

# Themanummer: Financieel management van ziekenhuizen: een evaluatie en vooruitblik

## Ingrijpende ontwikkelingen in het financiële management van ziekenhuizen

Tom Groot, Ed Vosselman

Received 9 July 2019 | Accepted 7 August 2019 | Published 5 September 2019

### 1. Inleiding

Ons zorgstelsel heeft enkele unieke kenmerken. Nederland heeft, in tegenstelling tot de meeste andere Europese landen, geen ziekenhuizen die in eigendom zijn van de staat. In Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Zweden zijn bijna alle ziekenhuizen staats eigendom. Er zijn ook geen ziekenhuizen in private handen die een winstdoelstelling nastreven. Vrijwel alle ziekenhuizen zijn ondergebracht in private stichtingen met een non-profit status (Geissler et al. 2011). De grote juridische zelfstandigheid van ziekenhuizen gaat in Nederland samen met een grote mate van overheidsbemoediging. De reden hiervoor is dat de overheid zich verantwoordelijk acht voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Dit uit zich onder andere in fijnmazige wet- en regelgeving op het gebied van zorgkwaliteit en intensief toezicht daarop via de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

De bekostiging van ziekenhuizen is altijd een belangrijk middel voor de overheid geweest om het gedrag van ziekenhuizen te beïnvloeden. Vóór 1983 heeft de overheid met gebruikmaking van de Prijzenwet invloed uitgeoefend op de hoogte van de tarieven voor verpleging en verrichtingen. Het tarief voor de verpleegdag dekte een aanzienlijk deel van de exploitatielasten van een ziekenhuis. Doordat deze vorm van financiering geen prikkel gaf aan ziekenhuizen om efficiëntie te verbeteren werd in 1983 het externe budget ingevoerd. Ziekenhuizen kregen op basis van een redelijk overzichtelijk geheel van vaste, semivaste en variabele tarieven een budget toegekend waarvoor alle diensten moesten worden geleverd. Tekorten moesten in volgende perioden worden ingelopen terwijl overschotten konden worden behouden. Dit leidde tot efficiëntieverbeteringen, maar ook tot achterblijvende investeringen en terughoudendheid in uitbreiding van de zorgcapaciteit met als gevolg het ontstaan van wachtlijsten en gebrek aan innovatie van

zorg. Deze problemen leidden in 2005 tot een nieuwe drastische wijziging in de bekostiging. De bekostiging van ziekenhuizen werd met ingang van 2005 in enkele stappen steeds meer bepaald door overleg over tarieven en kwaliteit tussen ziektekostenverzekeraars en ziekenhuisbestuurders. De Zorgverzekeringswet regelde de verhouding tussen verzekeraar en verzekerde en behelsde de invoering van een verplichte basisverzekering voor alle Nederlanders en meer vrijheid voor keuze van zorgverzekeraar en verzekerd pakket (Van de Ven and Schut 2009). Een systeem van producttypering met de benaming Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) werd in 2005 ingevoerd zodat zorgaanbieders (lees: de ziekenhuisbestuurders) en verzekeraars een beter beeld zouden hebben van de zorgprestaties die ziekenhuizen leveren. Dit systeem bevatte ongeveer 35.000 verschillende producten. Het was al snel duidelijk dat dit geen goed middel was om de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen. Het onderging in 2012 dan ook een vereenvoudiging en het vernieuwde systeem DOT (een acroniem van “DBC Op weg naar Transparantie”) bevatte nog “slechts” 4.000 zorgproducten. In DOT werden geen DBC’s meer geregistreerd maar afgeleid uit de combinatie van diagnose en geregistreerde handelingen (zie voor een uitgebreidere toelichting Groot and Van Helden 2017). In 2015 volgde de invoering van integrale DBC-tarieven: aan de kosten van het ziekenhuis werden nu ook de honoraria van de medisch specialist toegevoegd waardoor in een DBC alle zorgkosten zijn samengebracht.

