

# Kwaliteit en efficiëntie in een concurrerend zorgstelsel

A.F. Mantel\*

**H**erstructurering van het stelsel van de gezondheidszorg volgens het plan-Simons zal de verhouding tussen verzekeraar en zorginstelling ingrijpend wijzigen. Aan de hand van een literatuuronderzoek wordt nagegaan in welke mate de kosten van zorgverlening kunnen worden beheerst, terwijl tevens de kwaliteit wordt verbeterd. Het gaat hierbij om budgettering van zorgaanbieders, betere coördinatie van de zorgverlening en de mogelijkheden van selectieve contractering.

Als de plannen van staatssecretaris Simons doorgaan zullen er tamelijk fundamentele wijzigingen worden doorgevoerd in het huidige Nederlandse gezondheidszorgstelsel. Hoofdkenmerken van het nieuwe zorgstelsel zijn dat de overheid aanmerkelijk terugtreedt en meer overlaat aan de partijen in het veld. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen door het afsluiten van contracten onderling volume, tarief en kwaliteit van de zorg regelen, terwijl de overheid hiervoor op afstand de randvoorwaarden schept. Van de aldus bereikte marktwerking wordt o.a. een bijdrage verwacht aan kostenheersing en kwaliteitsverbetering. Door deze stelselwijziging zal de relatie tussen verzekeraar en zorginstelling in de nabije toekomst fundamenteel veranderen.

Om meer inzicht te verkrijgen in deze toekomstige relatie wordt in dit artikel een literatuuronderzoek gepresenteerd dat voornamelijk de Amerikaanse ervaringen weergeeft<sup>1</sup>. In de VS vindt de zorgverlening van oudsher op sterk private wijze plaats. In dit artikel wordt geïnventariseerd over welke instrumenten en beïnvloedingsmogelijkheden de verzekeraars in het nieuwe stelsel kunnen beschikken inzake bekostiging, kwaliteit en regulering van de zorgverlening. En passant worden ook de resultaten van enkele experimenten in Nederland belicht. De verhouding tussen verzekeraars en verzekerden blijft in dit artikel grotendeels buiten beschouwing.

## Het nieuwe stelsel

In het nieuwe zorgstelsel, waarvan onlangs bekend is geworden dat het gefaseerd wordt ingevoerd en dat verdergaande stappen niet eerder dan in 1996 zullen worden geïmplementeerd, zal een groot aantal taken die de overheid nu vervult, worden afgestoten naar de partijen in het veld. Het nieuwe stelsel omvat op hoofdlijnen o.a. de afschaffing van de contracteerplicht voor verzekeraars met zorgaanbieders (voor vrije beroepsbeoefenaren ingaande per 1 januari

1992 met een overgangstermijn van twee jaar), afschaffing van vastliggende tarieven, afschaffing van de wettelijke erkenning en planning van ziekenhuisvoorzieningen en het invoeren van budgetten voor verzekeraars via normuitkeringen per verzekerde. Een essentieel punt in het nieuwe zorgstelsel is dat de aanspraken van verzekerden op zorg in functionele termen worden omschreven: de zorg is niet langer gekoppeld aan bestaande voorzieningen. Zo hoeft de (huidige) verpleeghuiszorg niet langer in een verpleeghuis plaats te vinden maar zou bij voorbeeld ook kunnen worden aangeboden in een ziekenhuis, verzorgingstehuis of zelfs in de thuissituatie. Van de functionele zorgomschrijving gaat een sterke druk tot substitutie uit: van bestaande (dure) zorgvormen naar goedkopere vormen van zorg (bij voorbeeld van intramurale zorg naar dagbehandeling en thuiszorg). Hierdoor kan de relatie tussen zorginstelling en verzekeraar zich wijzigen. Bovendien zal de concurrentie tussen de diverse zorgaanbieders naar verwachting toenemen.

