

De zorg is toch geen markt?

Lezing Bataafsche Genootschap

5 maart 2018

Erik Schut

Op zoek naar de heilige graal...

Wereldwijde zoektocht naar een stelsel van gezondheidszorg dat de beste garanties biedt voor:

- Kwaliteit
- Toegankelijkheid (solidariteit)
- Doelmatigheid
- Collectieve betaalbaarheid



Erasmus

Waarom is dit zo'n queeste?

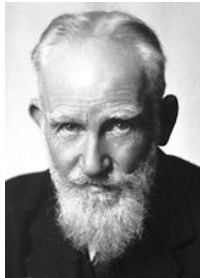
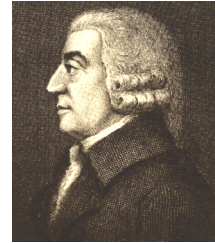
- Gezondheidszorg wordt beschouwd als “recht” in plaats van als verhandelbare dienst (marktgoed)
 - Geld mag geen rol spelen op individueel niveau (om recht te waarborgen)
 - Geld moet wel een rol spelen op collectief niveau (om recht te waarborgen)
- Goede afstemming van vraag en aanbod is buitengewoon lastig:
 - Grote kans op “marktfalen”
 - Grote kans op “overheidsfalen”



Marktfalen inherent aan de zorg?

We trust our health to the physician. Their reward must be such, therefore, as may give them that rank in the society which so important a trust requires.

Adam Smith (The Wealth of Nations, 1776)



That any sane nation, having observed that you could provide for the supply of bread by giving bakers a pecuniary interest in baking for you, should go on to give a surgeon a pecuniary interest in cutting off your leg is enough to despair of political humanity.

Bernard Shaw (The Doctor's Dilemma, 1911)

The special structural characteristics of the medical-care market are largely attempts to overcome the non-marketability of the bearing of risks and the imperfect marketability of information.

Kenneth Arrow (American Economic Review, 1963)

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Arrow".

Oorzaken marktfalen

- Onzekerheid
 - tijdstip, aard, omvang, kosten en effect van zorg
- Asymmetrische informatie
 - informatie is onderdeel van de transactie
- Altruïstische preferenties
 - ondergeschikte rol voor prijsmechanisme
- Externe effecten
 - besmettelijke ziekten, psychische aandoeningen
- Ethische overwegingen (“bemoeigoed”)



Arrow's proposition

“When market fails to achieve an optimal state, society will, to some extent at least, recognize the gap, and nonmarket social institutions will arise attempting to bridge it”

Hence:

“The special structural characteristics of the medical-care market are largely attempts to overcome the lack of optimality due to the nonmarketability of the bearing of suitable risks and the imperfect marketability of information”

A stylized, handwritten-style logo for Erasmus, featuring a large, flowing 'E' followed by the word 'Erasmus' in a cursive script.

Hoe grijpt de overheid in?

Cutler (JEL 2002): ontwikkeling zorgstelsels in grote OECD landen vertoont zelfde patroon:

1. Een eerste “fase” gericht op **universele** en **gelijke toegang** tot belangrijke zorgvoorzieningen
 - via collectieve financieringsarrangementen
2. Een tweede “fase” gericht op **kostenbeheersing**
 - via centrale regulering van aanbod en prijzen
3. Een derde “fase” gericht op verbetering van **efficiëntie**
 - via (her)invoering “marktelementen”



Erasmus

Fase 1: Universele toegang via collectieve financiering

Twee basissystemen



1. Bismarck

- sociale verzekering
- zorg is verzekerd recht
- uitvoering zorgverzekeraars
- private zorgaanbieders

voorbeelden:

- Duitsland
- Nederland
- België
- Frankrijk
- Zwitserland



2. Beveridge

- belastingen
- zorg is voorziening
- uitvoering overheid
- publieke zorgaanbieders

voorbeelden:

- VK
- Zweden
- Spanje
- Italië
- Canada

Erasmus

Fase 2: kostenbeheersing via aanbod- en prijsregulering

- Collectieve financiering leidt tot “gratis” zorg
- Patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars hebben geen belang bij kostenbewust gebruik van zorg
- Ergo: de zorgkosten stijgen snel en zijn onbeheersbaar
- Overheden grijpen in vanwege collectief belang van beheersbare zorguitgaven
- Via budgettering, prijsregulering, toetredings- en aanbodbeperkingen wordt ingegrepen om de kosten te beheersen

The logo of Erasmus University, featuring a stylized, handwritten-style signature of the name 'Erasmus' in black ink.

