


[Jaap van den Heuvel](#)

20 oktober 2017 6 minuten leestijd

kwaliteit

## Vervang dbc's door populatiebeposting

Nieuw financieringssysteem voor ziekenhuizen vergt vertrouwen

 2 reacties

**Het huidige systeem van ziekenhuisfinanciering is zeer complex en heeft niet geleid tot kostenbeheersing en transparantie van kosten en kwaliteit.**

**Ziekenhuisdirecteur Jaap van den Heuvel weet een goed alternatief: populatiebeposting.**



© getty images

In zijn eindverslag over de formatie – eind juni – vroeg informateur Tjeenk Willink aandacht voor de uitvoerbaarheid van ingrijpende beleidswijzigingen en signaleerde hij dat zelden of nooit op dat soort operaties wordt teruggeblikt binnen de overheid. Het financieringssysteem voor de ziekenhuizen op basis van diagnose-behandelcombinaties (dbc's) was destijds zo'n ingrijpende wijziging en kende complexe en soms onnavolgbare overgangsregelingen. De kosten van de zorg stijgen nu weer flink en het wachten op een grondige evaluatie is waarschijnlijk tevergeefs.

Waar staan we nu? Transparantie in kwaliteit van de geleverde zorg is er na de komst van de dbc's nauwelijks gekomen. Enerzijds door de complexiteit en de bewerkelijkheid van het meten van kwaliteit en anderzijds door de vele elkaar soms tegenwerkende initiatieven, waardoor de patiënt door het spreekwoordelijke bos de bomen niet meer ziet. Transparantie in de kosten is er ook niet gekomen. Ziekenhuizen kunnen onderling met een derde partij en onder geheimhouding hun prijzen wel benchmarken, maar daar heeft de patiënt niets aan. Inkopen van zorg op prijs en kwaliteit gebeurt dus niet, omdat het simpelweg niet kan.

### **Ongelijkheid**

De omzetplafonds waarboven verzekeraars de geleverde zorg niet meer betalen, werken een enorme ongelijkheid in de hand. Een ziekenhuis met lage prijzen dat veel zorg levert boven het plafond, is vele malen goedkoper dan een ziekenhuis met hoge prijzen dat geen onbetaalde zorg levert. De patiënt heeft geen enkel voordeel van het goedkopere ziekenhuis. Het geld gaat via de verzekeraar van het doelmatige naar het ondoelmatige ziekenhuis.

Het huidige systeem voor de financiering van ziekenhuizen met dbc's kent meer nadelen. Doordat er per dbc wordt betaald, ligt de focus om de jaarlijkse prijskortingen te compenseren op het verhogen van de omzet en niet op het terugdringen van verspillingen. Omdat de te leveren zorg per dbc strak en gedetailleerd is omschreven, worden slimme oplossingen om doelmatiger te werken vaak afgestraft met een lager tarief voor de dbc. Het dbc-systeem zet dus aan tot kostenstijging en remt innovaties.

### **Vast bedrag**

Een alternatief systeem is populatiebeposting, waarbij het ziekenhuis per jaar een vast bedrag krijgt per persoon die op het ziekenhuis is aangewezen. Er wordt dus niet meer afgerekend per behandeling, waardoor de focus volledig komt te liggen op het leveren van zorg die waarde toevoegt voor de patiënt en het wegnemen van kostbare verspillingen. Het enorme facturatiesysteem voor de dbc's komt daarmee te vervallen, wat op zich ook al een forse besparing oplevert.

## **'Doelmatig werken wordt vaak afgestraft met een lager tarief'**

James en Poulsen van Intermountain Healthcare geven in hun artikel in Harvard Business Review (2016) aan dat met populatiebeposting drie soorten verspilling worden aangepakt.<sup>1</sup> Allereerst is er de ondoelmatigheid in het produceren van 'eenheden van zorg' zoals laboratoriumtests, röntgenonderzoeken, medicijnen, en de tijdsbesteding van zorgverleners. Dit zou 5 procent van de totale verspillingen bedragen. Doelmatiger hetzelfde blijven doen, levert dus maar 5 procent winst op. De tweede soort verspilling gaat over het onnodig en suboptimaal gebruik van zorg tijdens de gehele behandeling. Dit gaat om te veel ligdagen, onderzoeken, laboratoriumtests et cetera. Dit betreft ongeveer de helft van alle verspillingen. Juist deze verspillingen worden door het dbc-systeem sterk in de hand gewerkt. De derde soort verspilling gaat over behandelingen in de populatie die onnodig of te voorkomen zijn. Dit betreft ongeveer 45 procent van alle verspillingen. Vooral preventie

en goede voorlichting over het te verwachten effect van de behandeling dragen bij aan terugdringing van deze verspilling. Het dbc-systeem daarentegen straft preventie en uitgebreide voorlichting zonder vervolgbehandeling financieel sterk af.