## De positie van verzekeraars

In het nieuwe stelsel kan de verzekeraar de inkomsten per verzekerde niet beïnvloeden; immers de verzekeraar zal een vaste normuitkering uit een centrale kas ontvangen op basis van kenmerken van het verzekerdenbestand. Een verzekeraar die de inkomsten – met uitzondering van de hoogte van de nominale premie – niet kan beïnvloeden staat uitsluitend nog de mogelijkheid open de uitgaven te beïnvloeden (we

\* De auteur is als bedrijfskundige werkzaam bij het Instituut SWOKA te Den Haag. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.

1. Het betreft hier de tijdschriften: *Healthcare Financing Review*, *Healthcare Financial Management*, *Hospitals*, *Healthcare Management Review*, *Health Policy*, *Health Affairs*, *New England Journal of Medicine*, *Modern Healthcare*, *Hospital & Health Services Administration* en *the Health Service Journal*.

gaan er hierbij van uit dat selectie van risico's niet mogelijk is). De verzekeraar zal de uitgaven bij voorkeur beïnvloeden door inefficiënties in de zorgverlening zoveel mogelijk te voorkomen. Verder zal de verzekeraar de mogelijke spreiding (variantie) in uitgaven zo klein mogelijk willen houden, met andere woorden hij zal risico's zoveel mogelijk willen vermijden en trachten af te wentelen op zorgaanbieders en/of op verzekerden.

Welke instrumenten kan een verzekeraar gebruiken om enerzijds een goede kwaliteit van zorg te garanderen en anderzijds de kosten te beheersen (om uiteindelijk voldoende verzekerden te werven om financieel te kunnen overleven)? Men kan in het algemeen als sturingsinstrumenten onderscheiden: budgettering van zorgaanbieders, coördinatie van zorg, kwaliteitscontrole en selectieve contractering van zorginstellingen.

### Budgettering van zorgaanbieders

Zoals reeds opgemerkt zal de bekostiging van de verleende zorg in Nederland een zaak van onderhandeling worden tussen instelling en verzekeraar. In de VS werkt men veelal met van tevoren vastgestelde vergoedingen ('prospective payment') voor door instellingen verleende zorg. De meest gebruikte vorm van prospective payments vindt men bij het drg-systeem (drg = diagnose related group). Hierbij ontvangt een zorginstelling van de verzekeraar een aan de diagnose gekoppeld vast bedrag, onafhankelijk van de feitelijke ligduur van de patiënt. Drg's zijn gebaseerd op een internationaal patiëntenclassificatieschema, dat 470 diagnosegroepen kent. Voor elke diagnosegroep wordt een bedrag vastgesteld. Door deze wijze van bekostiging is er een prikkel bij de zorgverleners om zo efficiënt mogelijk te werken.

Het lijkt erop – althans in de Amerikaanse situatie – dat deze wijze van vergoeding effect heeft op de ziekenhuiskosten en op de ligduur. Fuchs voerde een onderzoek uit in de periode 1982-1984 in zorginstellingen met en zonder drg-vergoeding. Het resultaat was dat in instellingen met drg de ligduur met bijna 7% sterker daalde dan in een instelling zonder drg-vergoeding<sup>2</sup>. Uit een onderzoek van de Healthcare Finance Association bleek bovendien dat voorafgaande aan de introductie van het drg-systeem 30% van de totale uitgaven besteed werd aan doublures, verspilling en fraude<sup>3</sup>. Het drg-vergoedingssysteem dat oorspronkelijk uitsluitend van toepassing was binnen de Medicare en Medicaid-verzekeringen – Medicare is de Amerikaanse ziektekostenverzekering van de overheid voor bejaarden, Medicaid is de Amerikaanse ziektekostenverzekering voor armen en invaliden – wordt bij circa de helft van de particuliere verzekeraars in de VS gebruikt<sup>4</sup>. Er zijn echter ook aanwijzingen dat de financiële prikkel om efficiënt te werken kan leiden tot te weinig zorg, bij voorbeeld vroegtijdig ontslag, zodat kostbare heropname nodig kan zijn<sup>5</sup>.

