

# zorgalert

Voor professionals in de medische sector

nummer 2 2009

## Mitralis Diagnostisch Centrum

Drang naar kwaliteit

## Woonzorgnet

Zelfstandig wonen  
met 24-uursbegeleiding

## Mike Leers over leiderschap

Gerard Smith vs

# Ab Klink

Verruiming van de marktwerking of niet?

# Met de Of vrijgeven

Geen woord dat vaker verscheen op medische krantenpagina's in 2009 dan 'marktwerking'. Openstellen of de handrem erop? Minister Ab Klink en voorzitter van Zelfstandige Klinieken Nederland Gerard Smith over de te varen koers.

TEKST: WILLEM VAN LEEUWEN / BEELD: CASPER RILA EN HADEWYCH VEYS

## Ab Klink



handrem erop?  
die markt?

Gerard Smith



## ‘We hebben al de nodige stappen gezet’

**M**inister Ab Klink voert het door Hans Hoogervorst geïntroduceerde idee van marktwerking in de zorg verder door. Hoe zal het beleid zich de komende tijd ontwikkelen?

*Over welke zaken bent u op dit moment tevreden en in welke zaken zou u nog progressie willen zien?*

'Het principe van een vraaggestuurd stelsel, marktwerking zo u wilt, is een traject dat al sinds de jaren tachtig speelt. Het komt tegemoet aan toenemende maatschappelijke uitdagingen, zoals vergrijzing, wachtlijsten, toenemende kosten et cetera.

We hebben al de nodige stappen gezet: zo zijn er kwaliteitsindicatoren en is het Veiligheidsprogramma geïntroduceerd. Tegelijkertijd moet de kwaliteit van de zorg inzichtelijk worden via het project Zichtbare Zorg. Ook dat zal leiden tot kwaliteitsverbetering en doelmatigheid. Ziekenhuizen krijgen vanaf 2011 meer ruimte om, in overleg met verzekeraars, de prijs van diagnoses en behandelingen te bepalen, mits de evaluaties van de NZa positief zijn. Nu geldt er voor 34 procent vrije prijsvorming en dat moet dan dus 50 procent worden.

Ter verbetering van de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken wordt bovendien integrale, samenhangende zorg ingevoerd. Er komt één prijs voor de geïntegreerde samenhangende behandeling voor een bepaalde aandoening, zoals diabetes, waarbij alle zorg die de patiënt nodig heeft binnen die prijs valt. Omdat patiënten langer door de huisarts worden behandeld, worden complicaties voorkomen en worden patiënten minder snel doorgestuurd naar de specialist. Vrije prijzen, inzicht in de kwaliteit(sverschillen)

en een bekostigingssysteem dat kwaliteit en samenhang in plaats van (alleen) volume belooft is de leidraad van het huidige beleid. Hierin staat de hervorming van het zorgstelsel centraal.'

*In hoeverre en in welke mate ziet u een expliciete tweedeling tot stand komen van overheidsgecontracteerde zorg met vaste prijzen en een marktgecontracteerde zorg met vrije prijzen?*

'Uit het ziekenhuiszorgrapport van de NZa is gebleken dat de prijs en kwaliteit in het B-segment zich positief ontwikkelen. Het Oogziekenhuis in Rotterdam dat voorbeelden uit het bedrijfsleven gebruikt om hun zorg te optimaliseren of twee specialisten die een zelfstandig behandelcentrum zijn gestart (ZBC Diabeter) en daar fantastische resultaten boeken, bieden een illustratie van de dynamiek die aan het ontstaan is.

De vergelijking met het A-segment is echter lastig te maken, aangezien daar zorg wordt verleend met een andere aard. Een deel van deze zorg is geschikt om in stappen over te hevelen naar het vrije segment, maar een ander deel is dat niet. Zo zullen de topklinische zorg en de topreferente zorg blijven worden bekostigd vanuit de academische component om zo het aanbod en de kwaliteit te garanderen. Ook zullen voor bepaalde zorg, zoals de acute zorg, beschikbaarheidstoelagen worden verstrekt om de continuïteit van zorg te garanderen.

