

Analyse van de veranderingen en v



Nederlandse ziekenhuizen ondergaan in 2015 veel veranderingen. Dat heeft ook de nodige gevolgen voor de eerste lijn. Dit artikel behandelt vijf cruciale elementen daarin: beleidsveranderingen, de structuur van het ziekenhuis, bekostigings- en financieringsveranderingen in de tweede lijn, strategische ontwikkelingen, en tot slot de effecten op de eerstelijnszorg.

1 Beleidsveranderingen in 2015

– Geïntegreerde bekostiging

De geïntegreerde bekostiging voor ziekenhuizen en medisch specialisten is per 1 januari ingevoerd. Daarmee verdwijnt het onderscheid tussen honorarium van medisch specialisten en infrastructuurkosten van het ziekenhuis. Ziekenhuizen worden volledig risicodragend vanaf 2015.

– Artikel 13 vrije artskeuze

Als de wijziging van artikel 13 in de Zvw alsnog wordt goedgekeurd in de Eerste Kamer en de vrije artskeuze aan banden wordt gelegd, zal de zorginkoopmacht van zorgverzekeraars aanzienlijk toenemen. Want een belangrijk deel van de verzekerden is niet kundig, bereid of in staat om voor een duurdere substitutiepolis met vrije artskeuze te kiezen. Zorgverzekeraars zullen kwaliteits- en doelmatigheidseisen aan elkaar koppe-

De Nederlandse ziekenhuizen gaan een hectisch 2015 tegemoet. Er zijn veranderingen in bekostiging, gedrag van patiënten, toenemende concurrentie; er is een krimpende productie en strakker zorginkoopbeleid van verzekeraars. Dat heeft effecten op de samenwerking met de eerstelijnszorg. De Eerstelijns analyseert de ontwikkelingen.

len en ziekenhuizen verder onder druk zetten. Alleen systeemziekenhuizen kunnen rekenen op een coulantere benadering. Zo is het ZorgSaam ziekenhuis in Terneuzen alleen te handhaven met steun van preferente zorgverzekeraar CZ, omdat de kosten van een uitstroom van de Zeeuws-Vlaamse bevolking naar Belgische ziekenhuizen tot nog hogere kosten leidt. Ook academische ziekenhuizen zullen de komende jaren de beperkte financiële groei ervaren. Daarnaast moeten zij rekening houden met beperking van de directe toegang voor patiënten met naturapolissen.

2 De structuur van het ziekenhuis in 2015

Om het ziekenhuis effectief te kunnen besturen, maar ook het fiscaal ondernemerschap van medisch specialisten veilig te stellen, zijn er twee type integratiemodellen ontwikkeld: het *samenwerkingsmodel* en het *participatiemodel*. In de meeste ziekenhuizen (negentig procent) is gekozen voor het samenwerkingsmodel.

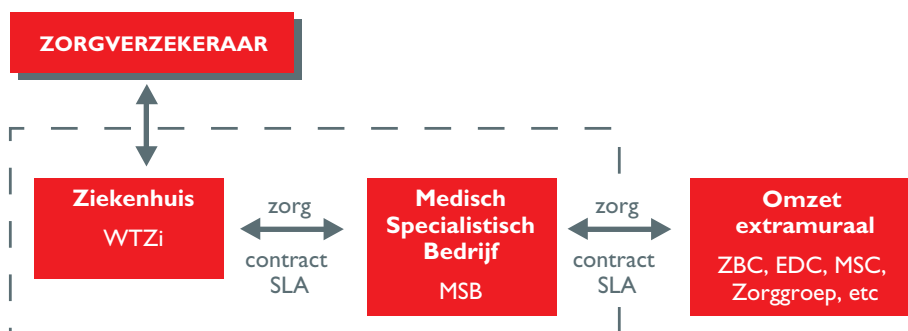
– Samenwerkingsmodel

Het ziekenhuis heeft de erkenning Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en contracteert met de zorgverzekeraar. Vervolgens sluit het ziekenhuis een contract af met het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Er zijn dus twee contracterrondes nodig, terwijl er ook een verdelingsvraagstuk is. Daarnaast zal het MSB omzet extramuraal willen ontwikkelen, om fiscale redenen, om extra omzet te genereren boven de omzetplafonds die het ziekenhuis krijgt opgelegd of om de krimpende volumes te compenseren.