### **Verspillingen**

De situatie in Nederland is waarschijnlijk niet volledig vergelijkbaar met de Verenigde Staten, omdat de productieprikkel daar nog groter is. De verspillingen zijn echter zeer herkenbaar en bieden kansen voor onze situatie. De verspillingen worden in ieder geval in de hand gewerkt door betaling per geleverde behandeling en het strak verplichten van de inhoud van het behandeltraject.

Populatiebesteding verbetert alle drie de verspillingen. Om het tot een succes te maken geven James en Poulsen aan dat er gecorrigeerd moet worden voor het risico in de populatie.<sup>1</sup> Verder moeten er kwaliteitsindicatoren en standaarden komen om te bewaken dat patiënten de zorg krijgen die hun toekomst. Deze rol lijkt in Nederland vooral weggelegd voor de wetenschappelijke verenigingen. Zij kunnen bepalen welke zorg nuttig en nodig is. De huisartsen lopen hier met hun standaarden al voorop. Tot slot moeten de besparingen terugvloeien naar de ziekenhuizen om deze financieel gezond te houden, waardoor ze kunnen blijven innoveren.

### **Rem**

Eerdere pogingen in de VS om populatiebesteding in te voeren waren minder succesvol, omdat kwaliteitsindicatoren en standaarden ontbraken en kostenbesparingen niet ten goede kwamen aan de ziekenhuizen. Ook in de Nederlandse situatie zien we dat verzekeraars bij zorgvernieuwingen besparingen minutieus in kaart willen brengen en op voorhand willen inhouden. Dit zet een enorme rem op het invoeren van innovaties en vooral e-health, omdat verplichte contactmomenten met de patiënt en daarmee vergoedingen wegvallen. Dat de kwaliteit en klanttevredenheid fors toenemen, lijkt minder relevant.

James en Poulsen bevelen, gelet op de vele voordelen, aan dat ziekenhuizen direct in populatiebesteding stappen en dat verzekeraars hen daarbij actief ondersteunen.<sup>1</sup> Ook in Nederland zouden verzekeraars voor een veel bredere invoering kunnen kiezen in plaats van een enkele pilot. Het systeem betaalt voor waarde van zorg en niet voor de hoeveelheid geleverde zorg. Dit geeft ziekenhuizen krachtige financiële incentives om de drie vormen van verspilling in de zorg aan te pakken. Immers, verspillingen wegnemen is direct kosten besparen. Dan moeten zorgverleners wel in staat gesteld worden continu te investeren in het verbeteren van de zorgverleningsprocessen.

## **‘Populatiebesteding betaalt voor de waarde van zorg, niet voor de hoeveelheid’**

### **Bernhoven**

Het meest aansprekende voorbeeld van populatiebesteding is ziekenhuis Bernhoven. De resultaten lijken een paar jaar na de start veelbelovend. De hoeveelheid geleverde zorg neemt af en de adherentie, dus het aantal mensen in de regio dat aanspraak kan maken op het ziekenhuis, neemt licht toe. Het lijkt er dus op dat er

geen zorgvraag verschuift naar omliggende ziekenhuizen, maar dit moet nog goed onderzocht worden. De kosten dalen mogelijk nog niet echt, maar dat is niet verwonderlijk; veel kosten zijn vast en de andere en beoogde manier van zorg verlenen, zoals meer preventie en meer voorlichting over nut en noodzaak van behandelopties, kost ook geld. In Bernhoven is bij de start uitgegaan van het jaarbudget dat men had, en is nog niet gecorrigeerd voor gezondheidsrisico's in de populatie. Dit kan nog een bijstelling van het budget tot gevolg hebben maar tast de prikkel om te focussen op kwaliteit en toegevoegde waarde niet aan. Echt vergelijken kan ook pas als meer ziekenhuizen overstappen op populatiebeposting.