De NZa adviseert mij over de invulling van de verschillende segmenten. Er is in dit traject nauw contact met het veld. Ik verwacht hier eind 2009 meer duidelijkheid over te kunnen geven.'

*In het huidige B-segment zien wij de afgelopen jaren specialisten klinieken opzetten vanuit het principe goedkopere en betere zorg door specialisatie. Na initieel enthousiasme zijn zorgverzekeraars nu terughoudend met contractering en wordt gecontracteerde productie verdragd uitbetaald. In hoeverre is reëel dat ZBC's een voorbijgaand fenomeen zullen zijn? Speelt de overheid hier een faciliterende of neutrale rol in?*

'ZBC's zijn een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod. In deze overgangsperiode moeten zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars wennen aan de nieuwe spelregels. Dit heeft ervoor gezorgd dat in de contractering de ZBC's pas laat zijn benaderd, omdat zorgverzekeraars eerst de contracten met ziekenhuizen wilden afronden. We zien het aandeel van ZBC's wel groeien de laatste jaren.

Er zijn domeinen waar bij uitstek ZBC's een grote toegevoegde waarde hebben. Ik noemde u al het voorbeeld van Diabeter, een ZBC dat kinderen met diabetes begeleidt. ZBC's bieden ondernemende zorgprofessionals de kans om patiëntgerichte zorg te bieden vlak bij de patiënt.

De overheid heeft als rol om een omgeving te creëren waar ondernemende zorgprofessionals een ZBC kunnen starten. ZBC's moeten zichzelf zo profileren dat zorgverzekeraars zorg bij hen willen inkopen. Verzekeraars moeten bereid zijn innovatieve initiatieven te waarderen en te contracteren.'

*Ziekenhuizen zijn de laatste decennia volledig gefinancierd met vreemd vermogen. De banken konden dat doen vanwege het*

**CV Ab Klink**  
Abraham (Ab) Klink werd op 2 november 1958 geboren in Stellendam. Sinds 22 februari 2007 is hij minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het vierde kabinet-Balkenende. De CDA-bewindsman ontvouwde onder het motto 'Gezond Nederland? Nederland gezond!' zijn visie op de gezondheidszorg.

*lage risico door het vergunningstelsel en de nacalculatie. Nu ziekenhuizen het risico gaan dragen voor productie en de kosten van hun bedrijfsvoering dient onder andere het eigen vermogen extern versterkt te kunnen worden om ziekenhuizen bankable te houden. Welke kapitaalverschaffers heeft u hierbij voor ogen?*

sfeer van de kapitaallasten die financiële risico's voor ziekenhuizen in de overgang naar meer marktwerking moeten ondervangen.

Ik voorzie ook een rol voor private kapitaalverschaffers. De discussie hieromtrent is nog gaande en deze wil ik ook zorgvuldig laten verlopen. De discussie over risicodragend kapitaal in de zorg is er een met een hoog politiek gehalte. Aan de ene kant kan er een prikkel van uitgaan om doelmatig te werken. Aan de andere kant is er de angst dat premiegeld wegvloeit in de zakken van

van zorg. Besluitvorming over investeringen vanaf een bepaalde omvang, fusies, strategische allianties en het afstoten van bepaalde activiteiten berust bij het bestuur en de Raad van Toezicht. Het kabinet zal de komende tijd gaan uitwerken onder welke voorwaarden een resultaatsafhankelijke vergoeding op privaat kapitaal kan bijdragen aan de waarborgen van publieke belangen in de zorg.'