– Participatiemodel

Een andere optie is het participatiemodel. Medisch specialisten worden dan mede-eigenaar van het ziekenhuis. Met een minderheidsaandeel en een financiële inleg. Er ontstaat één bedrijf. Dit is naar schatting bij tien procent van de ziekenhuizen aan de orde. Hoewel er ook sturings- en verdelingsvraagstukken zijn, is er sprake van één gemeenschappelijk bedrijf. Ook hier is extramuraal omzet aan de orde, maar zal het

Figuur 1: samenwerkingsmodel geïntegreerd medisch bedrijf



an de effecten op de eerstelijnszorg

strategisch belang van het ziekenhuis nadrukkelijker worden meegewogen. Banken prefereren dit model, vanwege het *ownership* en eigen investeringen van de medisch specialisten. Toch komt het in de praktijk weinig voor.

In de laatste maanden van 2014 hebben adviseurs, fiscalisten en banken overuren gemaakt om de veranderingen door te voeren. De uitwerking zal zeker in Q1 2015 nog veel energie vergen en tot veel interne sturingsproblemen leiden.



3 Bekostigings- en financieringsveranderingen in 2015

– Banken

Banken zien de ontwikkelingen van de ziekenhuizen met vrees tegemoet. De banken zelf hebben in 2014 de strijd als preferente schuldeiser van ziekenhuizen van de zorgverzekeraars verloren. Daardoor zijn banken terughoudend met het verstrekken van werkkapitaal en dat leidt weer tot hogere vermogens- en liquiditeitseisen aan ziekenhuizen.

Daarnaast zijn er door de financiële crisis extra eisen gesteld aan de financiering van ziekenhuizen door banken. Het faillissement van het Ruwaard van Putten ziekenhuis, de gevarezone van zeker tien ziekenhuizen en de prognose voor de toekomst rechtvaardigt die vrees. Dit alles leidt tot hogere tarieven voor leningen en maakt banken extra kritisch op herstructurering van bestaande of nieuwe financiering van ziekenhuizen. Banken hebben tussen de

twaaft en vijftien miljard aan leningen uitstaan in de ziekenhuizen en daarvan is circa acht miljard afgedekt door het waarborgfonds. Het gaat dus om substantiële bedragen en belangen.

Een verbod op winstuitkering, geringe marges en hoge risico's en het ontbreken van heldere strategische keuzes, onvoldoende klinisch leiderschap, te weinig *ownership* en ondernemerschap in de ziekenhuizen, maakt banken afwachtend om te financieren. En dat leidt tot extra financiële knelling. Het wetsvoorstel winstuitkering is in de Eerste Kamer aangehouden, maar zelfs als dit wordt goedgekeurd, staan private investeerders niet te dringen om noodlijdende ziekenhuizen te steunen of over te nemen. De koude sanering van ziekenhuizen zal de komende jaren dan ook doorgaan. Financiële problemen in combinatie met management- of kwaliteitsproblemen is de dodelijke cocktail voor dolende ziekenhuizen gebleken. Ook in dit jaar zullen enkele ziekenhuizen in ernstige problemen komen of omvallen. Een herstructureringsfonds als vangnet voor omvallende ziekenhuizen is vooralsnog niet te voorzien.

– Bekostiging op groei

Ziekenhuizen hebben na de invoering van de Zvw in 2006 een vijftal gouden jaren gehad. De productiemachine draaide op volle toeren en dat leidde tot 2011 tot een jaarlijkse groei van vijf procent gemiddeld. Daar is de ziekenhuizeninfrastructuur op gebaseerd en ook de capaciteit van medisch specialisten en overig personeel. En dus ook de financieringsarrangementen op lan-



ge termijn met banken. Het meerjarenakkoord ziekenhuizen is in juli 2013 eenzijdig opgebroken door het ministerie en het geoorloofde groeipercentage is verlaagd naar maximaal een procent per jaar. Echter, in de praktijk ziet men dat er de afgelopen jaren krimp heeft plaatsgevonden die oploopt tot minus vijf procent. Daar komt bij dat ziekenhuizen tot en met 2013 nog een beroep doen op een overgangsregeling vanwege de invoering van de prestatiebekostiging. De financiële positie is hierdoor positief vertekend. Circa eenderde van de ziekenhuizen heeft zonder deze overgangsregeling een negatief resultaat. Deze regeling is in 2014 gestopt. De declaratieproblemen zijn dusdanig en hebben er toe geleid dat de jaarrekening 2013 pas op 15 december 2014