In 2005 werd een beperkt pakket van redelijk eenvoudige ingrepen met een omvang van ongeveer 10% van de zorgproductie uit het budgetstelsel (het A-segment) gehaald en overgeheveld naar het zogenaamde “B-segment.” Voortaan worden kwaliteit, omvang en tarieven van dit B-segment jaarlijks vastgesteld in

onderhandelingen tussen ziekenhuizen (zorgaanbieders) en zorgverzekeraars. Dit segment is in de loop van de tijd verder uitgebreid naar 20% in 2008, 34% in 2009 en 70% in 2012. Hiermee is de bekostiging van de ziekenhuissector in de afgelopen jaren steeds meer afhankelijk geworden van de overeenkomsten die tussen ziekenhuizen en verzekeraars worden gesloten. Het betreft vooral planbare, niet-acute, electieve zorg. In het door de overheid gereguleerde A-segment vindt men niet-planbare, acute zorg, zoals traumazorg en spoedeisende hulp. In de volksmond wordt deze overheveling van zorg naar het B-segment ook wel gekenschetst als “de invoering van marktwerking in de zorg”. Dat is in onze ogen wel een overstatement: uiteraard is de overheid als directe partner in de bekostiging teruggetreden, maar zij is nog wel degelijk aanwezig als marktmeester, regelgever en toezichthouder. In die zin is hoogstens sprake van een systeem van *managed competition* ofwel *gereguleerde marktwerking*, zoals Alain Enthoven (1988) dat ooit beschreef. In een systeem van gereguleerde marktwerking maken partijen gebruik van markt-gebaseerde prikkels om tot optimale doelmatigheid en patiëntgerichtheid te komen binnen een stelsel van spelregels dat door de overheid is ingericht, bestuurd en gecontroleerd. Een systeem van gereguleerde marktwerking is op het niveau van de samenleving dus een beheersingsinstrument dat tot doel heeft de patiëntgerichtheid (effectiviteit inclusief kwaliteit) en de doelmatigheid (efficiëntie) van de zorg te verbeteren. Uiteraard staan tegenover deze beoogde opbrengsten van het systeem ook kosten; het ontwerp en de regulering van markten is zeker niet gratis, de gereguleerde markt brengt transactiekosten met zich mee. In hoeverre de opbrengsten de transactiekosten overtreffen is een empirische vraag. Gaandeweg kan door vallen en opstaan de verhouding tussen de opbrengsten en de transactiekosten van het systeem worden verbeterd via herontwerp en verbetering van de werking van het systeem.

## 2. Ervaringen opdoen

Na de grote stelselwijzigingen in 2005 (de invoering van DBC's, stapsgewijze invoering van prijsvorming door overleg tussen verzekeraars en zorgaanbieders en de nieuwe Zorgverzekeringswet) zijn er geen nieuwe structurele wijzigingen meer ingevoerd, maar is vooral ervaring opgedaan met het stelsel van gereguleerde marktwerking. Het DBC-systeem is vereenvoudigd en de wijze van registreren is ingrijpend veranderd. Ook het gebruik van DBC/DOT-informatie in de bepaling van de omzet van het ziekenhuis en de wijze waarop deze door de accountant wordt gecontroleerd heeft veel aandacht geëist. Zorgaanbieders en verzekeraars hebben nieuwe vormen van contractering ontwikkeld, waarbij opvalt dat er geen afspraken per DBC worden gemaakt, maar afspraken over grotere groepen producten, gecombineerd met afspraken over kwaliteit en toegankelijkheid. Sterk in de aandacht staat het vraagstuk wie de financiële gevolgen

dient te dragen voor meer of minder zorgproductie in vergelijking met het contract. Inmiddels verandert ook het zorglandschap: sinds 2010 is het aantal algemene ziekenhuizen gedaald door 25 fusies (Roos 2018; zie ook NZa 2019). Twee instellingen zijn daadwerkelijk failliet gegaan. Een nieuwe speler is al in 1998 op de markt verschenen: het zelfstandige behandelcentrum (ZBC). Dit is een onafhankelijk samenwerkingsverband van minstens twee medisch specialisten dat planbare, minder complexe zorg aanbiedt waarvoor de patiënt doorgaans niet hoeft te worden opgenomen. Sinds de volledige legalisatie in 2006 is het aantal ZBC's sterk toegenomen naar 260 in 2014. Daarna is het aantal weer enigszins gedaald naar 229 (NZa 2016). Het aandeel van ZBC's in de totale omzet van de zorgsector is echter bescheiden, zo rond de 2,5% (NZa 2012). De prijzen die zij hanteren liggen gemiddeld tussen de 10 en 15% lager dan het gemiddelde prijsniveau van ziekenhuizen. In financiële zin lijken de stelselwijzigingen geen aanleiding te geven tot grote kostenstijgingen: de gemiddelde stijging van de nominale uitgaven voor medisch-specialistische zorg is in de laatste tien jaren beperkt gebleven tot 4%, terwijl deze gemiddelde stijging in de tien jaar daarvoor rond de 10% lag (CBS 2019).

