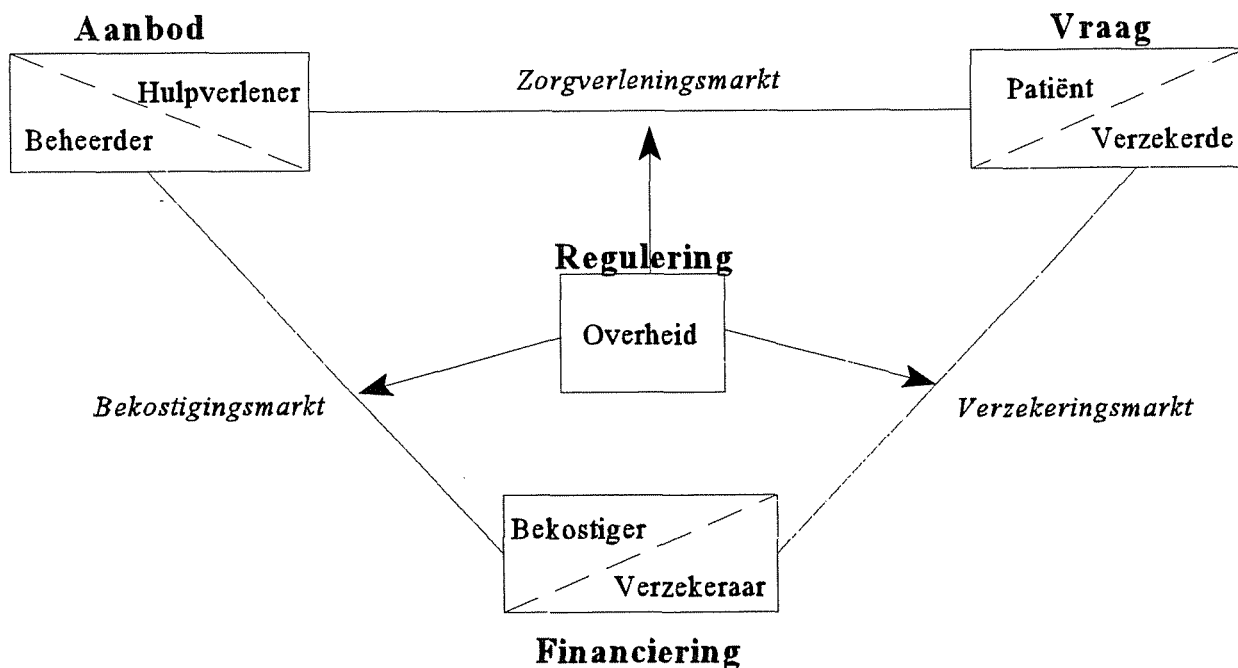
In het Verenigd Koninkrijk is er zeer weinig capaciteit. De capaciteit wordt op centraal niveau bepaald. Binnen de zeer beperkte capaciteit zijn de twee uitwijk mogelijkheden, te weten het op laten lopen van de (toch al lange) wachtlijsten of het oplossen via het private circuit.

In Zweden zijn het de lokale autoriteiten die de capaciteit bepalen. De autoriteiten worden om de vier jaar gekozen en op die manier afgerekend op de kosten-kwaliteitsverhouding van de aanwezige zorg. Vanwege de zeer lokaal-politieke invulling (op county-niveau) van de capaciteit van het zorgaanbod, verschilt de capaciteit per county.

11.3. Aanwezigheid en kracht van de Countervailing power

In zijn algemeenheid kunnen de volgende partijen in de gezondheidszorg onderscheiden worden:

Schema 11.1 Structuur model gezondheidszorg



Bron: Van Montfort, 1987

Op de bekostigingsmarkt wordt in ieder land de countervailing power voor de zorgaanbieders op een eigen wijze ingevuld. In Nederland zal in de toekomst de gebudgetteerde zorgverzekeraar die functie hebben. Nu ligt die functie nog voor een groot deel bij de overheid. Deze reguleert de prijsstelling (via de WTG), de capaciteit (via de WZV) en het totaal van beiden via het BKZ en het globale macrobudget. Indien op lokaal niveau te veel wordt geproduceerd en daardoor het macrobudget wordt overschreden, vindt er via een aanwijzing aan het COTG een aanpassing van de richtlijnen (budgetparameters, tarieven) plaats.

Voor Duitsland geldt een vergelijkbaar systeem, zij het dat daar de ziekenhuizen worden bekostigd op basis van parameters en aanvullend de Fallpauschalen (DRG's). In dit geval worden bij overschrijdingen van het budget de tarieven per DRG naar beneden aangepast.

In België heeft evenals in Nederland de overheid een regulerende (countervailing) functie. Daarnaast is het Belgische systeem zo opgebouwd dat de door de hoogte van de remgelden (eigen bijdragen) de patiënten ontmoedigd worden in het gebruik / de consumptie van zorg. Ook dit kan worden gezien als een countervailing power in het systeem, zij het dat deze zich op de zorgverleningsmarkt afspeelt.

In het Verenigd Koninkrijk vormen de local Health Authorities de countervailing power tegenover de zorgaanbieders. Zij zijn degenen die bepalen met wie zij contracten afsluiten en welke condities daaraan worden verbonden. In een groot aantal gevallen hebben Local Health Authorities zorginkoop-bevoegdheden en taken gemandateerd aan huisartsen (GP fundholders, oftewel budgethoudende huisartsen). Deze nemen de countervailing power dan over, waardoor een ambivalente positie ontstaat: in de “klassieke opzet” maakt de countervailing power geen deel uit van het geheel van zorgaanbieders. In het Britse systeem wordt hier van afgeweken en wordt gekozen voor een meer geïntegreerde vorm. Deze vorm wordt in een nog verder geïntegreerde vorm ook in de Amerikaanse situatie gevonden.

Evenals in Oostenrijk is in de Verenigde Staten een grote aanbodscapaciteit aanwezig t.o.v. de vraag naar zorg. Amerikaanse ziekenhuizen kennen een gemiddeld bezettingspercentage van 66%. De aantallen opnamen (en verpleegdagen) is de afgelopen 10 jaar gedaald. Alleen de vraag naar poliklinische hulp¹³ is sterk gestegen. Zo sterk dat de totale kosten van zorg oncontroleerbaar leken. In reactie daarop zijn ‘managed care’ plannen opgesteld.

