

Hoe Den Haag het recht op zorg heeft aangetast

Bestuur en beheer van de zorgsector blijft een zorgenkind waar de Nederlandse politiek maar geen goede oplossing voor weet te vinden. Oud-minister en hoogleraar Eduard Bomhoff biedt een frisse blik op de Nederlandse zorgsector en legt de vinger op de zere plek: disfunctionele bureaucrativering in de zorg, een mislukte Zorgautoriteit, en een rijksoverheid die een vast budget oplegt aan de zorgsector en weigert te leren van andere landen waar het bieden van zorg efficiënter geschiedt en het belang van de patient voorop staat.

Ontspoorde zorg

Een paneldiscussie in Utrecht met drie ondernemende artsen, op uitnodiging van Partij 50+, was een mooie aanleiding om weer eens goed te studeren op de Nederlandse ziekenhuiszorg, twaalf jaar nadat ik korte tijd betrokken was bij de voorbereidingen van het nieuwe stelsel (zie ook mijn video op deze website).

Lense Koopmans was in die zomer van 2002 voorziter van de werkgroep die labels en prijskaarten zou ontwikkelen voor de ziekenhuiszorg. Ooit werd Koopmans als financieel directeur beroemd met het systematisch doorvoeren van de “sterfhuisconstructie” bij Ogem. Anno 2014 is die term “sterfhuis” helaas niet te sterk voor de grondig mislukte Zorgautoriteit (NZa), door de samenloop van foute benoemingen, foute aansturing door Den Haag en vooral een onwerkbaar marsorder in 2005 met de 30.000 labels van Koopmans.

Ik heb als minister nog geprobeerd om het aantal labels terug te brengen, en ook gevraagd waarom we niet 250 miljoen euro ontwikkelingskosten konden besparen door het systeem van Canada of Australie te importeren. Die waren toendertijd op een floppy disk gratis te verkrijgen.¹ In de Kamer waarschuwde Agnes Kant toen al - nog voor de invoering - dringend tegen het veel te fijnmazige ontwerp van Koopmans. Zij vreesde dat de dokters tijd moesten maken voor formulieren ten koste van patienten; nu weten we dat de dokters niet eens meer kijken naar de zogenaamde DOT's en DBC', maar dat de ziekenhuizen noodgedwongen specialistische bureaus betalen voor advies over de gunstigste facturering: “upcoding”, een nieuw eufemisme voor listig bedriegen van verzekeraars.

Tot overmaat van ramp ging de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst in 2003 dwars liggen over het koppelen van de rekening van de patienten aan het rapport bij ontslag uit het ziekenhuis. Mijn opvolger De Geus wilde dat, maar de KNMG sprak een veto uit. Daarom moeten nu verzekeraars de nota's controleren zonder informatie over het wel en wee van de patient. Vergelijk dat met Australie: elke declaratie is vastgeniet aan een kopie van het ontslagrapport, en ziekenhuizen krijgen boetes wanneer de patient langer moest blijven vanwege een infectie opgelopen in het ziekenhuis, of wanneer de behandeling om andere verwijtbare redenen langer duurt. In de VS is de Obamacare niet bepaald soepel ingevoerd, maar ook daar zijn er nu al boetes en

¹ (Sindsdien laten medische cijfers zien dat Australie beter scoort dan Canada op de ziekenhuiszorg; ik kom uitvoerig terug op het Australische systeem)

beloningen afhankelijk van de kwaliteit van de verzorging. Dat vereist een koppeling van nota en behandeldossier, maar in Nederland is die er niet.

Grondig ingrijpen noodzakelijk

Nu we weten dat 30.000 verschillende labels voor behandelingen onwerkbaar zijn, en een clustering van die 30.000 in 4.391 nieuwe verzamelcodes in de praktijk nergens enige steun krijgt, is het tijd om grondig in te grijpen. Want accepteren dat de financiële afwikkeling van de ziekenhuiszorg steeds pas twee jaar na dato plaatsvindt zou ondenkbaar moeten zijn.

Financial accounting,, laat staan management accounting in de ziekenhuissector is onmogelijk door het prijssysteem van de NZa. Bekend uit de media is al dat ziekenhuizen problemen krijgen met een tijdige accountantsverklaring en dat bankiers nerveus worden over hun kredieten. Dat leidt ook al tot extra werkloosheid onder jonge specialisten omdat ziekenhuizen en maatschappen van specialisten huiverig zijn om zich te committeren bij zo veel onzekerheid. Nederland kan een geschatte 1 miljoen euro aan opleidingskosten afschrijven voor iedere specialist die emigreert.