Fase 3: efficiëntieverbetering via marktelementen

- Toenemende overheidsingrijpen leidt tot “overheidsfalen”
- Effectieve overheidssturing lastig als gevolg van:
 - informatie-, motivatie-, coördinatie-, en besluitvormingsproblemen
- Gevolgen:
 - ondoelmatige besteding middelen
 - afstemmingsproblemen
 - toenemende wachtlijsten
 - gebrek aan innovatie
- Groeiende maatschappelijke onvrede leidt tot herwaardering rol van de markt om doelmatigheid en innovatie te bevorderen

The logo of Erasmus University, featuring a stylized, cursive signature of the name 'Erasmus' in black ink.

Ook 3 fasen in ontwikkeling Nederlands zorgstelsel

1. Universele toegang via **sociale ziektekostenverzekering**
 - 1941: Ziekenfondswet
 - 1968: AWBZ (langdurige zorg)
2. Kostenbeheersing via **aanbod- en prijsregulering**
 - 1971: Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV)
 - 1981: Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG)
 - 1995: Budgettair Kader Zorg (BKZ)
3. Doelmatigheidsverbetering via **gereguleerde marktwerking**
 - 2006: Zorgverzekeringwet (ZVW)
 - 2006: Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG)
 - 2006: Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)



Waarom hervorming zorgstelsel in 2006?

Eind jaren '90: aanbod- en prijsregulering vastgelopen:

- Toenemende wachtlijsten
 - schadelijke gezondheidseffecten
 - productieverliezen
 - groei privaat circuit (“bedrijvenpoli”, “voorrangszorg”, “tweedeling”)
- Weinig prikkels voor doelmatigheid en innovatie
- Rechterlijke uitspraken over recht op zorg ondermijnen aanbodregulering en budgettering
- Toenemende maatschappelijke onvrede
 - “private rijkdom, publieke armoede”
 - “puinhopen van Paars”



Hoofdpijnen hervorming zorgstelsel in 2006

Doel:

- Marktordening waarbij **doelmatigheid** en **toegankelijkheid** worden gecombineerd: **gereguleerde concurrentie**

Middelen:

- **Zorgverzekeraars** krijgen prikkels en mogelijkheden om op te treden als “**inkopers**” van zorg namens verzekerden
 - Meer financieel risico verzekeraars
 - Meer keuzevrijheid verzekerden
 - Meer onderhandelingsvrijheid aanbieders
 - Minder prijs- en aanbodregulering
 - Betere informatie over kwaliteit zorg

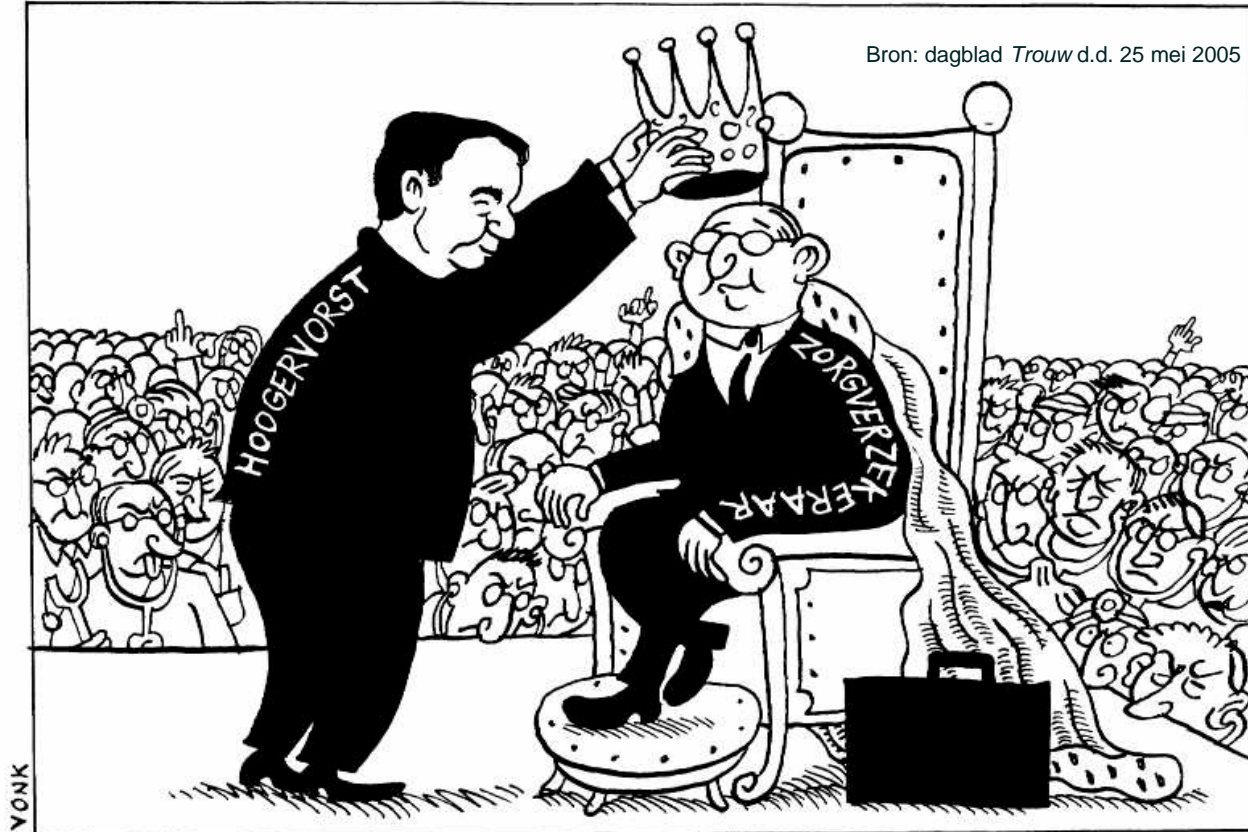
Regulering markt:

- Spelregels om toegankelijkheid te waarborgen
- Spelregels om marktfalen te voorkomen



Erasmus

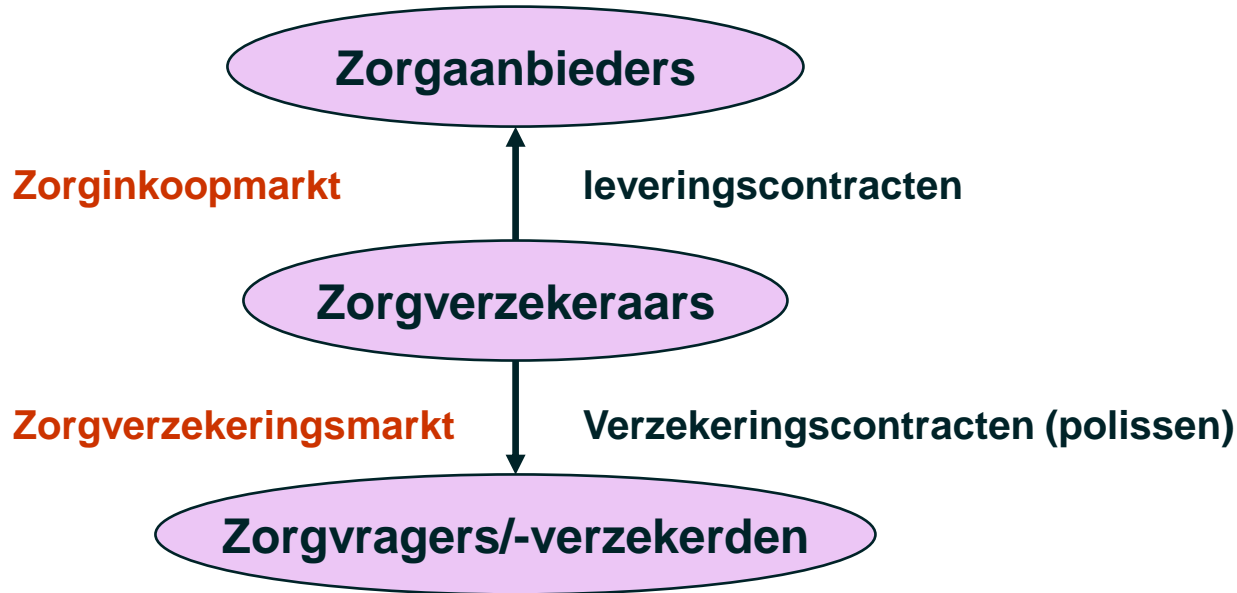
Regierol van overheid naar zorgverzekeraar?



Zorginkoop op basis van contractafspraken

- **Zorgverzekeraars** niet langer “betalingskantoor” maar prijs- en kwaliteitsbewuste “inkopers” van zorg namens hun verzekerden
- **Contracten** tussen verzekeraars en aanbieders over prijs, hoeveelheid en kwaliteit komen in de plaats van prijs- en aanbodregulering
- Zorgverzekeraars mogen **selectief contracteren** met **doelmatige zorgaanbieders**
- Zorgaanbieders moeten **concurreren** om **contract met verzekeraars**
- Zorgverzekeraars moeten **concurreren** om de **gunst van verzekerden**

Zorgverzekeraars: spilfunctie op twee markten



Erasmus

Waarom zorgverzekeraar als zorginkoper?