De door een HMO gecontacteerd ziekenhuis ontvangt een vast bedrag per capita, waar tegenover dienstverlening staat ongeacht de intensiteit. Wie moet worden behandeld wordt niet meer bepaald door de specialisten, maar door de HMO's. Hierbij moet worden aangetekend dat de meest extreme vorm van integratie van countervailing power en zorgaanbieder (zie opmerkingen hierover bij de Britse situatie) het oprichten van een HMO door zorgaanbieders, zoals dat het geval is met de grote HMO ‘Kaiser Permanente’. In dat geval is het minder verwonderlijk dat de HMO's een belangrijke stem hebben wie wel en wie niet moet worden behandeld. (Grote) bedrijven verzekeren hun werknemers bij HMO's. Als de kosten hiervan te hoog worden, of de kwaliteit van zorg onvoldoende is, zullen zij van HMO veranderen.

In Zweden valt de klinische en poliklinische zorg onder de verantwoordelijkheid van het bestuur van de deelregio's (County councils). Deze besturen worden gekozen om de vier jaar. Steeds meer worden vanuit deze County councils zorg-inkoop comité's aangesteld met daarin politieke beleidsmakers. Deze zorg-inkoop comité's vertegenwoordigen patiënten en contracteren zorgaanbieders in een deelregio voor het leveren van zorg voor hun patiënten (en electoraat). De countervailing power wordt duidelijk: deze politieke zorginkopers worden elke vier jaar afgerekend op de prijs-kwaliteit-verhouding van de door hun gecontracteerde zorgaanbieders.

11.4. De aanwezigheid van marktwerking

In de oude situatie in Nederland, waarbij marktwerking beperkt is, is de prikkel om door te verwijzen vanwege financiële overwegingen beperkt. De middenstroom is immers gegarandeerd. Ook in de huidige situatie wordt er niet doorverwezen vanwege financiële overwegingen. Het resultaat is dat er bij krappe budgettaire middelen niet voor wordt gekozen om door te verwijzen, maar dat er wachtlijsten ontstaan. In de toekomstige Nederlandse situatie (meer marktwerking, vrije prijsvorming) en bij een krappe capaciteit kan de financiële doorverwijsprikkel wel ontstaan. In een situatie van marktwerking en (te) ruime capaciteit is er sprake van een negatieve financiële doorverwijsprikkel: vanwege financiële overwegingen patiënten niet doorverwijzen, maar juist behouden.

In Frankrijk bestaat er niet zo zeer een doorverwijsgedrag tussen algemene en academische ziekenhuizen, maar tussen openbare en private ziekenhuizen.

De openbare (publieke) ziekenhuizen kennen vaste budgetten, die per jaar worden aangepast. In private ziekenhuizen worden de artsen bekostigd op basis van hun verrichtingen. De tarieven die zij in reke-

¹³ Poliklinische hulp kan worden geboden in de polikliniek van een ziekenhuis, maar ook bij een ambulant werkende medische specialist met een eigen praktijk. Dit is vergelijkbaar met de Duitse situatie.

ning brengen liggen ongeveer 4 keer zo hoog als die in de openbare ziekenhuizen.

Artsen kunnen zowel in openbare als in private ziekenhuizen werkzaam zijn. Hierdoor ontstaat de prikkel om die patiënten door te verwijzen vanuit de openbare naar de gespecialiseerde private ziekenhuizen die naar verwachting een 'winst' kunnen opleveren. De naar verwachting dure patiënten kunnen op hun beurt vanuit de private naar de openbare academische ziekenhuizen worden doorverwezen.

In Duitsland heeft zich een overgang voorgedaan van een budget voor ziekenhuiszorg gebaseerd op kosten naar een budget gebaseerd op opbrengsten. De opbrengsten worden vastgesteld op het (politiek) gewenste aantal patiëntendagen.

De budgetten zijn sinds 1993 vaste prospectieve budgetten. Jaarlijks worden deze budgetten aangepast met de inkomens-groeivoet van de ziekenfondsen. Deze groeivoet ligt lager dan de jaarlijkse stijging van de kosten en patiëntenaantallen. Wanneer de situatie ontstaat voor het individuele ziekenhuis dat de kosten hoger komen te liggen dan het vaste budget, dan ontstaat een verliessituatie voor het betreffende ziekenhuis. Op dat moment is er een (sterke) financiële prikkel aanwezig om patiënten door te verwijzen naar hogere niveaus (zie: appendix 2, situatie 1 in hoofdstuk 7). Voor algemene ziekenhuizen is vanuit dit systeem een duidelijke prikkel aanwezig om dure patiënten door te verwijzen naar de ziekenhuizen die hoger op de Duitse ziekenhuis-piramide liggen, i.c. de academische ziekenhuizen.

In Oostenrijk bestaat een sterke concurrentie om patiënten tussen de ambulant werkende specialisten en de ziekenhuizen binnen een bepaalde regio (zie verder de opmerking onder "Capaciteitsbenutting als bepalende factor", paragraaf 11.2.). Medisch specialisten die werkzaam zijn in algemene ziekenhuizen en zelfs diegene die werkzaam zijn in academische ziekenhuizen kunnen eveneens werkzaam zijn in private ziekenhuizen. Hierdoor kan, evenals in Frankrijk, een financiële prikkel ontstaan voor senior specialisten om 'winstgevend' patiënten door te verwijzen naar de privé-klinieken, indien er geen grote medische risico's bestaan die de reputatie van die specialist kunnen beschadigen en daardoor toekomstig inkomen in gevaar brengen.

In het Verenigd Koninkrijk bestaat op lokaal niveau marktwerking (de NHS internal market) waarbij zorgaanbieders onderling concurreren om contracten met de financiers (op lokaal niveau zijn dat de local Health Authorities en/of budgethoudende huisartsen "GP fundholders"). Britse ziekenhuizen kennen in principe een viertal vormen van bekostiging, afhankelijk van het type contract dat ze afsluiten met de financiers¹⁴.

De vier typen contracten kennen theoretisch elk al dan geen financiële doorverwijsprikkel:

- i. *Block contract*, dat een lumpsum bedrag is voor een patiënten die aan bepaalde criteria voldoen (zoals woonplaats), ongeacht de benutte intensiteit. Wanneer een huisarts probeert een nieuwe patiënt onder dit contract probeert naar een ziekenhuis te verwijzen, is het theoretisch denkbaar dat dit ziekenhuis de patiënt direct zal doorverwijzen naar een teaching hospital. Voor deze nieuwe patiënt krijgt het ziekenhuis immers geen extra inkomsten.
- ii. *Cost per case contract*, waarbij het ziekenhuis een gemiddeld bedrag voor iedere nieuwe patiënt verkrijgt dat de kosten moet dekken. De doorverwijsprikkel is in dit geval minder dan in het vorige type contract, want de extra inkomsten dekken de extra kosten. Alleen relatief dure patiënten worden theoretisch doorverwezen.
- iii. *Cost and volume contract*, waarbij de zorgaanbieder een lump sum krijgt en vervolgens additionele inkomsten wanneer boven een bepaald niveau wordt uitgegaan.