## 3. Dit themanummer

Partijen in de zorg hebben de afgelopen jaren gaandeweg ervaring opgedaan in het gebruik van DBC-informatie voor het ontwikkelen van zorgbeleid, contractering van zorg en besturing van zorgorganisaties. De vraag dringt zich nu op *wat de effecten zijn geweest van de introductie van gereguleerde marktwerking*. Is de sector als geheel er nu beter van geworden? Heeft het geleid tot betere kostenbeheersing? De eerste twee bijdragen aan dit themanummer proberen een antwoord te vinden op deze vragen. Een tweede belangrijke vraag is *hoe ziekenhuizen de DBC-informatie gebruiken in de interne bedrijfsvoering*. Binnen zorgorganisaties zoeken managers op verschillende niveaus naar mogelijkheden DBC-informatie te combineren met interne financiële informatie om zo een beter beeld te krijgen van de financiële consequenties van zorginhoudelijke beslissingen. Het gebruik van benchmark-informatie neemt de afgelopen jaren eveneens toe: ziekenhuizen zijn steeds beter in staat kosten en kwaliteit van hun zorgproducten en -processen met andere aanbieders te vergelijken. Gespecialiseerde aanbieders van bestuurlijke informatie ondersteunen en vergroten de mogelijkheden van benchmarking in de zorg. De derde bijdrage laat een mooi voorbeeld zien van de wijze waarop DBC-informatie kan worden gecombineerd met andere informatie ter ondersteuning van de besluitvorming in een ziekenhuis. Ten slotte vragen we ons af *wat de toekomst van de bekostiging van ziekenhuizen is*. De huidige bekostiging op basis van gedeclareerde DBC's stuurt de ziekenhuizen vooral op het leveren van zorg tegen acceptabele tarieven. Dit staat echter niet gelijk met het creëren van waarde voor de patiënt. Met waarde wordt gezond-

heidswinst bedoeld ten opzichte van de zorgkosten (Porter 2010; Porter and Teisberg 2006). Gezondheidswinst is niet alleen bepaald door klinische uitkomsten, maar ook door patiëntervaringen en de kwaliteit van leven na het zorgproces. De contractering moet dan niet gericht zijn op stimulering van zorgproductie, maar veeleer op het creëren van waarde voor de patiënt. Soms leidt dat tot het afzien van behandeling, vaak betekent dit een meer intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders rondom de patiënt, zowel binnen het ziekenhuis als met andere aanbieders in het zorglandschap (NZa 2018). Het laatste artikel in dit themanummer geeft een introductie op dit thema en een concreet voorstel voor een nieuwe benadering van de bekostiging van zorginstellingen.

### 3.1 Effecten van de gereguleerde marktwerking

De eerste twee artikelen in dit themanummer analyseren de overgang van enkele zorgproducten van het systeem van functiegerichte budgettering (het A-segment) naar gereguleerde marktwerking (het B-segment). Het artikel van Gaspar, Ikkersheim en Koolman laat zien dat zorgproducten in het B-segment minder verbetering van de efficiëntie laten zien dan zorgproducten in het A-segment. Het lijkt erop dat zorgaanbieders in een gebudgetteerd systeem waarin doelmatigheidswinst behouden kan blijven voor de eigen organisatie grotere efficiëntieverbeteringen behalen. De auteurs vermoeden dat zorgaanbieders meer geneigd zijn bij zorgproducten in het B-segment extra handelingen te verrichten om bij doelmatigheidsverbetering het verlies aan omzet en inkomen te compenseren. De auteurs noemen dit “physician-induced demand” (door de behandelaar veroorzaakte zorgconsumptie). Het artikel spreekt zich niet uit voor het budget-systeem of de gereguleerde marktwerking – elk heeft zijn voors en tegens. Zo heeft het budgetsysteem het nadeel dat de gerealiseerde doelmatigheidswinst binnen het ziekenhuis blijft en niet naar de samenleving terugvloeit. Dat leidt dus op zichzelf niet tot verlaging van de maatschappelijke zorgkosten, uitgedrukt in de zorgquote (de verhouding tussen zorguitgaven en het bruto binnenlands product). De gereguleerde marktwerking lijkt minder effectief in het verhogen van de doelmatigheid van de zorg, maar de gerealiseerde efficiëntiewinst kan wel in lagere zorgtarieven worden verwerkt waardoor de maatschappelijke zorgkosten effectief worden verlaagd. In het artikel van Krabbe, Groot en Boter vinden we in de beschrijvende statistiek van Tabel 4 een ander voorbeeld van physician-induced demand: het volume van de meeste zorgproducten in het B-segment neemt toe. Dit kan ook een substitutie-effect zijn: meer zorg die aanvankelijk intramuraal werd aangeboden vindt nu meer met een dagbehandeling of poliklinisch plaats. Alhoewel dit artikel gebruik maakt van dezelfde Difference-in-Difference vergelijking als het eerste artikel richt het zich op een geheel andere vraag. Nu wordt gekeken of de markt haar werk doet: gaan ziekenhuizen met elkaar concurreren en worden ze op deze manier meer efficiënt? Als dat zo is, dan zou men