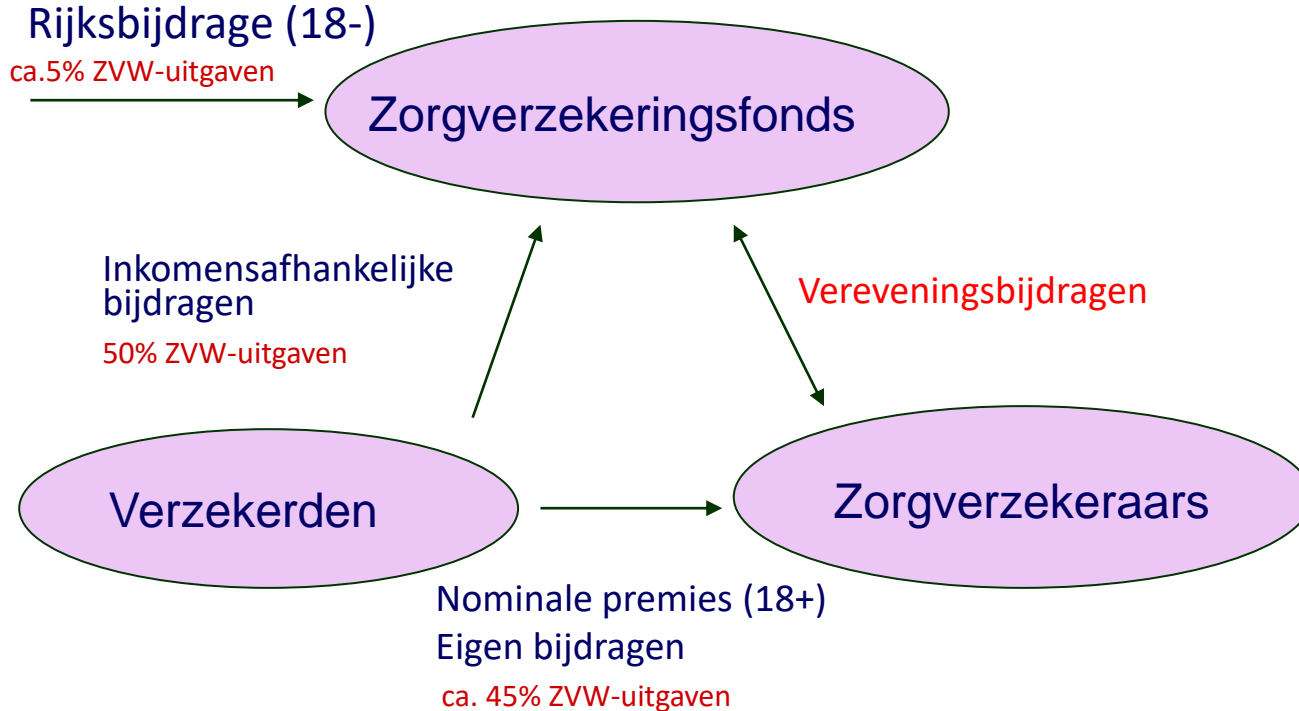
- In staat om **financieel risico** te dragen (i.t.t. patiënt)
- **Inkoopmacht**
- **Belang** bij doelmatige zorgverlening
- **Informatie** over zorgaanbieders
- **Enige alternatief** voor overheid

Spelregels voor solidariteit op verzekeringsmarkt

- Verbod op premiedifferentiatie naar risico
- Deels inkomensafhankelijke premie (50%)
- Inkomensafhankelijke zorgtoeslag (Wzt)
- Wettelijk vastgesteld basispakket
- Acceptatieplicht voor verzekeraars (= keuzevrijheid verzekerden)
- Verzekeringsplicht voor verzekerden (=verplichte solidariteit)
- Risicoverevening

The logo for Erasmus University, featuring the word 'Erasmus' in a stylized, cursive script.

Financiering basisverzekering (ZVW)



Erasmus

Risicoverevening: hoeksteen van het zorgstelsel

- Waarom? Verbod op premiedifferentiatie geeft maximale prikkels voor **risicoselectie**
- Risicoverevening beoogt **voorspelbare** risicoverschillen tussen verzekerden te vereffen, zodat iedere verzekerde voor de verzekeraar een **gelijk risico** vertegenwoordigt
- Adequate risicoverevening is nodig voor:
 - **goede zorginkoop** voor chronisch zieken
 - adequate prikkels voor **doelmatigheid**
 - **gelijk speelveld** voor zorgverzekeraars

The logo of Erasmus University, featuring a stylized, handwritten-style signature of the name 'Erasmus' in black.

Risicoverevening geleidelijk steeds beter

Risicofactoren

- Leeftijd/geslacht (sinds 1992)
- Regio (sinds 1995)
- Aard van het inkomen (sinds 1995/97)
 - arbeidsongeschikt, bijstand, zelfstandig, student
- Farmacie Kosten Groepen (FKG) (sinds 2002)
- Diagnose Kosten Groepen (DKG) (sinds 2004)
- Sociaal-economische status (SES) (sinds 2008)
- Meerjarig Hoge Kosten (MHK) (sinds 2012)
- Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG) (sinds 2014)
- Fysiotherapie Diagnose Groepen (FDG) (sinds 2016)
- Meerjarig Lage Kosten (MLK) (vanaf 2018)

Financieel risico zorgverzekeraars tegelijkertijd geleidelijk vergroot:

3% in 1993, **50%** in 2006, **100%** in 2017

The logo of Erasmus University, featuring a stylized, handwritten-style signature of the name 'Erasmus' in black ink.