¹⁴ De typen contracten 1 tot en met 3 komen in grote lijnen overeen met de typen bekostiging, zoals die in het theoretisch kader zijn geschetst.

- iv. *Extra-contractual referral*, dat niet als contract voorkomt omdat het juist voor die verwijzingen geldt door een huisarts naar een ziekenhuis waarmee hij geen contract heeft. Deze wijze van bekostiging is een verrichtingsstelsel. In dit geval is geen sprake van een financiële doorverwijsprikkel omdat de kosten volledig gedekt worden.

De verwachting is dat de financiële doorverwijsprikkel niet op grote schaal plaats vindt.

Door hun opleidings- en onderzoeksfunctie kennen de academische ziekenhuizen in de Verenigde Staten, evenals in Nederland, hogere verpleegdagtarieven. Door de managed care programma's staan de academische ziekenhuizen onder hevige druk. Voor reguliere zorg worden patiënten bij voorkeur verwezen door de HMO's naar kleinere algemene ziekenhuizen in plaats van naar de duurdere academische ziekenhuizen. De beweging die daardoor zichtbaar is geworden in de VS is de fusie van academische ziekenhuizen met algemene ziekenhuizen en soms het opgaan van academische ziekenhuizen met andere zorgorganisaties (zoals verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties, maar ook zoals gezegd huisarts praktijken), waardoor zorgketens ontstaan. Hierdoor worden de opnamen van een patiënt door een arts gekoppeld aan de ziekenhuisorganisatie (en niet aan een concurrent, zoals een ander ziekenhuis of een private polikliniek). De academische ziekenhuizen kunnen door deze fusies hun hogere kosten gecompenseerd krijgen door de winstmarges die worden bereikt in de kleinere algemene ziekenhuizen. Er zijn gevallen bekend van het opkopen van kleine algemene ziekenhuizen door academische ziekenhuizen om zo hun hogere kosten te compenseren.

Door deze beweging is er nu sprake van een *transfer* binnen een zorgketen, in plaats van een *doorverwijzing* van patiënten tussen ziekenhuizen. Zorgaanbieders verkrijgen hierdoor een betere controle over de patiëntenstromen. Tevens staan de zorgaanbieders sterker tegenover de HMO's (zorginkopers). Door nauw samen te werken met concurrenten of zelfs concurrenten op te kopen wordt de concurrentie in de Amerikaanse zorgmarkt beperkt.

11.5. Prestige vs. Calculerend gedrag

Als tegenwicht voor doorverwijzen van dure patiënten naar academische ziekenhuizen, geldt voor de artsen in algemene ziekenhuizen het vergroten van status en prestige, wanneer men zelf die complexe (dure) patiënten behandelt.

Een belangrijke culturele factor in Oostenrijk is de reputatie van de medische specialist. Noodzakelijk voor die reputatie is het behandelen van een grote hoeveelheid patiënten ('hoe meer patiënten, des te groter de reputatie'). Met deze reputatie kan de specialist vervolgens particulier bijverzekerde patiënten aantrekken, waarvoor hij apart de verrichtingen mag declareren. Door dit reputatieverschijnsel vinden doorverwijzingen van algemene ziekenhuizen naar academische ziekenhuizen vrijwel alleen plaats op basis van medisch inhoudelijke gronden. Reputatie is in het Oostenrijkse geval een sterkere factor in het niet-doorverwijzen dan verwachte hoge kosten als factor voor wel-doorverwijzen.

Door de vrije keuze in artsen en ziekenhuizen is reputatie van zorgaanbieders in Zweden van belang. De regionale ziekenhuizen (vergelijkbaar met de academische ziekenhuizen in Nederland) hebben een voorkeur bij patiënten.

Niet zo zeer een prestige-kwestie als wel een culturele gewoonte is de houding van artsen in het Britse gezondheidszorgstelsel van de NHS. Calculerend gedrag 'past' gewoon weg niet in dit stelsel. Veeleer is het gebruikelijk diegene te helpen die daar om vragen.

11.6. Maatregelen tegen eventuele FRI

Ziekenhuizen worden in België bekostigd op basis van DRG's. Binnen dit systeem zou in principe verwachte hogere kosten in verband met langere verblijfsduur binnen een DRG leiden tot een financiële doorverwijsprikkel. In België zijn daarom de DRG's verfijnd voor leeftijd, geriatrische aspecten e.d. om een patiëntselectie vanwege financiële overwegingen te voorkomen.

In Nederland zal het gelijk trekken van de budgetopbrengsten met de werkelijke kosten van een verpleegdag de prikkel wegnemen om patiënten waarvan ex ante wordt verwacht dat ze een lange ligduur nodig zullen hebben, door te verwijzen naar academische ziekenhuizen. De verpleegdag, zo is betoogd in het Nederlandse hoofdstuk, is samen met het gebruik van dure kunst- en hulpmiddelen de enige variabele waarop het ziekenhuis kan sturen. Maar omdat de budgetopbrengsten uit beleidsoverwegingen veel lager zijn gesteld dan de werkelijke kosten (f.80,- tegenover f.250,- werkelijke kosten), ontstaat daaruit een doorverwijsprikkel uit oneigenlijke gronden. Ten aanzien van het gebruik van de dure kunst- en hulpmiddelen is een mogelijke maatregel hiervoor het maken van aparte budgetafspraken voor het gebruik van deze middelen.

11.7. Neveneffect: transactiekosten

Tegenover de verfijning van bekostigingssystemen staat veelal een toename van de transactiekosten.

In Oostenrijk is er vanwege de geografische fysieke kenmerken van het land behoefte aan een zeer gedetailleerde centrale planning van diensten. Ter verduidelijking de volgende illustratie: om concurrerend te zijn kan het voorkomen dat twee in elkaars nabijheid gelegen ziekenhuizen of een ziekenhuis en een groep van ambulant werkende specialisten besluiten om een laser aan te schaffen. Echter is in het gebied slechts behoefte aan één laser. Beide partijen vragen de overheid een beslissing te nemen in de toewijzing wie een laser gaat aanschaffen, respectievelijk de verzekering dat zij een contract krijgen met de zorgverzekeraar ten aanzien van deze diensten, wanneer het ziekenhuis een laser heeft geïnstalleerd. Overheidsplanning op een dergelijk gedetailleerd niveau komen veel voor in Oostenrijk. De talrijke procedures hiervoor brengen hoge transactiekosten met zich mee.