Maar er zijn nog ernstiger consequenties, namelijk voor de patienten. Omdat verzekeraars niet tijdig in november en december bekend kunnen maken met welke instellingen ze contracten hebben, staan ze onder druk om zich dan maar gunstig te onderscheiden met een lagere prijs. Dat is een verschraving van de beoogde concurrentie tussen verzekeraars. Bij een eenvoudiger systeem van labels en prijskaarten horen verzekeraars in november van een jaar bekend te maken met welke ziekenhuizen en klinieken ze afspraken hebben. Als er plafonds zijn afgesproken, moet dat natuurlijk ook openbare kennis zijn voordat Nederlanders hun jaarlijkse beslissing nemen om wel of niet over te stappen naar een andere verzekeraar.

Zonder twijfel is dat de bedoeling geweest van de wetgever die de jaarlijkse keuzevrijheid in de wet opnam, maar in de praktijk hebben we wel het grote nadeel van jaarlijks kunnen wisselen van verzekeraar kunnen waarnemen, namelijk dat verzekeraars moeilijk kunnen investeren in preventie, maar missen we door alle bureaucratie van de Nza de potentiële voordelen van jaarlijks wisselen, namelijk een echte keuze tussen verschillende menus van behandelaars en tijdige informatie over toegang tot klinieken.

Veel beter 'down under'

Dat het echt veel beter kan blijkt in Australië. De levensverwachting is significant hoger dan in Nederland, hoewel ik de mensen er minder zie fietsen en meer zie drinken – de coteletten en biefstukken lijken in Sydney en Melbourne ook een maat groter. Australië werkt met 698 codes – zes keer minder dan de DOT verzamelcodes en een kleine fractie van de 30.000 DBCs - maar voegt bij elke numerieke code nog letters toe om aan te geven of de behandeling langer duurde of zwaarder uitviel dan gemiddeld. Cruciaal is dat de nota naar de verzekeraar gaat samen met het ontslagdossier van de patient zodat verzekeraars een dubbele analyse kunnen maken: ten eerste of de letters die de zwaarte en de duur van de behandeling indiceren corresponderen met het landelijk gemiddelde, en ook of de behandeling en de zwaarte kloppen gezien het dossier van de patient.

Ik dacht aan mijn eigen simple praktijk aan de universiteit. In het Nederlandse systeem zou ik volgens de NZa per minuut moeten coderen hoe lang ik een student op spreekuur ontvang en of het gaat om vragen over de stof (makkelijk) of discussies over scripties en dissertaties (veel bewerklijker voor de professor). Als mijn loon zou afhangen van de gewerkte minuten wordt de verleiding groot om te “upcoden” : student komt vijf minuten voor een paar vragen voor het examen; professor declareert twee uur voor een diep gesprek over een dissertatie. De betaalmeester komt daar niet makkelijk achter, want die kan studentengegevens niet koppelen aan mijn declaraties. In het Australische systeem kunnen we werken met drie gemiddelden: een voor studenten met vragen, een voor scripties en een derde voor promovendi en krijg ik een bonus wanneer de scriptie of het proefschrift zijn goedgekeurd.

De parallel is onvolkomen, maar ik hoop dat duidelijk is hoe statistische analyse voor de betalende partij pas mogelijk wordt met grote aantallen en dus brede categorieën en ook dat dossiers moeten zijn gekoppeld aan de nota's willen we kwaliteit belonen en vieze ziekenhuizen straffen wanneer patiënten daar langer blijven door opgelopen infecties.

Voor 23 hoofdgroepen (bredere codes, en dus nog sterker statistisch materiaal per instelling en provinciaal en landelijk) maakt de Australische NZa een berekening van de normale bandbreedte voor de ligduur in dagen. Ziekenhuizen krijgen een kleine extra bonus voor elke patient die zonder complicaties eerder naar huis kan dan het 25e percentiel in de distributie en een wat grotere boete voor iedere patient die langer blijft dan het 75e percentiel voor die groep van aandoeningen.

Perverse praktijken

In Nederland heeft de NZa verordonneerd dat dokters niet bepaalde behandelingen simultaan mogen uitvoeren – dit om dubbel declareren tegen te gaan. De dermatologen, bijvoorbeeld, hebben openbaar geklaagd - en een lijst van aansprekende voorbeelden gepubliceerd - dat veel patienten moeten wachten tot een behandeling is voltooid voordat de dokter mag beginnen om een simultane klacht aan te pakken. Wreed voor de patienten, net als al die gevallen waarin tests en scans moeten worden herhaald omdat de NZa een nieuwe DOT heeft geopend.