Een belangrijke belemmering bij drg-systemen is dat bij de invoering alle ziekenhuizen uniforme definities van diagnoses en van de drg-indeling moeten aanhouden. Bovendien zal een zorginstelling bij toe-

passing van drg een goed overzicht moeten hebben van alle zorgprocessen bij een diagnosegroep. Een hiermee verwant punt is de kostprijsbepaling. In Nederland staat de kostprijsberekening per verpleegdag of per operatie nog in de kinderschoenen. Een groot probleem hierbij is bij voorbeeld het grote verschil in kostprijs tussen oude en nieuwe instellingen; door volledige nacalculatie en afschrijving op basis van historische kosten zijn oude instellingen aanmerkelijk goedkoper dan nieuwe instellingen. Hier ligt duidelijk nog een probleem dat prijsconcurrentie tussen instellingen op korte termijn vrijwel onmogelijk maakt.

In het Verenigd Koninkrijk zien we overigens een tweede wijze van budgettering van zorgaanbieders. Hier krijgen huisartspraktijken met minimaal 7.000 patiënten een vast budget waarmee zij alle zorgverlening moeten financieren. Zo zal de huisarts zelf een contract moeten sluiten met een ziekenhuis voor diagnostisch onderzoek van zijn patiënten en zal de arts meer kostenbewust geneesmiddelen voorschrijven. Per 1 april 1991 zijn er 1700 Britse huisartsen 'fundholder' geworden. Op deze wijze is er sprake van een aanmerkelijke mate van 'zelfregulering' door de aanbodpartij in het veld. De kostenbeheersing door de verzekeraar wordt hier in feite afgewenteld op de huisarts. Uit evaluatie-onderzoek van de London School of Economics bleek dat de samenwerking tussen huisarts en specialist hierdoor aanmerkelijk was verbeterd, dat wachttijden met 40% zijn gereduceerd en dat uitslagen van laboratoriumonderzoek sneller bekend waren<sup>6</sup>. Bovendien bleek dat huisartsen meer gevoel van eigenwaarde kregen, waardoor hun behoedzaamheid bij de zorg toenam. Met enige voorzichtigheid kunnen we stellen dat dit een redelijk geslaagd experiment is.

Ook in Nederland zien we dat de VNZ (Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars – de ziekenfondsen) zich recentelijk met drg bezighoudt.

### Coördinatie van zorg

#### *Managed care*

Bij managed care wordt toegezien op goede, eenduidige en controleerbare afspraken voor opname, nut en noodzaak van diagnostisch onderzoek en medische handelingen die bij een patiënt worden verricht en ten slotte evaluatie van (noodzaak, kwaliteit en kosten van) de opname. Hierbij dient een informatie-systeem opgezet te worden om het gehele zorgproces te kunnen volgen en eventueel bij te sturen. Binnen een managed-careconcept passen veelal de volgende beheersingsinstrumenten: 'pre-admission certification' (is opname wel nodig?); 'concurrent

2. V.R. Fuchs, The "competition revolution" in healthcare, *Health Affairs*, summer 1988, blz. 5-24

3. A. Ankone, Managed care; cut fat and preserve muscle, *Het Ziekenhuis*, 20 juni 1990, blz. 454-459

4. F.T. Schut, Opmars van PPO's, *Inzet*, 1987, nr. 8, blz. 28-31.

5. E.G. Gay en J.J. Krokenfeld, the DRG-experience; problems from changing reimbursement practice, *Social Science in Medicine*, 1990, blz. 1103.

6. Huisarts als budgethouder, *Inzet Actueel*, november 1992, blz. III-IV.

review' (voortgangsbewaking van het zorgproces); second opinion (diagnose van een andere arts); discharge planning (wanneer kan de patiënt verantwoord ontslagen worden? Welke aanvullende (thuis)-zorg is na het ontslag nodig?); utilization review (ex-post evaluatie van doelmatigheid van de verleende zorg).

Mueller en Hopp onderzochten het effect van managed care en vergeleken daartoe een groep van twintig ontslagen psychiatrische patiënten die zorg ontvingen met behulp van managed care, met een even grote controlegroep<sup>7</sup>. Als men rekening houdt met de kosten van managed care is er een gunstige verhouding tussen de kosten en de baten (minder heropnames e.d.); het blijkt dat de opbrengst circa tweemaal de kosten bedraagt. Een ander onderzoek wees uit dat toepassing van managed care in een ziekenhuis binnen twee jaar een besparing van de gemiddelde ligduur opleverde van 9,5%<sup>8</sup>.