In het Verenigde Koninkrijk hebben ziekenhuizen door de contracten die ze met de verschillende talrijke budgethoudende huisartsen (GP fundholders) moeten afsluiten aanzienlijk hogere transactiekosten verkregen. De vergroting het aantal transacties heeft tot een forse toename van personeel in de stafafdeling in de ziekenhuizen geleid.

12. Slot: samenvatting, conclusies & aanbevelingen

12.1 Samenvatting

12.1.1 *De financiële doorverwijsprikkel en het bekostigingssysteem*

De financiële doorverwijsprikkel komt tot stand uit het verwachte verschil tussen de (marginale) kosten en opbrengsten per te behandelen patiënt.

Uit de verschillende bekostigingssystematieken blijkt dat er verschillende financiële doorverwijsprikkels in zitten. In het theoretisch kader is een drietal bekostigingssystemen beschreven:

- i. Lumpsum, waarbij de doorverwijsprikkel sterk aanwezig is;
- ii. Abonnementssysteem (per capita), waarbij ook hier de doorverwijsprikkel aanwezig is, omdat de middelen ongeacht het aantal verrichtingen (de intensiteit) worden verkregen;
- iii. Verrichtingen systeem, waarbij er een negatieve financiële doorverwijsprikkel bestaat, omdat elke eigen verrichting wordt vergoed/beloond.

De empirische waarde van de uitkomsten van het theoretisch kader is vooralsnog beperkt. Echter het feit dat de (theoretisch) beschreven prikkels in de buitenlandse bijdragen worden herkend en geïllustreerd, geeft aan dat het wel degelijk een praktische waarde heeft. De schaal waarop de verschillende prikkels leiden tot oneigenlijk handelen is onbekend, maar duidelijk is dat het nergens als een groot probleem wordt ervaren.

De doorverwijsprikkels zijn verder uit te splitsen over de verschillende actoren, te weten de algemene ziekenhuizen, de medisch specialisten, de countervailing power (meestel de financier) en de academische ziekenhuizen. Elk worden hier kort weergegeven, geïllustreerd met voorbeelden uit de verschillende landen.

Algemene ziekenhuizen

In Nederland zijn er door het bestaan van globale parameters (en geen gedifferentieerde DRG's) prikkels om ex ante inschattingen te maken van de kosten die patiënten met zich mee brengen en om deze vervolgens af te wegen tegen de WTG-opbrengsten. Van invloed op de kosten zijn de verwachte verblijfsduur (aantal verpleegdagen) en het gebruik van (dure) kunst- en hulpmiddelen.

Alleen nog in het Verenigd Koninkrijk doet zich een dergelijke prikkel voor bij die ziekenhuizen die een zogenaamd "block-contract" hebben afgesloten met de financier (Local Health Authority of budgethoudende huisarts). Het block-contract is vergelijkbaar met het abonnementsysteem en houdt geen rekening met de intensiteit van de verrichtingen per patiënt.

In Duitsland nemen de budgetten jaarlijks langzamer in omvang toe, dan de kosten en aantallen patiënten. Ziekenhuizen kunnen hun financiële positie verbeteren door sneller door te verwijzen, met name die patiënten die gecompliceerde ziektebeelden hebben.

In Oostenrijk en België doet zich vanuit de algemene ziekenhuizen deze prikkel niet voor. Door een te ruime capaciteit is men daar veel eerder door concurrentie er opgericht om de patiënt binnen het houden. De bezettingsgraad is te laag om door te verwijzen.

Medisch specialisten

Door het deelnemen van medisch specialisten in Nederland in lokale initiatieven voor wat betreft de honorering (in plaats van een individueel verrichtingensysteem) met gemaximeerde ex ante af te spreken volume-ontwikkelingen, is er een prikkel ontstaan om door te verwijzen. Specialist zijn nu immers op een kleinere (en daardoor meer aanspreekbare) schaal gebudgetteerd. Overschrijdingen dienen gecompenseerd te worden. Wanneer overschrijdingen dreigen, wordt de prikkel voor doorverwijzen sterker.

Een tegengestelde prikkel bestaat in onder andere Oostenrijk. Artsen kunnen lucratieve particulier bijverzekerde patiënten slechts behandelen, indien zij een goede reputatie hebben. Die kunnen zij alleen opdoen door voldoende geavanceerde verrichtingen te maken. Doorverwijzen duidt op een tekort aan kennis en ervaring en heeft daarom een negatieve invloed op de reputatie. Aan de andere kant brengt niet-doorverwijzen een risico voor de patiënt met zich mee, dat uiteindelijk de reputatie nog veel meer kan schaden. Specialisten staan hier duidelijk voor een optimalisatie-probleem. In het Oostenrijkse geval lijkt doorverwijzen alleen te adviseren indien de medisch specialist een risico loopt ten aanzien van zijn of haar reputatie.

In het Verenigd Koninkrijk ligt het in de cultuur van de NHS-artsen (inclusief medisch specialisten) opgesloten om een niet-calculerend gedrag te vertonen. Een grote loyaliteit aan het systeem en aan de patiënten heeft een remmende werking op doorverwijsgedrag uit financiële motieven.

In het algemeen geldt dat reputatie een remmende werking heeft op de doorverwijsprikkel van medisch specialisten. Ook indien er geen directe financiële consequenties aan verbonden zijn.

Een kanttekening moet hier worden gemaakt indien de medisch specialisten naast een publiek ziekenhuis ook werkzaam kunnen zijn in een privaat ziekenhuis. Dit is het geval in Frankrijk. In dat geval kan er wel degelijk een sterke prikkel voor medisch specialisten aanwezig zijn om 'winstgevende' patiënten door te verwijzen naar de privé-kliniek. Andersom kunnen 'verliesgevende' patiënten vanuit de private ziekenhuizen worden doorverwezen naar publieke (academische) ziekenhuizen.