Voorbeeld: DKG-vergoeding 2017

Tabel 1.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	- 289,31
1	834,21
2	595,29
3	1.091,96
4	1.837,76
5	1.996,54
6	2.652,19
7	4.514,01
8	4.447,24
9	8.216,39
10	6.768,26
11	13.011,92
12	19.549,57
13	14.578,68
14	45.596,34
15	57.661,16

Stapje voor stapje meer ruimte voor “de markt”

Geleidelijke overgang naar **vrije prijzen**

- **Ziekenhuizen**: van gemiddeld 10% van de omzet in 2006 tot 70% nu
- **Fysiotherapie**: vanaf 2008
- Keten-DBC's voor **diabetes, long- en vaataandoeningen**: vanaf 2010
- **Farmaceutische zorg (apotheken)**: vanaf 2012
- **Huisartsenzorg**: vanaf 2015 voor multidisciplinaire zorg, innovatie en resultaatbeloning
- **Medisch specialisten**: vanaf 2015 prijzen geïntegreerd in prijzen ziekenhuis-DBC's

Maar met **stok achter de deur** van de overheid:

- **Macrobeheersinstrument (mbi)**
 - overheid kan boete opleggen als totale kosten van een sector (bijvoorbeeld ziekenhuizen) hoger uitvallen dan begroot in BKZ

Zorgverzekeraars groeien geleidelijk in inkooprol

- Sinds 2008 steeds meer grip op **prijzen**
 - preferentiebeleid medicijnen (sinds 2008)
 - daling reële prijzen vrij onderhandelbare ziekenhuiszorg
- Sinds 2012 steeds meer grip op **volume** en **kosten**
 - omzetcontracten met ziekenhuizen
 - aangespoord door groter financieel risico en hoofdlijnenakkoord
- Sinds kort toenemende aandacht voor **kwaliteit**
 - Minimum volumenormenten
 - Concentratie complexe behandelingen (selectieve contractering)
 - Maar nog weinig concrete contractuele afspraken over “pay-for-performance” : **volgende fase?**



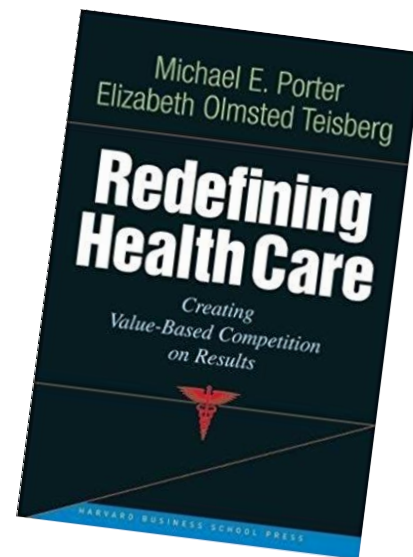
Belangrijke knelpunten en uitdagingen?



Uitdaging 1: kwaliteitstransparantie

Zonder goede kwaliteitsinformatie ...

- ... kunnen toegenomen prikkels voor kostenbeheersing leiden tot verschraving kwaliteit
- ... kunnen verzekeraars hun inkooprol niet waarmaken
- ... kunnen patiënten niet echt kiezen
- ... kunnen zorgaanbieders niet worden beloond voor goede kwaliteit zorg



Erasmus

Valkuil: teveel indicatoren



12 januari 2016 © Het Financieele Dagblad

ZORG

Ziekenhuizen klagen over registratielast

Sandra Olkthoorn
Amsterdam

Ziekenhuizen spenderen jaarlijks tussen de € 40 mln en € 80 mln aan registraties die de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk moeten maken. Maar veel van die informatie wordt dubbel en inefficiënt vastgelegd. Aan het daadwerkelijk verbeteren van de zorg, waar de registraties voor zijn bedoeld, komen de ziekenhuizen te weinig toe.

Dat staat in een onderzoek naar kwaliteitsmetingen in de ziekenhuizen, dat KPMG Plexus dinsdag publiceert. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen schat de



FOTO: CORBIS

Z-directeur Margot van der Starre. 'Ze hanteren verschillende definities van zaken en willen veelal de informatie verschillend aanpak krijgen.'

Minister Edith Schippers (Volksgezondheid) laat weten de aanpak is dubbele en onnodige registraties te voorkomen te onder-

Ze wijst erop dat uit het onderzoek blijkt dat het ziekenhuis de registraties slimmer aanpakt dan het andere. 'Ik roep ziekenhuizen op van elkaar te leren en goede voorbeelden te verspreiden.'

TIJDROVEND
Pagina 4



12 januari 2016 © Het Financieele Dagblad

GEZONDHEIDSZORG

Kwaliteitsmeting: tijdrovend en frustrerend

Ziekenhuizen zijn per jaar duizenden uren kwijt aan verplichte registraties

Ziekenhuizen om data te verzamelen voor kwaliteitsmetingen en keurmerken.