De koude sanering van ziekenhuizen zal de komende jaren doorgaan

gedeponeerd moest zijn. Dat heeft voor 2014 al veel onzekerheden gegeven en ook de meerjarenbegroting is onduidelijk. Duidelijk is dat de bekostiging momenteel flink uit de pas loopt met de productieresultaten en dat deze trend zich wellicht voortzet in 2015.

– Krimp versus groei-scenario

Tegelijk zet de krimp in 2015 wellicht verder door met als redenen: de invoering van de DOT in plaats van de DBC,

de herinvoering van de verwijskaart als voorwaarde om te mogen declareren, de effecten van (steeds verder uitbreidende) substitutie, minder invasieve ingrepen door verbeterde technologie en de (wederom verhoogde) eigen bijdrage van 375 euro per volwassene in 2015. Er is vrijwel geen enkele ziekenhuisbestuurder die rekening heeft gehouden met een krimpscenario.

Er zijn twee mogelijkheden om met deze krimp om te gaan: reorganiseren of fuseren.



1 Reorganiseren: het reorganiseren van een ziekenhuis is risicovol. Door de Wet Normering Topinkomens (WNT) is risicomijdend gedrag te verklaren, omdat ontslagen bestuurders in een eventuele nieuwe functie minder zullen verdienen. De WNT leidt dan ook tot een strategische *stand still*, die op de lange termijn wel eens cruciale gevolgen kan hebben.

2 Fuseren: een andere optie is fuseren tussen ziekenhuizen. Hoewel de klantmeerwaarde van fusies ter discussie staat, de zorgverzekeraars vrezen voor een regionaal monopolie en wetgeving van ACM en NZa deze fusie zouden moeten ontmoedigen, gaat tot heden vrijwel elke ziekenhuisfusie door. Daarmee wordt een sterke interne, bestuurlijke focus gecreëerd, die vanwege de complexiteit meestal in stappen over meerdere jaren wordt uitgevoerd. Dit houdt de blik voor de eerste jaren intern gericht, terwijl de externe omstandigheden juist het tegendeel vereisen.

Het heeft ook effecten op de medische staf. Maatschappen anticiperen op fusies en op een dalende omzet door vertrekkende collega's niet te vervangen. Dit leidt tot een stuwmeer aan jonge medisch specialisten. Vooral urologen, chirurgen en cardiologen hebben geen of slechts een tijdelijke baan. Vergrijzing van medisch specialisten kan op den

duur problemen veroorzaken. Ook is er sprake van kapitaalvernietiging. De opleiding van een medisch specialist kost ongeveer 600 duizend euro.

– Dure geneesmiddelen

Vanaf 2011 zijn er steeds meer dure geneesmiddelen overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. Door de overheveling van dure medicijnen wordt het macrobudget van ziekenhuizen vertroebeld. In 2014 maakten medicijnen naar schatting al meer dan tien procent van het totale budget uit. Nieuwe middelen die gedurende een jaar worden geïntroduceerd, kunnen of worden dan niet of heel beperkt toegepast. Het ziekenhuis is grotendeels risicodragend en heeft hiervoor onvoldoende financiële ruimte.

Onvoldoende inzicht in de actuele financiële situatie vanwege administratieve achterstanden zorgen voor additioneel risicomijdend voorschrijfgedrag. Als het geneesmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk dan heeft een patiënt hier in het kader van de Zvw aanspraak op. Maar gezien de hoge prijzen kunnen enkele patiënten al voor een aanzienlijke overschrijding zorgen. Daarmee ligt risicoselectie en postcodegeneeskunde op de loer. Zorgverzekeraar Achmea probeert gezamenlijk met ziekenhuizen dure medicijnen in te kopen en hiermee de kosten te drukken.