Academische ziekenhuizen

Wanneer blijkt dat patiënten niet vanwege de topreferentie-functie naar de academische ziekenhuizen worden doorverwezen, maar vanwege de verwachte hoge kosten van patiënten, komen de academische ziekenhuizen in vrijwel alle landen in financiële problemen. In Nederland staan geen extra financiële middelen voor deze gevallen ter beschikking. Voor de topreferentie-functie wel, maar die middelen zijn onderdeel van een op historische gronden bepaald globaal budget. De prikkel ontstaat om deze patiënten terug te verwijzen, alleen ontbreekt binnen het huidige systeem een geldig argument (zoals dat voor de andere doorverwijzing wel bestaat, namelijk beperkte kennis en middelen binnen het algemene ziekenhuis en de topreferentie-functie van het academische ziekenhuis). In toenemende mate worden er lokaal tussen academische en algemene ziekenhuizen afspraken gemaakt, welke patiënten het beste in welke omgeving behandeld kunnen worden.

In de Verenigde Staten lossen enkele academische ziekenhuizen hun financiële problemen op door integratie binnen de verticale bedrijfskolom: fusie of samenwerking van academische ziekenhuizen met algemene ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg, etc.

Countervailing power (veelal financier)

In Nederland komen zorgverzekeraars in een steeds concurrerendere omgeving terecht, zeker bij de invoering van de voorgenomen volledige budgettering. Hiermee verschuift de countervailing power ten opzichte van de zorgaanbieders. Deze lag eerst bij de overheid en verschuift nu richting zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars worden risicodragend. In dat geval ontstaat er een prikkel om patiënten zoveel mogelijk in goedkopere algemene ziekenhuizen te houden of zelfs vanuit de academische ziekenhuizen terug te verwijzen. Hiervoor hebben zorgverzekeraars vooralsnog echter geen instrumenten tot hun beschikking.

Aanzienlijk meer macht hebben in de Verenigde Staten de HMO's met de managed care-programma's. Met hun patiënten bepalen zij de patiëntenstromen in de zorg. De macht van de HMO's roept een tegenreactie op bij de zorgaanbieders: door zich te verenigen in zorgketens krijgen de zorgaanbieders weer vat op de patiëntenstromen.

In enkele gevallen zijn HMO's overgegaan tot het in dienst nemen van doctors (in plaats van contracteren), of andersom: een keten van zorgaanbieders die hun eigen HMO opzetten. Hierdoor is er sprake van een vergaande integratie van de countervailing power met de zorgaanbieders. De betrokkenheid bij de (kwaliteit van de) zorg en het belang van kostenbeheersing ligt in het laatste geval heel direct bij de HMO.

In de Britse situatie hebben lokale gezondheidszorg autoriteiten de taak toe bedield gekregen van het contracteren van zorgaanbieders. Deze taak kunnen zij (deels) mandateren aan huisartsen. Hierdoor ontstaat een geïntegreerde countervailing power (geïntegreerd omdat de een deel van de zorgaanbieders er in betrokken zijn). Het is minder vergaand dan in enkele gevallen in de Amerikaanse situatie.

In Zweden ligt de countervailing power ten opzichte van de zorgaanbieders steeds meer bij politieke, op lokaal niveau gekozen zorginkoop-comité's. Deze worden om de vier jaar afgerekend op hun zorginkoop-beleid middels verkiezingen.

12.1.2. Factoren die de financiële doorverwijsprikkel beïnvloeden

In hoofdstuk 11 is geïnterviewd welke factoren de financiële doorverwijsprikkels beïnvloeden. Een viertal factoren is boven water komen drijven na de analyse van de verschillende landenbijdragen:

- i. De mate van capaciteitsbenutting: een eerste vereiste voor de werking van een financiële doorverwijsprikkel is de voldoende aanwezigheid van patiënten in het ziekenhuis. Aan die voorwaarde wordt behalve in Nederland en in het Verenigd Koninkrijk nergens voldaan. De prikkel lijkt zich dan ook in andere landen niet of minder (zoals in Duitsland) voor te doen. Ten aanzien van de hoge mate waarin de capaciteit wordt benut in Nederland lijkt de integratie van de polikliniek in de ziekenhuiszorg een belangrijke bijdrage te vormen.
- ii. De aanwezigheid van een countervailing power. De druk die een countervailing power uitoefent (of niet) om de zorgaanbieder te dwingen tot een goede prijs-kwaliteitsverhouding te komen, is van belang voor de aanwezigheid van een mogelijke financiële doorverwijsprikkel. Bij de afwezigheid van een dergelijke kracht, is de prijsstelling van de dienstverlening minder belangrijk geworden.
- iii. De aanwezigheid van marktwerking. In het verlengde van de vorige factor is de druk die concurrentie op een individuele zorgaanbieder uitoefent ten aanzien van de prijs-kwaliteitsverhouding van belang voor de aanwezigheid van een mogelijke financiële doorverwijsprikkel.
- iv. Voor het verkrijgen van inkomsten welke factor is belangrijker: calculerend gedrag of prestige?

12.2. Toekomstig sturingsmodel ziekenhuiszorg in Nederland

Het toekomstige sturingsmodel voor ziekenhuis- en medisch specialistische zorg berust volgens de huidige uitgangspunten van voorgenomen kabinetsbeleid op het principe van gereguleerde concurrentie. De overheid trekt zich terug; de zorgverzekeraars zullen op diverse terreinen de rol van countervailing power moeten overnemen.

Schema 11.1 laat drie markten zien die in het toekomstig stelsel aan meer marktwerking worden blootgesteld: De verzekeraarsmarkt, de zorgaanbiedersmarkt en de bekostigingsmarkt.

Welk veranderend gedrag van de actoren verwacht mag worden als gevolg van de voorgestelde wijziging van het toekomstig sturingsmodel van de ziekenhuiszorg in Nederland wordt hieronder nader beschreven.

Op de verzekeraarsmarkt betekent dit vervanging van het declaratie- respectievelijk nacalculatie-systeem door een normatief budgetsysteem. De “vaste” kosten in de ziekenfondsuitgaven (niet door de individuele ziekenfondsen te beïnvloeden) worden op basis van een “nacalculatie-achtig” systeem vergoed. Financiering van de individuele ziekenfondsen vindt grotendeels plaats uit de met inkomensafhankelijke premies gevulde Centrale Kas op basis van normatieve criteria als aantal verzekerden naar leeftijd, regio, geslacht en arbeidsongeschiktheid, in combinatie met de eerder genoemde nacalculatie voor de “vaste” uitgaven. De mate waarin de uitgaven per verzekerde hoger uitvallen dan de uitkering uit de Centrale Kas, wordt gedekt door de verzekerden een nominale premie in rekening te brengen. Hierdoor zal een zekere mate van prijsconcurrentie ontstaan. De ziekenfondsen kennen een periodieke acceptatieplicht. De vaste werkgebieden zijn opgeheven en nieuwe ziekenfondsen mogen toetreden.