*Ten slotte: laat u zich in uw beleid leiden door praktijkvoorbeelden van binnen- of buitenlandse zorginitiatieven? Ziet u voorbeelden die richtinggevend kunnen zijn voor de zorgaanbieders of -verzekeraars?*

'Ik vind het belangrijk om regelmatig een werkbezoek te brengen aan zorginstellingen in binnen- en buitenland. Enerzijds om de uitwerkingen van beleidsontwikkelingen te zien en anderzijds om inspiratie op te doen. Een goed voorbeeld is ketenzorg. Ik wil dit de komende tijd flink op de kaart zetten en word hierbij geïnspireerd en gemotiveerd door initiatieven in binnen- en buitenland.

Zo is er in Zwolle het project DiabeteszorgBeter. Dit is een transmuraal zorgprogramma waarbij de zorg van diverse professionals naadloos op elkaar aansluit. Het project laat forse dalingen zien in de cijfers: 50 procent minder kans op hartfalen, 50 procent minder amputaties, 20 procent minder ziekenhuisopnamen en 30 procent minder beroertes.

Ook in het buitenland werken artsen, patiënten en verzekeraars volop aan integrale zorg. In Amerika lopen heropnames van ouderen met hartfalen fors terug, zo blijkt uit een onderzoek in zes ziekenhuizen in Philadelphia. In Duitsland zorgt ziektemanagement voor spectaculaire resultaten bij diabetici: gemiddeld 50 procent minder amputaties, bijna 20 procent minder ziekenhuisopnames, 30 procent minder beroertes en zo'n 20 procent minder kosten.'

## 'Ik voorzie een rol voor private kapitaalverschaffers... Maar het is vanuit onze publieke verantwoordelijkheid belangrijk dat de belangen van deze investeerders parallel lopen met de continuïteit en kwaliteit van de zorg'

*Het wetsvoorstel maatschappelijke onderneming en uw brief van 9 juli jl. hebben significante impact gehad op de houding van externe investeerders naar de gezondheidszorg. Een kapitaalbreng in het Hofpoort Ziekenhuis is tot nader order opgeschort. Investeerders zoeken naar duidelijkheid over rendement en zeggenschap. Kunt u investeerders meer duidelijkheid hierover geven?*

'Het vergunningstelsel en de nacalculatie bieden banken veel zekerheid. Ik deel echter niet de conclusie dat zorginstellingen minder bankable zijn door het wegvallen hiervan. De zorg is een sterk groeiende markt. Als er één markt is waar aanbieders vrijwel verzekerd zijn van werk, is dat de zorg. Daarnaast is de NZa bezig met het inrichten van een transitieperiode in de

cowboys in de zorg. Vandaar dat er gezocht wordt naar constructen langs de lijnen van de maatschappelijke onderneming. Het is vanuit onze publieke verantwoordelijkheid voor kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid belangrijk dat de belangen van private kapitaalverschaffers parallel lopen met de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Er moeten te allen tijde garanties zijn dat met de besluitvorming die de continuïteit van de zorg raakt, de belangen van de patiënt en de cliënt worden gediend! Dit vergt structurele eisen aan de governance. Dat betekent een versterking van de zeggenschap van bestuurders en interne toezichthouders als het gaat om strategische beslissingen die direct van invloed zijn op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid



## ‘Voorfinanciering betekent een acute bedreiging’

Voorzitter dr. Gerard Smith van ZKN: ‘Voorfinanciering is een belangrijk pijnpunt voor Zelfstandige Behandelcentra’

**E**en open deur: de liberalisering in de zorg treedt verder in. Het gaat de goede kant op, vindt Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Maar toch bestaan er grote zorgen over het functioneren van de gezondheidszorgmarkt in Nederland: ‘De benodigde voorfinanciering brengt ZBC’s in grote liquiditeitsproblemen’, weet ZKN-voorzitter Gerard Smith.