Ondanks de soms positieve signalen uit de VS zijn er ook negatieve ervaringen. Er zijn voorbeelden van instellingen die failliet zijn gegaan, mede doordat ze ondoordacht en niet goed voorbereid ongunstige 'managed care'-contracten afsloten met verzekeraars.

Het goed kunnen toepassen van managed care vereist voor de zorginstellingen een goed overzicht van en inzicht in het medisch handelen en de bereidheid van de medische professie om het eigen handelen kritisch te bezien. Er zijn nog maar weinig eenduidige onderzoeksmethoden die (onnodig) gebruik kunnen registreren en bovendien is effectmeting van medisch handelen vaak moeilijk. Er is ook gebleken dat er problemen kunnen ontstaan bij het bereiken van consensus in de besluitvorming<sup>9</sup>. Desalniettemin kan als voorbeeld van een geslaagde toepassing van managed care worden genoemd een project op de afdeling heilkunde van het Academisch Ziekenhuis Leiden. Hier werden besliskundige protocollen ontwikkeld met betrekking tot de behandeling van enkel-trauma's. De protocollen leidden ertoe dat er een reductie van 66% van het aantal röntgenfoto's plaatsvond.

#### Case management

Een bijzonder geval van managed care is het verschijnsel case management. Men spreekt van case management indien één persoon alle zorg en voorzieningen (veelal afkomstig van verschillende zorgaanbieders) rond een patiënt coördineert. Een case manager kiest uit het zorgaanbod die zorg die nodig en geschikt is ('zorg op maat'). Case management wordt toegepast om een goed overzicht over alle zorg te verkrijgen, te helpen bij het voorkomen van dubbel onderzoek of behandeling, ten einde het gehele zorgproces zo doelmatig en efficiënt mogelijk te doen plaatsvinden.

Om het belang van een case manager te illustreren: bij de Amerikaanse Medicaid programma's is een case manager verplicht; slechts na goedkeuring van de case manager kan de patiënt zorg ontvangen die ook vergoed wordt door de verzekeraar. In Nederland vindt case management vooral toepassing in de psychiatrie, zwakzinnigenzorg, het welzijnswerk, behandeling van drugverslaafden en van aidspatiënten

en in het verpleeghuis. Ook op het gebied van de coördinatie van de thuiszorg voor gehandicapten wordt geëxperimenteerd met zogenaamde zorgconsulenten.

#### Kwaliteitscontrole

Naast de druk op kosten die een zorginstelling ondervindt, zien we ook dat verzekeraars in toenemende mate gaan toezien op de kwaliteit van de verleende zorg. Daarbij gaat het om zorgverlening in brede zin: van diagnosestelling, zorgtoewijzing, de beheersing van het zorgproces tot aan het resultaat van de medische handelingen, patiënttevredenheid e.d. In de VS bemoeit de verzekeraar zich veelal intensief met indicatiestelling, ligduur e.d. 'Utilization review' is de vakterm waarmee de evaluatie van zorg en bijbehorende kosten wordt aangeduid. Utilization review wordt in de VS zowel intern als door derden (m.n. verzekeraars) verricht om inzicht in het behandelingsproces en de bijbehorende kosten te verkrijgen. Men vergelijkt hierbij de individuele patiënt- of instellingsgegevens met de statistische gemiddelden uit de verzamelde geaggregeerde data van de betreffende regio. Uit een onderzoek van Feldstein bleek dat gebruik van utilization review de kosten van ziekenhuiszorg met 12% kan verlagen<sup>10</sup>.