Concurrentie op de verzekeraarsmarkt vindt plaats op de terreinen pakketomvang, toegankelijkheid en premiehoogte. Risicobeperking zal leiden tot marktconcentratie door verdergaande fusievorming en samenwerking. Daarnaast mag worden verwacht dat produktdifferentiatie zal toenemen door het aanbieden van brede pakketten op het gebied van schade- en levensverzekeringen en bancaire dienstverlening.

Verschillen in pakketomvang doen zich vanwege de wettelijke basis voor de verstrekkingen vrijwel alleen voor in de aanvullende verzekering.

Toegankelijkheid en kwaliteit van de geleverde zorg zijn wel elementen die in het toekomstige stelsel een rol van betekenis gaan spelen. Zorgaanbieders zullen voldoende zorg moeten contracteren. Vrije artskeuze en de diepte van het pakket, snelle toegang tot zorg in relatie tot wachtlijsten zijn vrijheidsgraden, waar de verzekeraars beleid op kunnen voeren.

Premiehoogte wordt bij de ziekenfondsen bepaald door de nominale premie (en de aanvullende premie). Verreweg het grootste deel (92%) van de ziekenfondspremie loopt via de Centrale Kas. Dit betekent dat, wanneer een ziekenfonds gemiddeld 5% hoger kostenniveau heeft, er een 50% hogere nominale premie in rekening gebracht moet worden. Om die reden zal de zorgverzekeraar er veel aangelegen zijn de gemiddelde kosten in vergelijking tot de normuitkering te reduceren.

Het beperken van de nominale premie kan langs twee manieren worden bereikt:

- patiëntenselectie
- prijsconcurrentie op het zorgaanbod.

Als we naar het verleden kijken dan zien we dat particuliere verzekeraars zich vooral gericht hebben op het verkrijgen van een gunstige risicoportefeuille. Jongeren worden gelokt met lage premies, verzekerden met een goede gezondheid krijgen in ruil voor een hoog eigen risico een zeer lage premie, no-claim-kortingen worden geïntroduceerd, collectieve contracten worden op grote schaal afgesloten, vooral in bedrijfstakken met gunstige risico's. Hoge risico's worden gepoold, ofwel via de WTZ, ofwel door herverzekering. Verwacht mag worden dat dit bedrag/beleid in de toekomst door de ziekenfondsen zal worden nagevolgd.

Binnen de ziekenfondssfeer wordt beoogd patiëntenselectie tegen te gaan. Er komt acceptatieplicht en het normuitkeringssysteem moet in grote lijnen een adequate vergoeding geven voor de gemiddelde kosten per verzekerde. Toch bestaat de verwachting dat daarmee patiëntenselectie om langs deze zijde te komen tot reductie van de gemiddelde meerkosten per verzekerde (meerkosten in vergelijking met de normuitkering) niet is uitgesloten.

Op prijsconcurrentie wordt in paragraaf 12.2.3 ingegaan.

Op de zorgaanbiedersmarkt zal marktwerking worden versterkt door de vrije toegang tot de markt te vergroten en vrije prijsvorming toe te staan.

De toegang tot de markt wordt momenteel gereguleerd door de WZV. Door instellingen in de gezondheidszorg mag pas worden gebouwd nadat de minister vergunning ex-WZV heeft verleend. Het kabinet heeft aangekondigd de WZV van een verbodsstelsel om te vormen tot een stimuleringsregeling. Kern van de nieuwe WZV wordt een stelsel van bouwprogrammering. De minister geeft een visie op de gewenste bouwbehoefte. Slechts die voorstellen komen voor financiering uit collectieve middelen in aanmerking die voldoen aan de bouwbehoefte. Andere voorstellen worden niet verboden, maar moeten privaat worden gefinancierd.

Het kabinet heeft tevens aangekondigd de WTG vergaand te dereguleren ¹⁵. Voor de variabele kosten van het ziekenhuis kan de WTG buiten werking worden gesteld, mits de markt goed werkt. Dit wordt onder andere afgemeten aan de mate waarin prijzen niet gelijk zullen zijn aan maximumtarieven. Prijsvorming zal dan de uitkomst zijn van marktwerking, waarin eveneens de hoeveelheden tot stand zullen komen. Prijzen zullen gekoppeld zijn aan concrete producten op basis van producttyperingen / outputpricing. De functiegerichte budgettering zal komen te vervallen.

Concurrentie op de ziekenhuismarkt zal zich richten op continuïteit van de bedrijfsvoering.

Deregulering van de WZV en de WTG kan ertoe leiden dat het aanbod van voorzieningen in eerste instantie sterk groeit. Gezien de wachtlijsten kan gesteld worden dat er momenteel schaarste aan medische zorg is. Vrije toetreding tot de markt van de medisch specialistische zorg zal er toe leiden dat specialisten vaker in eigen particuliere klinieken hun functie gaan uitoefenen. De voortgaande medisch technologische ontwikkeling maakt het mogelijk, dat steeds meer activiteiten poliklinisch of in dagverpleging kunnen worden uitgevoerd. Dit zal ertoe leiden dat de eenvoudiger te behandelen patiënten veel minder vaak in een klinisch ziekenhuis zullen worden behandeld.

Ziekenhuizen zullen trachten hun marktpositie te behouden door de poliklinische functie relatief goedkoop aan te bieden. De prijzen van de klinische activiteiten zullen daardoor juist stijgen.

Op de bekostigingsmarkt zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot afspraken dienen te komen over volume, kwaliteit en prijs van de dienstverlening. Vrije toetreding van zorgaanbieders en opheffing van de werkgebieden van de ziekenfondsen zal het aantal actoren op deze markt lokaal sterk doen toenemen. Voor marktwerking is dat een noodzakelijke voorwaarde.

De huidige situatie wordt gekenmerkt door een "oligopsolistische" markt. Slechts enkele zorgaanbieders en enkele zorgverzekeraars domineren de markt.

Toename van het aantal actoren brengt met zich mee dat het huidige bekostigingsmodel voor algemene ziekenhuizen niet langer kan bestaan.

Eenzijds omdat de vaste en semivaste componenten uit het FB-model (aderente inwoners, bedden, specialistenplaatsen) niet als product herkenbaar zijn en er geen prijs aan gehangen kan worden. Anderzijds zullen zorgverzekeraars zich van elkaar wensen te onderscheiden door voor *hun* verzekeren specifieke arrangementen met zorgaanbieders af te spreken.