*De introductie van marktwerking in de Nederlandse zorg is een feit. Waar staat de invoering nu?*

‘Marktwerking is bedacht als middel om patiënten sneller en efficiënter toegang te geven tot zorg. De invoering verloopt gefaseerd. Deze startte aan het begin van het millennium zeer bescheiden. Nu komt ongeveer een derde van de verrichtingen binnen de specialistische zorgverlening tot stand in een marktsetting. Dat wil zeggen: op basis van vrij onderhandelbare vergoedingen tussen zorgverzekeraars enerzijds en ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC’s) anderzijds. Dit is het zogeheten B-segment. Het A-segment staat voor gebudgetteerde zorg in ziekenhuizen. Wij vinden dat het B-segment binnen twee jaar naar 50 procent zou moeten groeien en binnen een jaar of vier naar 60 of 70 procent. Het resterende percentage bestaat uit complexe, multidisciplinaire zorg rond levensbedreigende aandoeningen. Die moet je niet aan de markt overlaten, maar moeten een nutsvoorziening blijven. Marktwerking mag niet doorschieten tot het terrein van leven en dood. Daarentegen hebben alle specialismen die draaien om kwaliteit van leven baat bij marktwerking.’

*De opmars van marktwerking in de branche is een duidelijke ontwikkeling. Over het tempo van een verdere uitrol wordt gediscussieerd. U maakt zich zorgen. Waarom?*

‘Het tempo is een zorg voor ons nu de verruiming stilligt. Een tweede pijnpunt betreft het moment van betaling. De onderhandelingen met zorgverzekeraars over de hoogte van vergoedingen lopen nu ver door in het jaar waarover de vergoedingen betaald moeten worden. Dit betekent dat er voorfinanciering nodig is voor alle verrichtingen tot er een overeen-

in ZBC’s verwerven en meefinancieren. Wij verwelkomen deze ontwikkeling, mits er heldere afspraken zijn om het risico van belangenverstrengeling te minimaliseren. En dat valt te regelen, zoals in diverse landen al is bewezen.’

*U uitte onlangs meer kritiek op de betalingswijze.*

‘Ja. Een andere zorg voor ons betreft namelijk de vergoedingssystematiek van diagnosebehandelingcombinaties (DBC’s). Die is gewoon veel te complex. Je moet een flinke administratieve organisatie hebben om

## ‘Alle specialismen die draaien om kwaliteit van leven hebben baat bij marktwerking’

komst is. Ziekenhuizen werken nog steeds grotendeels gebudgetteerd, dus zij voelen dit minder. De relatief kleinschalige ZBC’s werken uitsluitend in het vrij onderhandelbare veld en krijgen zo met grote liquiditeitsproblemen te maken.’

*Wat is de oplossing?*

‘Zorgverzekeraars die marktwerking toejuichen en het belang van ZBC’s onderkennen doen er goed aan tijdig op het juiste niveau te onderhandelen. Als de betalingen op tijd plaatsvinden, hoeven er niet zoals nu klinieken louter vanwege late betaling ten onder te gaan. Er is gelukkig een voorzichtige kentering zichtbaar, nu zorgverzekeraars aandelen

hiermee om te kunnen gaan. Het creëert bureaucratie en is fraudegevoelig. Bovendien kan één foute post in een maandopgave de complete betaling tegenhouden. Zo kunnen de DBC’s leiden tot extra liquiditeitsproblemen. Nu we eenmaal midden in dit systeem zitten, is er geen weg terug. De enige optie is sterk vereenvoudigen.’

*Zijn er verbeteringen waarneembaar?*

‘Verzekeraars nemen belangen in ZBC’s en het B-segment is gegroeid. Dus ja. Zeker. Door deze ontwikkelingen kunnen ziekenhuizen zich minder verschuilen achter gebudgetteerde zorg en komt het *level playing field* op financieel gebied dichterbij.’

### CV dr. Gerard Smith

Oogarts dr. Gerard Smith was in 1992 medeoprichter van het Oogheelkundig Medisch Centrum. Hiermee ontstond een van de eerste ZBC’s voor verzekerde zorg in Nederland. Momenteel is hij onder andere voorzitter van Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Naast ZBC’s vertegenwoordigt deze organisatie ook privéklinieken.