Om de kwaliteit van het medische handelen te meten bestaan er in de VS zogenaamde 'professional review organizations' (pro's). De pro's worden betaald door het federale orgaan dat is belast met de uitvoering van en de controle op de Medicare-wet. In 1987 werd kwaliteitscontrole door een pro verplicht voor instellingen die Medicare patiënten hadden. Het belang van een goede zorgkwaliteit wordt geïllustreerd door het feit dat indien een ziekenhuis geen contract met een pro heeft Medicare niet betaalt. In een onderzoek werd geconcludeerd dat het gebruik van pro de ligduur met gemiddeld 1,7% heeft teruggebracht<sup>11</sup>.

In de VS worden instellingen beoordeeld op hun eigen kwaliteitsinspectie: is er een systematisch kwaliteitsplan, wordt de gemeten kwaliteit regelmatig geëvalueerd e.d. Instellingen die bij kwaliteitsmeting onder een zeker minimumniveau scoren worden gekort op hun vergoeding<sup>12</sup>. Het zal duidelijk zijn dat

7. M.S.W. Mueller en M.P.H. Hopp, A demonstration of cost benefits of case management services for discharged mental patients, *Psychiatric Quarterly*, spring 1987, blz. 17-24.

8. J. Johnsson, Managed care, *Hospitals*, 5 maart 1991, blz. 40-44.

9. D.J. Steensma en J.J.N. van der Palen, De Deventer zorgplannen, *het Ziekenhuis* 20 juni 1991, blz. 460-462 en F.M.B.H. Jansen, D.K. Munsterman en C.J. Stevering, Een kwestie van vallen en opstaan, *het Ziekenhuis*, 20 juni 1991, blz. 472-475.

10. P.J. Feldstein e.a., Private cost containment, *New England Journal of Medicine*, 19 mei 1988, blz. 1310-1314.

11. B. Steinwald en F.A. Sloan, Regulatory approaches to hospital cost containment in: P. Olsen (red.), *A new approach to the economics of healthcare*, American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, 1981.

12. K. Pallarito, Expert sees quality of care becoming important factor, *Modern Healthcare*, 23 juli 1990, blz. 48-49.

kosten- en kwaliteitscontrole in de VS vrijwel hand in hand gaan en dat geen enkele instelling het zich kan veroorloven om aan deze aspecten geen aandacht te besteden.

### Selectieve contractering

Er bestaan diverse vormen van selectieve contractering van zorgverleners door een verzekeraar. Hier kan worden gewezen op zogenaamde 'health maintenance organisations' (hmo's) die in verschillende verschijningsvormen optreden; een veel gebruikte vorm is een 'preferred provider organisation' (ppo) waarbij de verzekerde slechts een volledige vergoeding ontvangt indien hij/zij zorg betreft van gecontracteerde zorgverleners. Volgens sommige onderzoeken zouden hmo's 10 tot 40% goedkoper werken dan andere, vergelijkbare vormen van zorgverlening<sup>13</sup>. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat niet altijd duidelijk is of het gaat om een groep vergelijkbare verzekeren. Met name collectief verzekerde werknemers die vaak gezonder zijn dan niet werkenden (die zich niet bij een hmo kunnen laten inschrijven) maken veel gebruik van hmo's. Een belangrijke voorwaarde voor het daadwerkelijk kunnen toepassen van selectieve contractering is dat er voldoende zorgaanbod blijft indien niet alle zorgaanbieders gecontracteerd worden.

Zoals reeds opgemerkt, beschikt de Nederlandse verzekeraar – vanaf 1994 – ook over de mogelijkheid om zorgverleners (in eerste instantie alleen de vrije beroepsbeoefenaren) te selecteren. De vraag hierbij is in hoeverre door verzekeraars van deze mogelijkheid gebruik zal kunnen worden gemaakt. Op grond waarvan zal een verzekeraar kiezen? Beschikt een verzekeraar al over 'objectieve criteria' om tot een adequate selectie over te kunnen gaan? Dit zal pas plaats kunnen vinden nadat een verzekeraar van de zorginstellingen per diagnose goede gedetailleerde gegevens heeft van opnameduur, procesgang, kosten, kwaliteit e.d. Onder meer in het proefschrift van Westert<sup>14</sup> is aangetoond dat deze verschillen statistisch significant zijn, zodat selectieve contractering in principe mogelijkheden biedt. Er lijkt dus ruimte voor een betere zorgprocesgang met besparing van kosten aanwezig. Een voorbeeld van selectieve contractering die zich nu in de praktijk voordoet is de overeenkomst die particuliere verzekeraar VGNN te Groningen heeft gesloten met tandartskliniek Ivory Tand Centrum; verzekerden die van dit centrum tandheelkundige zorg betrekken hoeven geen eigen bijdrage te betalen<sup>15</sup>.