Zoals gesignaleerd blijft de overheid een belangrijke actor op het terrein van de uitbreiding en nieuwbouw van ziekenhuizen. Financiering vindt plaats uit de collectieve middelen. Daarbij kan gedacht worden aan financiering vanuit de algemene middelen of rechtstreeks uit de centrale kas.

¹⁵ Zie de nota : 'De prijs die zorg verdient, Tweede Kamer, 1995-1996

De vergoeding van de resterende ziekenhuiskosten wordt op basis van outputpricing / producttypering verzorgd.

Daarvoor kunnen prospectief met de dominerende zorgverzekeraar afspraken gemaakt worden. Zorgverzekeraars, die lokaal maar een zeer gering marktaandeel hebben zullen geen afspraken maken, of men zou een samenwerkingsverband namens deze zorgverzekeraars afspraken moeten laten maken.

Het ziekenhuis kan ook afwachten en tegen haar voorwaarden rekeningen sturen voor alle patiënten die zich laten behandelen.

Het is momenteel niet goed in te schatten hoe de prijsvorming in de ziekenhuiszorg in zijn werk zal gaan. Indien er op lokaal niveau door een ziekenhuisorganisatie met 50 verschillende zorgverzekeraars onderhandeld moet worden over de prijs van 150 tot 3000 producten, die soms patiëntspecifiek worden bepaald, kunnen vraagtekens gezet worden bij het goed functioneren van de markt.

Zorgverzekeraars hebben weinig mogelijkheden om hun verzekerden naar bepaalde zorgaanbieders te sturen.

Het is niet uit te sluiten dat bovenstaande ontwikkelingen bevorderen dat er samenwerkingsverbanden / fusies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan ontstaan, zoals we dit in de Verenigde Staten zien. Daar bestaan Preferred Provider Organisations of HMO's. Deze organisaties hebben een geïntegreerd belang om patiënten op de juiste plaats te laten behandelen.

12.2.4 *Doorverwijsgedrag in toekomstig sturingsmodel voor ziekenhuiszorg in Nederland*

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe bekostigingssystematieken het verwijsgedrag van de ziekenhuizen bepalen. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen systematieken die grotendeels uit een vast budget bestaan tegenover verrichtingsystemen.

In hoofdstuk 11 zijn daarnaast een viertal factoren komen bovendrijven die het doorverwijsgedrag vanwege financiële motieven beïnvloeden:

capaciteitsbenutting, countervailing power, marktwerking, status

De overgang van het prospectieve op globale normatieve budgetparameters gebaseerde FB-model naar een bekostigingsmodel op basis van producttypering / outputpricing zal een aantal gedragsveranderingen met betrekking tot het doorverwijsgedrag. Het FB-model kent vaste, semivaste en variabele componenten. We hebben geconstateerd dat doorverwijzen lonend is voor patiënten met een lange gemiddelde ligduur of voor patiënten die dure genees-, kunst- en/of hulpmiddelen nodig hebben.

Het nieuwe systeem kan worden gekenschetst als een 'verrichtingssysteem'. Indien het aantal producttyperingen beperkt wordt tot 100 à 150 dan zal er binnen een producttypering/DBC een grote kostenvariatie optreden. Het systeem leidt ertoe dat ziekenhuizen veel meer invloed krijgen in de kosten en opbrengsten per patiënt. Voor zover dure patiënten op voorhand traceerbaar zijn, zullen zij worden doorverwezen, tenzij voor deze patiënten de mogelijkheid bestaat hogere prijzen in rekening te brengen. Als het aantal producttyperingen voor ziekenhuiszorg 1.000 à 3.000 bedraagt, bestaat er geen reden om vanwege financiële motieven tot doorverwijzing over te gaan. De kostenvariatie binnen een DBC zal dan immers nihil zijn. Dit brengt wel het gevaar van DBC-inflatie met zich mee.

In het huidige bekostigingsmodel leiden ex ante productie-afspraken ertoe dat ziekenhuizen in de praktijk meestal slechts in geringe mate de productie-afpraak overschrijden. Dat geeft een goede uitgangspositie voor de productie-afspraken voor komend jaar zonder dat de lopende begroting door de meerkosten als gevolg hiervan sterk onder druk komt te staan.

In het toekomstige systeem is het onduidelijk of er ex ante afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

In de voorgaande paragraaf is beschreven dat te verwachten valt dat het zorgaanbod zal toenemen. De overheidsplanning van het aanbod beperkt zich tot (grootschalige) nieuwbouw. De toekomstige capaciteit van ziekenhuiszorg wordt echter niet langer bepaald door bedden maar veel meer door de omvang van de polikliniek, de OK-ruimte en de beschikbaarheid van het juiste personeel. In dat licht mag de zorgmarkt vele nieuwe toetreders tegenmoet zien. Het gevolg is dat de bezettingsgraad in ziekenhuizen (niet alleen de bedbezetting) zal afnemen en dus dat patiënten minder snel zullen worden doorverwezen. Iedere patiënt draagt ertoe bij dat minimaal een deel van de vaste kosten van het ziekenhuis zal worden terugverdiend.

Zolang de capaciteit dit toelaat zullen geen patiënten vanwege financiële motieven worden doorverwezen.

Bepaalde functies in de ziekenhuiszorg hangen samen met niet direct patiëntgebonden activiteiten, maar hebben een bredere algemene doelstelling. Hierbij kan gedacht worden aan de opleidingsfunctie, de onderwijs- en onderzoeksfunctie, de beschikbaarheidsfunctie en deels ook de topreferentiefunctie. Deze functies leiden tot kosten die, wanneer ze niet op een aparte manier worden gefinancierd, marktwerking in de 'reguliere zorg' verstoren. Ook de lokatiegebonden kosten kunnen deze verstoring te weeg brengen. In de budgettering van de ziekenfondsen vindt voor deze kosten nacalculatie plaats.

12.3. Conclusies & aanbevelingen

In deze paragraaf worden de belangrijkste conclusies uit deze studie samengevat. Een deel van de conclusies wordt gevolgd door een aanbeveling.

De mate waarin doorverwijsgedrag op financiële gronden in de praktijk voorkomt

1. Als eerste valt op dat het probleem van doorverwijsgedrag vanwege financiële motieven in het algemeen niet als een groot probleem wordt ervaren. Concrete cijfers zijn niet voorhanden. Niet te min wordt momenteel in Duitsland onderzoek verricht naar het doorverwijsgedrag tussen algemene en academische ziekenhuizen.