Een gemiddeld ziekenhuis doet mee aan 45 kwaliteitsregistraties en 19 keurmerken, blijkt uit het KPMG-stuk. 'Al die registraties worden los van elkaar ontworpen', legt

Maar geleidelijk steeds meer standaarden

Zorgvisie

12 nov 2014

Navigatie
Nieuws

Schippers: 2015 jaar van transparantie

comments: 10 views: 2674 label: Kwaliteit

Minister Edith Schippers van VWS heeft 2015 bestempeld tot 'Jaar van de Transparantie in de Zorg'. 'Ik zet mij in voor betaalbare zorg van goede kwaliteit, die oog heeft voor mensen. Transparantie over kwaliteit is daartoe essentieel.'



Foto: VWS

Transparantie in de zorg is essentieel om te komen tot betaalbare zorg van goede kwaliteit, schrijft Schippers aan de Tweede Kamer. Het is belangrijk voor patiënten om te bepalen in welk ziekenhuis zij willen worden behandeld, bij welke verzekeraar zij zich willen verzekeren en welke behandeling zij willen ondergaan.

HSMR verplicht openbaar

Schippers zegt al het nodige gedaan te hebben om transparantie te bevorderen. Zo heeft ze het Kwaliteitsinstituut opgericht (ondergebracht bij het Nederlands Zorginstituut) en ziekenhuizen verplicht tot het publiceren van sterftecijfers (hospital standardized mortality ratio, HSMR). Niet alle ziekenhuizen zien daar het nut van in, zoals onder meer het Erasmus MC, maar ze doen het toch omdat het moet. Andere ziekenhuizen gaan een stap verder en publiceren nu al hun SMR's op de website kiesBeter.nl.

Schippers mikt op witte vlekken

Maar Schippers vindt dit allemaal niet ver genoeg gaan. In de tweede helft van 2015 zal de minister de nadruk leggen op eventuele witte vlekken in de informatie. Ze bekijkt daarbij welke acties, door wie en wanneer moeten worden ondernomen en wat daarvan nodig is. KiesBeter.nl gaat daarbij een cruciale rol vervullen in het beter beschikbaar en toegankelijk maken van al die informatie. Ik streef ernaar om zo veel mogelijk informatie via deze website vindbaar te laten zijn.



Skipr

ACTUEEL

MENU

Nieuwe methode haalt kwaliteitsuitkomsten uit basisregistratie

Skipr Redactie

1 maart 2018

798 keer gelezen

Reacties

Nederlandse maag-darm-leverartsen en rekenentrum LOGEX hebben een nieuwe analyse ontwikkeld om uitkomsten van zorg weer te geven op basis van de al aanwezige basisregistratie van ziekenhuizen. De methode, die Textbook Outcome heet, kan zonder extra registratielast worden toegepast op een groot aantal veel voorkomende medische ingrepen.

Dit meldt [LOGEX Healthcare Analytics](#). De nieuwe methode wordt deze week gepresenteerd in de *British Medical Journal* (BMJ).

Textbook Outcome is een samengestelde uitkomstmaat die kijkt of een patient optimaal is behandeld. Dat gebeurt aan de hand van gegevens over lengte van het verblijf in het ziekenhuis, het voorkomen van heroperaties of heropnames op de PZ. Deze kunnen worden gehaald uit de registratie die het ziekenhuis toch al

Uitdaging 2: belonen goede prestaties

- Zonder goede bekostigingssystemen ...

... worden coördinatie en substitutie gefrustreerd

... wordt (over)productie beloond in plaats van preventie en goede uitkomsten



ESB Gezondheidszorg

GEZONDHEIDSZORG

Hoe uitkomstbekostiging in de zorg kan slagen

Door zorgaanbieders een integrale basisbekostiging per verzekerde toe te kennen voor het leveren van een brede 'bundel' van zorgactiviteiten kunnen, mits gecombineerd met een expliciete resultaatbeloning voor een goede kwaliteit van zorg, goede uitkomstkosten worden gestimuleerd. Invoering van een dergelijke uitkomstbekostiging is echter complex en vereist een goede risicocorrectie, transparantie van zorgkwaliteit, gedeelde ICT en wederzijds vertrouwen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

komende jaren stevig op uitkomstbekostiging wil inzetten (Tweede Kamer, 2012). Ook in het buitenland wordt hier overheid in het kader van de federale zorgverzekering voor minimaal negentig procent van alle reguliere behoeftigen aan zorgaanbieders afhankelijk te laten zijn van uitkomsten (Health & Human Services, 2015).

Maar er is nog veel onduidelijkheid over wat precies onder uitkomstbekostiging kan worden verstaan en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om zorgaanbieders op zinnige manier te betalen voor goede uitkomsten. Bodig zijn om te kunnen toe adequate uitkomstbeloning in de zorg en wat daarbij geverd kan worden van ervaringen in het buitenland (Eijkman en Schut, 2015).