– Zorginkoop

Hoewel krimp logischerwijze ook tot minder zorginkoop en dus een kostendaling zou moeten leiden, heeft de zorginkoop van de zorgverzekeraars voor het jaar 2015 deze neerwaartse lijn niet gevolgd en is over het algemeen gemiddeld een procent groei uit het meerjarenakkoord in het contracteerproces gehonoreerd. Er is daarmee geen ruimte gecreëerd voor overheveling naar de groeiende eerstelijnszorg. Alleen van De Friesland Zorgverzekeraar is bekend dat men in heeft gezet op een kostendaling van minus één procent in de ziekenhuizen. De helft (half procent) daarvan wordt gebruikt om de afbouw te faciliteren en de andere helft (half procent) vertegenwoordigt een budgetstijging van vijf procent

in de eerstelijnszorg. Daarmee kan de volumegroei in de eerstelijnszorg worden opgevangen.

4 Strategische Ontwikkelingen

– Omzet buiten het ziekenhuis

Het wordt voor de meeste ziekenhuizen dus interessanter om omzet buiten het ziekenhuis te genereren. Er zijn verschillende methoden om dit te realiseren. In willekeurige volgorde: een Zelfstandig Behandel Centrum, Medisch Specialistisch Consult (MSC) bij reguliere huisartsenzorg (S1), specialistische zorg in ketenzorg (S2) of een eigen (nieuw) ketenzorgprogramma ontwikkelen. De druk op de omzet buiten het ziekenhuis neemt toe. De belangen van het MSB en het ziekenhuis kunnen hierbij divergeren: vooral in het veelvoorkomende samenwerkingsmodel. Dit zal tot spanningen leiden tussen de ziekenhuizen en MSB. Tot heden moest het bestuur van het ziekenhuis dan vaak bakzeil halen, maar het is de vraag wat er in de nieuwe verhoudingen gebeurt.



– Eerstelijns diagnostiek

In de (eerstelijns) diagnostiek is een prijsenslag ontketend die de ziekenhuizen ook treft, omdat circa vijftig procent van de eerstelijns diagnostiek in Nederland geleverd wordt via het ziekenhuis. Een prijsdaling van twintig tot dertig procent op de bloeddagnostiek zet de ziekenhuizen voor een dilemma. Het adagium “wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt” is lang leidend geweest, maar nu gaat het ziekenhuis opbrengsten missen. Daarnaast worden met financiële prikkels huisartsen door VGZ verleid



om voor de goedkoopste diagnostiekleverancier te kiezen. Er moet een keuze worden gemaakt voor omzetzijden, patiëntenbinding of een juridische strijd. In december 2014 werd bekend dat het Tergooi Ziekenhuis een kort geding om behoud van de eerstelijns diagnostiek van de Zorggroep Almere heeft verloren en alle eerstelijns diagnostiek door Saltro uitgevoerd zal gaan worden.

– Gerichte strategische keuzes en specialisatie bepalen het succes

Ziekenhuizen met een duidelijk strategisch plan, een dominante strategische keuze en sluitende business case hebben de beste overlevingskansen. Focus op speerpunten, specialisatie en doorontwikkelen van kerncompetenties versterken de positionering voor topklinische ziekenhuizen. Innovaties en lerend vermogen zijn van groot belang. Daarbij moeten ook bedrijfsonderdelen gereorganiseerd, afgebouwd, herverkaveld of uitbesteed worden. Er komt meer differentiatie. Topklinische functies op basis

peuten voor een zorgprogramma voor klachten aan het bewegingsapparaat.

Tot slot zullen er ook ziekenhuizen zijn die voor *operational excellence* als hoofdstrategie kiezen. Gestroomlijnde processen met superieure logistiek en techniek, bijvoorbeeld op gebied van orthopedie. Voldoende volume is voor deze categorale instellingen een voorwaarde om een robuuste positie op te bouwen en behouden. Het gaat vooral om electieve zorg, zoals de Bergman Clinics, of supergespecialiseerde categorale instellingen, zoals het Alexander Monro Borstkankerziekenhuis of het Prinses Maxima Centrum voor Kin-

Vooraf jonge urologen, chirurgen en cardiologen hebben geen of slechts een tijdelijke baan

van *product leadership* krijgen vanwege transparante kwaliteit een landelijke positie.