verwachten dat ziekenhuizen met meer ziekenhuizen en ZBCs in de buurt ook een hogere concurrentiedruk ervaren en daarop zullen reageren met lagere kosten en scherpere prijzen. Wellicht ligt dit ook aan de concentratie van verzekeraars. Zo verwachten de onderzoekers dat ziekenhuizen die met slechts één of enkele zorgverzekeraars onderhandelen meer druk van die verzekeraars ervaren omdat deze monopsonie marktmacht hebben. Zij zijn dus wellicht beter in staat het ziekenhuis aan te zetten tot lagere kosten. De studie laat zien dat de concentratie van ziekenhuizen en zorgverzekeraars geen merkbare invloed uitoefenen op zorgvolume, maar wel op zorgkosten. Meer ziekenhuizen in de buurt leidt tot hogere zorgkosten voor de meeste zorgproducten. Wellicht wil men aantrekkelijker zijn voor patiënten dan de directe concurrent. Dit fenomeen staat in de literatuur bekend als de “medical arms race”. De onderzoekers vinden een verrassend resultaat als het om zorgverzekeraars gaat: ziekenhuizen die contracteren met slechts één of enkele verzekeraars hebben hogere kosten. Wellicht leidt een exclusieve relatie tussen verzekeraar en ziekenhuis tot een “double-bind”-situatie: de verzekeraar kan niet ongestraft het ziekenhuis uitsluiten van een contract want dat zou tot het faillissement van het ziekenhuis leiden en de verzekerden in dat gebied uitsluiten van medische zorg. De aanwezigheid van ZBC's in de omgeving van een ziekenhuis leidt tot meer kostbare behandelingen in het ziekenhuis: hier lijkt sprake van zorgsubstitutie tussen ziekenhuis en ZBC.

### 3.2 Bestuurlijke (DBC-)informatie in ziekenhuizen

Asselman gaat in op het ontwerp, de implementatie en het succes van een case-mix informatiesysteem (CMI). De beoogde functies van het systeem zijn de ondersteuning van de besluitvorming rond strategische keuzes, de bevordering van een verdergaande efficiency en effectiviteit in zorgprocessen en een verbeterde beheersing van de capaciteit. In een dergelijk systeem worden vanuit verschillende bronssystemen verschillende soorten informatie op het niveau van patiëntgroepen geproduceerd. Het gaat niet alleen om medische informatie, maar ook om financiële informatie. Asselman bespreekt het ontwerp en de implementatie van een CMI voor het top (medisch) management van het AMC, bestaande uit medische afdelingshoofden, divisiebestuurders en centrale managers. Hoewel niet onverdeeld, bleek het AMC-project voor veel betrokken managers succesvol. Door vervolgens op het ontwerp en het ontwerpproces te reflecteren produceert Asselman ontwerpgerichte kennis over een CMI die ook buiten het AMC bruikbaar is.

Vanuit het maatschappelijk belang dat patiënten op de juiste plaats een juiste behandeling tegen een juiste prijs ondergaan wordt de opgedane ontwerpgerichte kennis vertaald in praktische richtlijnen voor een succesvolle implementatie van een CMI in Nederlandse (universitaire) ziekenhuizen. De richtlijnen zijn bedoeld voor regelgevers, toezichthouders, ziekenhuismanagers en zorgprofessionals.