### Slot

Concluderend, de in de VS toegepaste sturingsinstrumenten ten behoeve van kostenbeheersing en kwaliteitscontrole beginnen langzaam aan ook in Nederland aandacht te krijgen, mede onder invloed van de stelselherziening. Er lijken goede mogelijkheden te bestaan voor de instrumenten case management en managed care, terwijl op de langere termijn selectieve contractering en een drg-systeem ook mogelijkheden bieden.

Om de toekomstige Nederlandse situatie wat concreter in te kunnen schatten zullen we enkele factoren opsommen die hierbij van belang zijn. Momenteel worden de zorginstellingen geconfronteerd met: capaciteitstekorten (verpleeghuizen, zwakzinnigeninrichtingen, bepaalde typen specialismen en operaties in ziekenhuizen); hoge werkdruk mede in verband met zorgintensivering en tekort aan verpleegkundig en verzorgend personeel; een slechte financiële situatie; en een tariefsbepaling die niet op feitelijke kostprijzen is gebaseerd maar op een forfaitair vergoedingssysteem. De verzekeraars zullen in het nieuwe stelsel worden geconfronteerd met: zorgplicht ten aanzien van de verzekerden; opgelegde budgettering via normuitkeringen per verzekerde; een inkomensafhankelijke ziektekostenpremie die door derden wordt bepaald; en acceptatieplicht van kandidaat-verzekerden.

Deze factoren vergemakkelijken het bereiken van de genoemde kwaliteits- en efficiëntievoordelen in het algemeen niet. Zolang bij voorbeeld sommige vormen van zorgaanbod schaars zijn en verzekeraars een zorg- en acceptatieplicht hebben is het voor verzekeraars moeilijker om voor deze zorgvormen op korte termijn effectieve druk op de tarieven te kunnen zetten.

Desondanks is in Nederland macro-economisch geschat dat circa 15% van de totale zorgkosten te besparen zouden zijn<sup>16</sup>. De empirische bevindingen uit de hier gepresenteerde literatuur geven geen aanleiding daaraan te twifelen. Maar gezien de moeizame voortgang van de herstructurering in de gezondheidszorg zal het waarschijnlijk wel een kwestie zijn van lange adem.

Ondanks het feit dat de voortgang van de stelselherziening vertraagd is (de derde fase van het plan-Simons zal zeker niet voor 1996 van kracht worden) zien we dat sommige verzekeraars zich actiever gaan bemoeien met zorgaanbieders; recentelijk zien we bij voorbeeld dat verzekeraar Geove zich bezighoudt met het per post verzenden van geneesmiddelen om de hoge distributiemarge van groothandel en apotheker te omzeilen. En het Ziekenfonds Rotterdam heeft in zijn jaarverslag over 1992 aangekondigd zelfstandig medicijnen te gaan inkopen, om dezelfde reden. De winst van het plan-Simons is dan ook meer gelegen in een gedragsverandering van partijen dan in de feitelijk tot op heden genomen maatregelen.

### A.F. Mantel

13. W.P.M.M. van de Ven en F. Schut, Health maintenance organizations, *ESB*, 17 september 1986, blz. 892-898. W. Manning, A. Leibowitz en G. Goldberg, A controlled trial of the effect of prepaid group practice, *New England Journal of Medicine*, 7 juni 1984, blz. 1505-1510.

14. G. Westert, *Verschillen in ziekenhuisgebruik*, proefschrift, RU Groningen, 1991.

15. H. Kuipers, *Nieuwsblad van het Noorden*, 4 februari 1993.

16. W.P.M.M. van de Ven, Doelmatigheid in de gezondheidszorg: een miljardenkwestie, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1988, blz. 1623-1630.