De verschillen gaan nog verder. In Australië krijgen kleine plattelandsziekenhuizen en ook ziekenhuizen in regio's met veel niet zo gezonde oorspronkelijke Australiërs of Tasmaniers extra financiering, en die ligt – op het zuidelijk halfrond spreekt dat vanzelf – vast voordat het boekjaar begint zodat instellingen weten waar ze aan toe zijn. Ook financiële extra's voor opleidingsziekenhuizen zijn tijdig bekend – dat geeft rechtszekerheid en zorgvuldigheid in de financiële verhoudingen tussen de overheid en private risico lopende instellingen. In Nederland worstelen instellingen twee jaar na het einde van het boekjaar nog met hun financiële afwikkeling en de zogenaamde verevening ontbeert de vereiste rechtszekerheid en zorgvuldigheid.

Dat is niet alleen te wijten aan de NZa en haar declaratie-eisen maar vooral aan de overheid die een vast totaal budget oplegt aan de sector. Dat mag natuurlijk niet bij een verzekering, maar gebeurt toch. In 2002 was ik in een positie om voor een keer die fout tegen te gaan: in de laatste en definitieve versie van de Troonrede werd de onlogische zinsnede “de regering waarborgt het recht op zorg binnen het budget” vervangen door een simpele waarborg van dat recht. Nu zijn we al weer jaren terug op de

idiotie van een recht binnen een budget, hoewel Den Haag heel goed weet dat we dan niet meer spreken over een recht maar over een “voorziening”. Consequentie van die fout is dat ziekenhuizen pas weten waar ze financieel staan wanneer alle bonnen volgens het DBC-DOT systeem zijn verwerkt, en dat is meer dan twee jaar te laat. De sector zucht – en dat is de schuld van Den Haag – onder een dubbele boekhouding: in de loop van het jaar allerlei ad-hoc afspraken met verzekeraars en dan nog een tweede complete afrekening volgens het NZa systeem twee jaar later.

Ik ken oud-minister van defensie Frank de Grave als een gewiekst prater, maar zijn vijf jaren als eerste hoofd van de NZa (voordat hij vertrok naar de Scheringa-bank) werden een grote teleurstelling. Hij heeft niet gezien dat het recht om elk jaar te wisselen van verzekeraar in moest houden dat prijskaarten en afspraken duidelijk en werkbaar zijn voordat het verzekeringsjaar begint. De huidige CEO is zojuist afgetreden. ligt op het moment van schrijven van verschillende kanten onder vuur. Er is ook al een commissie van drie voortreffelijke Nederlanders ingesteld om over de Nza te rapporteren, maar de voorzitter was een intieme Haagse collega van de net afgetreden Nza topmanman die hij moet beoordelen, en een van de twee voortreffelijke andere leden is zo druk bezet als hoofd van een universiteit, commissaris bij twee zeer grote ondernemingen en veelgevraagd adviseur dat twijfel mogelijk is hoeveel tijd en aandacht zij aan deze rampzalige organisatie kan besteden.

Ik ben slechts stuurman aan de wal op zes tijdzones afstand. Maar zelfs in de verre is duidelijk dat de NZa grondig is mislukt. De tijd voor regentesk gladstrijken is echt voorbij. Nederlandse patiënten missen cruciale informatie om te kunnen kiezen. Verzekeraars zijn wel gedwongen om te concurreren op vooral de prijs en dus geheime afspraken te maken over behandelplafonds. Ziekenhuizen kunnen niet managen omdat de financiële cijfers twee jaar achterlopen. Klinieken leven met onzekerheid over hun patiëntenstroom.

Hlier is wat er moet gebeuren:

1. Geen outplacement meer van politici bij de NZa maar integere en deskundige managers die leren van andere landen.
2. Nood breekt wet: importeer het werkbare Australische systeem met zo veel minder codes en eis vanaf de eerste dag dat een (geanonimiseerde) kopie van het patient-ontslagdossier wordt gehecht aan de nota van het ziekenhuis.
3. Maak alle afspraken voor extra financiële steun aan instellingen bekend voor het begin van het jaar.
4. Onversneden recht op zorg – als de zorg te duur wordt, dan het pakket aanpassen danwel de eigen betalingen en de eigen risico's
5. Eisen dat verzekeraars pas een verzekering aanbieden wanneer openbaar bekend is met welke ziekenhuizen en klinieken ze afspraken hebben.
6. Openbaarheid voor alle eventuele volume-afspraken tussen verzekeraars en instellingen
7. Boetes voor ziekenhuizen wanneer verzekeraars analyseren dat patienten langer bleven door infecties opgelopen in het ziekenhuis.

Als het in Australië kan, dan hier ook. En wanneer dan het vertrouwen in de besturing van de sector is herwonnen, wordt het ook politiek beter mogelijk om te spreken over hogere eigen betalingen en eigen risico's.

Eduard Bomhoff is hoogleraar economie aan Monash University in Kuala Lumpur. Hij was minister van volksgezondheid in het kabinet Balkenende 1 en was het toen al eens met Agnes Kant over de aankomende ramp van de DBC's.

"Me Judice", na revisie geplaatst op 18 Juni 2014