### 3.3 De toekomst van de bekostiging van ziekenhuizen

Het laatste artikel is geschreven door een groot team van auteurs, afkomstig uit de praktijk en uit de wetenschap. Zij bepleiten om in het vervolg vooral zorg te bekostigen die waarde toevoegt, dat wil zeggen gezondheidswinst per euro die aan zorg wordt besteed. Het artikel bepleit om nieuwe contractvormen te ontwikkelen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Deze nieuwe contractvormen stellen niet de zorgproductie centraal, maar de gezondheidswinst. Daarnaast beogen zij de samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren. Een vorm die nader wordt uitgewerkt is de “bundelinkoop”, in het Engels “bundled payments” genoemd. Het artikel geeft als eerste publicatie in Nederland een compleet beeld van de contractelementen die voor bundelinkoop relevant zijn. Tevens geeft het een geactualiseerd overzicht van de bundelinkoop-contracten die al zijn afgesloten. Het blijft nog wel een uitdaging om indicatoren te bedenken die een compleet en betrouwbaar beeld geven van gezondheidswinst. De genoemde praktijkvoorbeelden geven legio suggesties hoe gezondheidswinst kan worden gemeten en gecontracteerd.

## 4. Tot slot

In 2016 besloot de Nationale Zorgautoriteit dat tot 2020 geen grote wijzigingen meer zouden worden ingevoerd, zodat rust en stabiliteit in het stelsel marktpartijen de gelegenheid geeft ervaring met het nieuwe DBC-systeem en met de gereguleerde marktwerking op te doen. Men is inmiddels al aardig op weg. Het moment komt dan ook dichterbij dat opnieuw de bakens worden verzet. Dat betekent waarschijnlijk niet het opheffen van de gereguleerde marktwerking en terugkeer naar de externe budgettering. Het lijkt erop dat het systeem van gereguleerde marktwerking wordt doorontwikkeld door nieuwe vormen van contractering te introduceren. Ook wordt nog verder gewerkt aan vereenvoudiging van declaratiesystemen en producttypering. De motivatie voor deze verdere ontwikkeling ligt in het verminderen van de transactiekosten van ons huidige DBC-systeem. Als beide doelstellingen in de nabije toekomst dichterbij worden gebracht is de zorgsector duidelijk op weg naar een effectief bekostigingsstelsel.

- 
- **Prof. dr. T.C.L.M. Groot** is hoogleraar Management Accounting aan de Vrije Universiteit Amsterdam.
  - **Prof. dr. E.G.J. Vosselman** is hoogleraar Accounting aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Voorts is hij wetenschappelijk directeur van de opleiding tot Registercontroller aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 

## Literatuur

- CBS [Centraal Bureau voor de Statistiek] (2019) StatLine. [www.opendata.cbs.nl](http://www.opendata.cbs.nl)
- Enthoven AC (1988) The theory and practice of managed competition. North-Holland, Elsevier (Amsterdam). <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-70359-0.50008-0>
- Geissler A, Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Busse R (2011) Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (Eds) Diagnosis-related groups in Europe. McGraw-Hill Open University Press (London): 9–21. <https://pdfs.semanticscholar.org/10e6/99b8c-c0c591af7b39266a506dc0694012e2b.pdf>
- Groot TLCM, Van Helden GJ (2017) Financieel management van non-profitorganisaties (7<sup>de</sup> druk). Noordhoff Uitgevers (Groningen/Houten).
- NZa [Nederlandse Zorgautoriteit] (2012) Monitor zelfstandige behandelcentra; Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse. Nederlandse Zorgautoriteit (Utrecht). <https://www.zorgkennis.net/kennisbank/817/Monitor-ZBCs-Een-kwalitatieve-en-kwantitatieve-analyse>
- NZa [Nederlandse Zorgautoriteit] (2016) Marktscan medisch-specialistische zorg 2016. Nederlandse Zorgautoriteit (Utrecht). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/31/marktscan-medisch-specialistische-zorg-2016>
- NZa [Nederlandse Zorgautoriteit] (2018) Belonen van zorg die waarde toevoegt; Advies bekostiging medisch-specialistische zorg. Nederlandse Zorgautoriteit (Utrecht). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/10/04/belonen-van-zorg-die-waarde-toevoegt>
- NZa [Nederlandse Zorgautoriteit] (2019) Medisch-specialistische zorg Kerncijfers. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/kerncijfers-msz>
- Porter ME (2010) What is value in health care? The New England Journal of Medicine 363(26): 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Porter ME, Teisberg EO (2006) Redefining health care – Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press (Boston, Massachusetts).
- Roos A-F (2018) Mergers and competition in the Dutch healthcare sector. Dissertatie Erasmus Universiteit (Rotterdam). [https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2018-06/WEB\\_112375\\_Proefschrift\\_Anne\\_Fleur\\_Roos.pdf](https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2018-06/WEB_112375_Proefschrift_Anne_Fleur_Roos.pdf)
- Van de Ven WPM, Schut FT (2009). Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. Health Economics 18(3): 253–255. <https://doi.org/10.1002/hec.1446>