FRANK EIKEMAA
Universitair docent
van de Erasmus Univer-
siteit Rotterdam

ERIK SCHUT
Hoogleraar van de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

En belangrijk knelpunt in het Nederlandse zorgstelsel is dat de bekostiging van zorgaanbieders kan niet stimuleren tot goed georganiseerde en doelmatige zorg (Van Kleef *et al.*, 2014). Zorgaanbieders worden vaak afhankelijk en per activiteit (zoals een consult of een verpleven van zo veel mogelijk activiteiten, die onderling medisch specialisten) slecht zijn afgestemd. Ook ombreke en is het financieel aansprekend om gezondheidsproblemen te voorkomen.

Daarom wordt er steeds vaker gepleit voor een bekostiging die goede zorguitkomsten stimuleert. In 2011 nam de Tweede Kamer zelfs een motie aan waarin de regering werd opgeroepen om, in overleg met alle partijen, te komen tot een breed gedeelde visie op 'uitkomstbekostiging' (Tweede Kamer, 2011). In een reactie liet minister Schippers weten dat ze de

VIJF DIMENSIES VAN GOEDE ZORGUIJKOMSTEN
Men wil in de gezondheidszorg dus al van bekostiging per verzekerde en toewerken naar uitkomstbekostiging. Maar wat is eigenlijk een goede zorguitkomst? Op grond van de wettelijke en maatschappelijke discussie over de bekostiging van een goed bekostigingssysteem (Berwick *et al.*, 2008) zijn vijf onderling samenhangende dimensies van goede zorguitkomsten te onderscheiden: goede zorgcoördinatie, kostenbewuste zorgverlening, goede zorginnovatie, kostenbewuste innovatie en effectieve preventie. Een onderdeel van de eerste dimensie, goede kwaliteit, is zorginhoudelijke kwaliteit, waarbij wederzijds onderscheid kan worden gemaakt in de structuur en het proces van de zorg en de gezondheidsuitkomst ervan voor de patiënt. Een ander kwaliteitsaspect is patiëntvriendelijkheid, bijvoorbeeld behoudens privacy en de noodzakelijkheid over het zorgverleend ofwel de afwezigheid van overbehandeling en van onnodig dure zorg. De derde dimensie is goede coördinatie van zorg, waarbij het gaat om een goede samenwer-

Naar uitkomstbekostiging in Nederland?

Voorzichtige stappen richting een meer uitkomstgerichte bekostiging

- goede **coördinatie** binnen deelsectoren vaker beloond
- meer integrale bekostiging voor **chronische zorg** (diabetes, COPD)
- meer ruimte voor **expliciete beloningsafspraken** (P4P)
- steeds vaker sprake van **meerjarencontracten**
- diverse experimenten met “**shared savings**” modellen

Enkele praktijkvoorbeelden

Verzekeraar betaalt ziekenhuis meer als de zorg verbetert

NOS, 26 NOVEMBER 2015

Rinke van den Brink, redacteur gezondheidszorg

De afdeling cardiologie van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven wordt volgend jaar door zorgverzekeraar CZ betaald op basis van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Het is voor het eerst dat zo'n contract wordt gesloten. Het contract heeft een looptijd van drie jaar.

Het ziekenhuis krijgt extra geld van CZ als de hartzorg van het ziekenhuis in 2016 beter is dan in de periode waarmee het vergeleken wordt. Dat extra geld moet gebruikt worden voor innovaties. Presteert de afdeling cardiologie minder goed, dan moet het ziekenhuis terugbetalen aan de verzekeraar.

Ziekenhuis en verzekeraar zijn ervan overtuigd dat op deze manier de kwaliteit van de hartzorg zal toenemen.



Skinnr NIEUWS BLOGS EVENTS VACATURES HRM TECH FINANCE VASTGOED

FINANCE

Koplopers pionieren met integraal tarief geboortezorg

Skinnr Redactie
17 maart 2017
2281 keer gelezen

Het Eikenkruis Ziekenhuis, Rode Kruis Ziekenhuis en Bravis hebben afspraken gemaakt met verzekeraars over de invoering van een integraal tarief geboortezorg. Mogelijk volgen de komende tijd nog een aantal regio's.

Momenteel zijn er negen koploperregio's op het gebied van integrale geboortezorg. De overstap naar de nieuwe integrale financieringsvorm is wat WVS betreft nadrukkelijk bedoeld als leerervaring, waar ook andere regio's profijt van kunnen hebben.

Integrale bekostiging van de geboortezorg betekent dat zorgverzekeraars geboortezorg als één totaal pakket inkopen, waaronder naast eerstelijns verloskundige zorg en eventueel medisch-specialistische zorg in de tweede lijn ook kraamzorg valt. Daarbij zijn ook afspraken gemaakt over de kwaliteit van de zorg.