### *Welke rol neemt het ziekenhuis dan straks in?*

'In onze visie is het ziekenhuis in de toekomst de plek voor het vervullen van de nutsfunctie. Patiënten gaan erheen voor complexe, bedgebonden zorg, bijvoorbeeld eerste hulp, intensive care, hart- en vaatziekten, oncologie en neonatologie... Dergelijke zorg moet gebudgetteerd blijven.'

### *En meer specialistische zorg?*

'Specialismen die om kwaliteit van leven draaien, kenmerken zich door het feit dat de zorg planbaar is. Voorbeelden vormen oogheelkunde en dermatologie. In dergelijke specialismen kan de markt zorgen voor een optimale verhouding tus-

sen kwaliteit, efficiëntie en prijs. Die zorg kan volgens ons het best worden verleend vanuit gespecialiseerde organisatorische eenheden. Het maakt daarbij niet uit of dat zelfstandige klinieken zijn of eenheden die fysiek vanuit een ziekenhuis opereren. Het ziekenhuis spreekt *service level agreements* (SLA's) af met de zelfstandige specialismen voor invulling van planbare zorg. Met dat model heb je gelijke omstandigheden voor iedereen. We claimen niet dat we dit model hebben uitgevonden. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg schetste dit beeld acht jaar geleden al. Volgens mij snapt iedereen dat het werkt, maar invoering vergt tijd. Je ziet dit model, min of meer

uit nood geboren, ontstaan bij de IJsselmeerziekenhuizen. Daar is gesneden in specialismen die het ziekenhuis zelf niet goed of niet efficiënt genoeg uitvoerde. Er zijn vervolgens overeenkomsten gesloten met externe klinieken om die specialismen in te vullen. Prima toch?'

### *Toch blijft er kritiek op marktwerking. Wat vindt u daarvan?*

'Er zijn mensen die betogen dat marktwerking niet moet doorschieten richting "Amerikaanse toestanden". Dat vinden wij ook! Daarom willen we de grens leggen bij levensreddende zorg. Juist die begrenzing bewijst het ongelijk van degenen die door marktwerking een tweedeling in de zorg zien opdoemen. Als de huisarts zijn poortwachtersfunctie kan blijven uitoefenen, verandert marktwerking niets aan de huidige toegankelijkheid van de zorg voor iedereen.'

Ab Klink

Gerard Smith

## Marktwerking

'Het is een onvermijdelijke stap om de kwaliteit te verbeteren en de kosten te beheersen. Mijn voorganger heeft met het oog op een vraaggestuurd stelsel gezorgd voor een verzekeringsdomein waarin ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars voortaan concurreren op prijs en kwaliteit. Het is mijn doel om te streven naar een houdbare gezondheidszorg samen met de sector waar de burger zelf de regie kan nemen. Maar om ook echt te kunnen concurreren moet je als verzekeraar wel verschil kunnen maken. Dat kan niet als het zorgstelsel van bovenaf wordt aangestuurd en verschillen in kwaliteit niet duidelijk zijn voor patiënt en verzekeraar. Daarom is de afgelopen jaren gewerkt aan vrije prijzen enerzijds en aan transparantie bij bijvoorbeeld tachtig aandoeningen in ziekenhuizen anderzijds.'

'Minister Klink wil net als wij de marktwerking verruimen. Hij ziet het belang van vergroting van het B-segment scherp in. Het valt hem niet te verwijten dat dit momenteel politiek niet realiseerbaar is. Er zal nog heel wat conservatisme moeten worden overwonnen, maar op termijn ontstaat er een ideale mix met meer markt en minder bureaucratie. Volgens ons moet een zeer goed kwaliteitscontrolesysteem deel uitmaken van zo'n bestel. Wij hebben daarvoor ons keurmerk. Op dit moment kijken certificeringssystemen vooral naar de naleving van protocollen. Wij willen ons keurmerk uitbreiden door er ook de medische kwaliteit in op te nemen, inclusief het individueel medisch specialistisch functioneren en openbare toegankelijkheid van de resultaten.'