### **Veel eenvoudiger**

Het is eigenlijk te mooi voor woorden. Een nieuw financieringssysteem dat veel eenvoudiger is dan het huidige systeem, dat op theoretische gronden precies doet wat we graag willen, namelijk kosten verlagen door verspillingen terug te dringen, en dat nu ook in de praktijk lijkt te werken. Al zou populatiebeposting alleen de stijging van de kosten maar afvlakken, dan nog zou het meteen ingevoerd moeten worden. Als zorgverleners zich alleen nog maar hoeven te richten op wat echt waarde toevoegt voor de patiënt, dan zal dat ook leiden tot een lagere werkdruk en meer werkplezier. Met de huidige schaarste aan personeel is dat zeker ook een belangrijk voordeel.

Op dit moment is er zoals gezegd geen enkele transparantie in de werkelijke kosteneffectiviteit van ziekenhuizen. De prijzen zijn niet openbaar en mogen zelfs niet gepubliceerd worden. Bij populatiebeposting is met één getal een maat te geven voor de doelmatigheid, namelijk de kosten per adherente bewoner. Dit moet nog gecorrigeerd worden voor het risico van de populatie en het zorgaanbod van het ziekenhuis. Beide correcties zijn betrekkelijk eenvoudig uit te voeren. Als ook de tijd die vrijkomt door het niet meer registreren en factureren van dbc's versneld wordt ingezet voor het ontsluiten van kwaliteitsinformatie, dan is de patiënt veel beter dan nu geïnformeerd over kosten én kwaliteit. Dit wilden we met de dbc's bereiken, maar het kwam er niet. Met populatiebeposting kan het wel.

### **Vertrouwen**

Wat houdt ons dan nog tegen? Welnu, dat is vertrouwen. Door jarenlang tegenover elkaar gestaan te hebben, zonder feitelijke informatie over wie wat doet en tegen welke kosten, is er weinig vertrouwen meer tussen zorgverleners, verzekeraars en overheid. Gelukkig hebben de meeste patiënten nog wel veel vertrouwen in hun zorgverleners. Laten we – overheid, zorgverzekeraars en zorgverleners – daarom de proef op de som nemen en populatiebeposting gewoon invoeren. Patiënten kunnen dan op basis van goede informatie over kosten en kwaliteit weer hun eigen keuzes maken. Dat is nog steeds de beste manier om zorgverleners scherp te houden en te stimuleren om continu te verbeteren.

### **auteur**

Jaap van den Heuvel, directeur Rode Kruis Ziekenhuis (onderdeel van Zorg van de Zaak), hoogleraar healthcare management MBA-Healthcare UvA.

### **contact**

[jvandenheuvel@rkz.nl](mailto:jvandenheuvel@rkz.nl)

cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

## VOETNOOT

1. James BC, Poulsen GP. The Case for Capitation. Harv Bus Rev 2016; 94 (7-8): 102-11, 134.

## REACTIES

**J. Kums, uroloog in ruste, ZWOLLE**

22-10-2017 11:12

"Ik zou graag meewerken aan een dergelijke transitie, maar ik vrees, dat de belangrijkste voorwaarde ontbreekt: vertrouwen. In de afgelopen jaren zijn steeds meer regels bedacht door gebrek aan vertrouwen van zowel verzekeraars als overheid. Dat was gestoeld op incidenten van misbruik. Ik denk dat het incalculeren van een zekere mate van misbruik, dat er maatschappijbreed is, goedkoper en efficiënter is dan al die steeds meer tijd kostende regels en procedures die alleen bedoeld zijn om 'fraude' tegen te gaan.

Het idee om de tijd die nu verspild wordt aan registratie en verwerking van DBC's te gaan gebruiken voor kwaliteitsregistraties vind ik zeer aantrekkelijk. De gemeenschap heeft daar veel meer aan. En behandelaars cq zorgleveranciers denk ik ook."

---

**Peter Teunissen, arts, Bergen NH**

21-10-2017 15:29

"Jaap van den Heuvel vergeet 2 belangrijke dingen. 1. de Nederlandse cultuur. Waarom makkelijk doen als het moeilijk kan. 2. niemand heeft baat bij het oplossen van verspillingen; het geeft virtueel werk en betekenis aan mensen die doelmatig bezig zijn met zinloze dingen. In 1992 is het MEDLOCK en MEDKEY systeem al bedacht waarbij patiënten beschikken over hun eigen medische informatie en onderzoeksinstituten over een onuitputtelijke bron van geanonimiseerde informatie zouden beschikken met een voorkomen van een verspilling van 8 miljard (destijds nog gulden) per jaar. Natuurlijk is het een veel gezondere prikkel om dokters en zorgaanbieders te betalen om mensen gezond te houden en beter te laten worden. Tja, waar laten we al die mensen die ons nu van het werk houden en denken dat ze zinnig bezig zijn? "