Bekostigingssystematiek en financiële doorverwijsprikkels

2. Gesteld kan worden dat hoe gedifferentieerder de bekostigingssystematiek is, hoe beter de aansluiting tussen kosten en opbrengsten kan worden gerealiseerd. Daarmee vermindert de rede om patiënten vanwege financiële motieven door te verwijzen naar een academisch ziekenhuis. Echter doen zich twee negatieve neveneffecten voor bij een zeer gedifferentieerd systeem:
 - de transactie-kosten nemen toe, naarmate het systeem verfijnder is;
 - om de opbrengsten hoger te laten zijn dan de gemaakte kosten, bestaat het gevaar van DRG-inflatie. De patiënt wordt geclassificeerd in een hogere DRG, dan feitelijk nodig is. Kostenbeheersing komt hiermee in gevaar.

Aanbeveling:

Het ligt, gezien de conclusie, voor de hand dat het bij de opzet van een bekostigingssysteem op basis van DBC's een juiste balans gevonden wordt tussen een te globale systematiek en een te gedifferentieerd bekostigingssysteem.

3. In die landen waar zorgaanbieders integraal worden bekostigd op basis van verrichtingen doet zich de vraag voor of patiënten niet te laat of helemaal niet worden doorverwezen naar meer gespecialiseerde voorzieningen. De prikkel in een dergelijk systeem is immers om zoveel mogelijk zelf aan verrichtingen te doen.

Een vergelijkbare prikkel bestaat in die gevallen waarbij prestige van de medisch specialist van groot belang is. Doorverwijzen kan worden opgevat als niet voldoende competent, waardoor de prestige wordt aangetast.

Aanbeveling:

Het bekostigingssysteem kan mede gelet op de kostenstructuur het beste een mixed karakter hebben in termen van vast / semivast / variabel, ofwel een bekostigingssysteem dat gelet op de kostenstructuur een vast (lumpsum) element kent, een bekostigingsdeel per capita en een bekostigingsdeel per produkt.

Aanbodstructuur

4. Ten opzichte van het buitenland kent Nederland de unieke situatie dat vrijwel alle specialisten werkzaam zijn in het ziekenhuis. Hierdoor kan de capaciteit de ontwikkelingen in de vraag naar zorg nauwgezet volgen (vermindering aantal bedden, vergroting polikliniek en dagbehandelingscapaciteit), zonder dat het ten koste gaat van de inkomsten van het ziekenhuis. In het buitenland moeten deze twee vormen van medisch specialistische zorg, klinische ziekenhuiszorg en poliklinische zorg van ambulant werkende specialisten, met elkaar concurreren.

Dit leidt tot de volgende problemen:

- er ontstaat snel een overaanbod aan voorzieningen en daardoor een minder efficiënte zorg;
- er ontstaat een tussenlaag, met als gevolg dat bij doorverwijzing allerlei onderzoeken overgedaan worden en dat extra coördinatie geleverd is;
- partijen roepen om een vergaande planning van infrastructuur;
- de beweging van klinisch naar ambulant werken wordt belemmerd. Patiënten zouden naar andere behandelaars (concurrentie) moeten worden doorverwezen.

Aanbeveling:

Integratie van klinische en poliklinische activiteiten binnen het organisatorisch kader van het ziekenhuis blijkt een positieve uitwerking op kostenbeheersing te hebben en zou in de Nederlandse situatie gehandhaafd moeten blijven.

Integratie van de medisch specialistische verstrekkingen (ziekenhuis en specialist sturen één rekening) kan deze situatie verstoren; specialisten zullen zich gemakkelijker dan in het verleden ambulant kunnen vestigen.

5. In alle landenrapportages wordt onderkend dat academische ziekenhuizen en grote algemene ziekenhuizen vanwege hun typerende functies duurder zijn dan (kleinere) algemene ziekenhuizen. Door te kijken naar de kostenstructuur kunnen deze extra kosten veelal op een globale wijze worden onderscheiden.

Aanbeveling:

De invoering van meer marktwerking brengt met zich mee dat er sprake moet zijn van 'eerlijke' concurrentie. Om die reden is het van belang om de kosten die samenhangen met bepaalde (bovenregionale, en/of niet patiëntgebonden) functies volgens een geoormerkt en subsidiair bekostigingssysteem te financieren. Hierbij moet vooral gedacht worden aan functies als onderzoek, onderwijs en de opleiding van medisch specialisten.

Tegenwicht voor de gevolgen van de financiële doorverwijsprikkels

6. In het algemeen kan worden gesteld dat academische ziekenhuizen (of vergelijkbare ziekenhuizen, zoals teaching hospitals in Engeland en in Zweden) over weinig mogelijkheden beschikken om patiënten terug te verwijzen. Het gevolg is dat er aan de entree van academische ziekenhuizen wachtlijsten ontstaan.

Aanbeveling:

Er moet worden nagedacht over condities waaronder het terugsturen van patiënten naar de algemene ziekenhuizen vanuit de academische ziekenhuizen gemakkelijker georganiseerd kan worden.

7. In de Nederlandse situatie zijn er twee elementen die momenteel vanuit de algemene ziekenhuizen tot doorverwijzing op basis van financiële motieven kunnen leiden:
- te lage parameter-vergoeding voor de verpleegdag;
 - geen afzonderlijk budget voor dure kunstmiddelen.

Aanbeveling:

Gezien de twee genoemde elementen is de eerste aanbeveling de verhoging van de parameterwaarde voor verpleegdagen, samen met verlaging van de parameter voor opname. Dit bevordert bovendien dagbehandeling in plaats van klinische opname.

In aansluiting op het tweede element, de volgende opmerking: met ingang van 1997 worden dure hulpmiddelen wel reeds afzonderlijk gedeclareerd. Het ligt vervolgens dan voor de hand om, net als voor de eerste lijnsondersteuning een produktie-afpraak te maken voor de dure hulpmiddelen.

LIJST VAN AUTEURS

Beeckmans, J.

Academisch Ziekenhuis, Vrije Universiteit Brussel, Belgium

Getzen, T.

School of Business & Management, Temple University, USA

Kaltenbrunner, M.T.

Technische Universität Wien, Austria

Neubauer, G.

Institut für Gesundheitsökonomik, München, Germany

Smit, R.L.C.

NZi, institute for health care management, Utrecht, The Netherlands

Smith, P.

Dept. Of Management, University of St. Andrews, United Kingdom

Stephan, A.

Technische Universität Wien

Tabet, J.

INSEAD, The European Institute of Business Administration, Fontainebleau, France

Törnqvist, H.

Spri, The Swedish Institute for Health Services Development, Stockholm, Sweden

Vandermeulen, L.J.R.

NZi, institute for health care management, Utrecht, The Netherlands