WVS maakt zich al geruime tijd sterk voor de invoering van integrale geboortezorg als middel om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren. Door onder meer spanning en tussen gynaecologen en verloskundigen is de introductie een lastig proces gebleken. De

WERKEN AAN VALUE-BASED HEALTH CARE MET PROMS

PROF. DR. FRED VAN LERENNAAR
VORZITTER VINC
GYNIEK EN VERLOS
GYNIEK EN VERLOS

DR. WIL KONINGS
DR. ANNOUK DE

Download GRATIS white paper

Skinnr NIEUWS BLOGS EVENTS VACATURES HRM TECH FINANCE VASTGOED

FINANCE

Menzis rekt aanbieders af op waarde

Peter Bemmelop



Menzis heeft met dertig ziekenhuizen en zbc's een driejarig contract gesloten voor de waarde-gerichte inkoop van zorg. Dit betekent dat de zorgverzekeraar vanaf 2018 voor bepaalde aandeleningen een verbetering van de behandeluitkomst stimuleert. Om de zorgaanbieders de ruimte te bieden een kwaliteitslag te maken en het voor patiënten aantrekkelijk te maken voor deze aanbieders te kiezen, verdwijnen vanaf 2018 de volumeplafonds.

Erasmus

Ziekenhuis Uden houdt patiënten buiten de deur voor betere zorg

NOS, Vrijdag 3 februari 2017,



Ziekenhuis Bernhoven in Uden heeft in twee jaar tijd een [omzetsdaling 'gerealiseerd'](#): zo'n 12 procent ten opzichte van 2014. Inderdaad, gerealiseerd, omdat het ziekenhuis streeft naar minder omzet.

Dat past in het programma *Zinnige Zorg* dat het ziekenhuis begonnen is. Doel daarvan is betere zorg leveren door minder te doen. Zo nodig wordt er voor individuele patiënten meer tijd uitgetrokken om hun de best mogelijke behandeling te geven.

Zekerheid

Tegelijkertijd moeten de veranderingen bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg. Doordat er minder zorg wordt geleverd, kan er ook gesneden worden in de kosten van het ziekenhuis. Minder zorg betekent een andere organisatie met minder medewerkers.

Bernhoven heeft in 2014 een [vijfjarig contract](#) afgesloten met zijn belangrijkste verzekeraars, VGZ en CZ. Het overeengekomen [budget loopt ieder jaar een beetje terug](#), maar het ziekenhuis heeft wel [zekerheid over zijn inkomsten](#). In die periode kan Bernhoven zijn organisatie aanpassen aan de nieuwe werkwijze. Op sommige gebieden zijn investeringen nodig, maar er zijn ook bezuinigingen mogelijk door de nieuwe werkwijze.

- Bernhoven heeft [veel minder operaties](#) uitgevoerd de afgelopen twee jaar. Bij galblaasoperaties is er een daling van 15 procent. Bij liesbreukoperaties van 23 procent. [Patiënten worden veel nadrukkelijker op de voor- en nadelen van operaties gewezen.](#)
- Het [aantal ziekenhuisopnames van patiënten na een bezoek aan de spoedeisende hulp \(SEH\)](#) is met 14 procent [gedaald](#), doordat er [permanent spoedeisendehulpartsen op de SEH](#) zijn en door de beschikbaarheid van internisten, cardiologen en chirurgen.



Uitdaging 3: mededingingsbeleid

- Zonder effectief mededingingsbeleid ...

... kunnen machtsposities prikkels voor goede kwaliteit tegen juiste prijs wegnemen

FUSIE EN SAMENWERKING

23 FEB 2018

Blog: Ziekenhuisfusies bedreigen functioneren zorgstelsel

Het is verstandig van de ACM het toezicht op ziekenhuisfusies te gaan verscherpen. Ook is het belangrijk dat zij nauwlettend in de gaten houdt of de ziekenhuizen die al gefuseerd zijn geen misbruik maken van hun sterke marktpositie. Dat betogen Anne-Fleur Roos en Marco Varkevisser.

33



Huisartsen zijn boos over macht zorgverzekeraars

© WOENSDAG 15 APRIL 2015

Huisartsen in Nederland zijn boos. Zorgverzekeraars zouden te veel macht krijgen en artsen worden in het kauslijf van een marktconform gedrukt. Ze worden gedwongen door protocollen en afvinklijstjes. Ze overhandigen daarom een manifest, dat door de meerderheid van de Nederlandse huisartsen is ondertekend, aan minister Edith Schippers. In Pauze bespreken we de problemen in de huisartsenpraktijk met drie artsen.

Erasmus

Tussen Scylla en Charybdis

- Zoektocht naar adequate ordening in de gezondheidszorg is niet eenvoudig
- Gereguleerde marktwerking is poging om tussen de **Scylla van overheidsfalen** en de **Charybdis van marktfalen** door te laveren



Erasmus