Voor algemene ziekenhuizen zijn de binding met patiënten, verwijzers en regionale netwerken nodig om de regionale adherentie vast te houden en versterken. In deze strategie van *customer intimacy* past het meest klantvriendelijke ziekenhuis. Focus op patiënten, familie, huisartsen, verloskundigen en contacten met de omgeving. Dure voorzieningen zoals spoedpost, intensive care, neonatologie en operatieafdeling worden vereenvoudigd, afgestoten of ook aan derden ter beschikking gesteld. Deze ziekenhuizen schurken tegen de eerstelijnszorg aan. Ze sluiten bijvoorbeeld allianties met de thuiszorg die zich aan het herpositioneren is om gezamenlijk de chronische kankerzorg op te pakken, of gaan samenwerking aan met een zorggroep van fysiothera-

deroncologie. De categorale zorg leent zich tevens voor verplaatste exploitatie in andere ziekenhuizen.

– Marketing, outsourcen en postcode-geneeskunde

In alle ziekenhuizen zal de social media-strategie en digitale marketingcommunicatie in 2015 versterkt worden. De moderne patiënt vergt een actieve benadering. Door de veranderingen van de ziekenhuizen zelf, is digitale profilering een cruciale randvoorwaarde om te overleven.

De Lean-strategie in ziekenhuizen zal worden voortgezet. Duurzame samenwerkingsverbanden met ICT-bedrijven moeten de logistieke processen verbeteren en arbeidskosten verlagen. In- en outsourcen van ondersteunende medische diensten zoals diagnostiek, laboratorium of facilitaire diensten wordt verder geprofessionaliseerd.

Tot slot is het niet uit te sluiten dat zie-

kenhuizen en medisch specialisten op basis van interne kostprijsberekeningen en prijsdruk van zorgverzekeraars aan risicoselectie gaan doen en de zogenoemde *bleeders** proberen uit het ziekenhuis te weren (postcodegeneeskunde) of door te verwijzen (dure medicijnen).

5 Effecten op de eerstelijnszorg

– Nieuwe samenwerkingsverbanden

De druk op ziekenhuizen neemt toe. En daarmee de belangenstrijd met de aanpalende eerstelijnszorg. Ziekenhuizen worstelen met het dilemma dat huisartsen als poortwachter en verwijzer onmisbaar zijn, maar tegelijk ook door substitutie productievolume aan het ziekenhuis onttrekken. Vooral algemene ziekenhuizen hebben dit probleem, omdat veel zorg te verplaatsen is naar de eerste lijn. Naar schatting kan dit oplopen tot dertig procent bij enkele poortspecialismen. Regionale strategische samenwerking of openlijke- of bedekte concurrentie is aan de orde. Een gezamenlijk optreden naar de zorgverzekeraars wordt bemoeilijkt door de Mededingingswet en door de visie en emancipatie van de eerstelijnszorg. De regionale verschillen zijn relatief groot. Variabelen zijn de regionale cultuur, het beleid van de zorgverzekeraars om de eerstelijnszorg te versterken, organisatiegraad van de eerstelijnszorg en de visie en positie van ziekenhuis- en eerstelijns bestuurders.

Ziekenhuizen zullen waar mogelijk allianties sluiten met andere partijen zoals thuiszorg of een netwerk van fysiotherapeuten om de adherentie en invloed te behouden op chronische kankerpatiënten en patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat. Daarnaast ontstaan er ook *public private* samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuis, (huisartsen), thuiszorg en technisch-diagnostische toeleveranciers om medisch-specialistische zorg thuis te leveren. Verloskundige integrale ketenzorg wordt vrijwel overal onder regie van ziekenhuizen vormgegeven. Verloskundigen participeren in deze samenwerkingsverbanden, soms als gelijkwaardige partners, maar steeds vaker in een ondergeschikte positie.

De eerstelijnszorg krijgt de substitutieverantwoordelijkheid van zorgverzekeraars in de schoenen geschoven

– Zorginkoopbeleid 2016

Het zorginkoopbeleid 2016 van de zorgverzekeraars moet al op 1 april 2015 klaar zijn. En dan is de nieuwe trend zichtbaar: gericht inkopen in ziekenhuizen. Zorgverzekeraars hebben ernstige legitimiteitsproblemen als ze niet in staat zijn om de krimp in ziekenhuizen te vertalen in krimpende budgets. Het uitblijven van budgetverschuiving als reactie op substitutie is voor de eerstelijnszorg, beleidsmakers van VWS en politiek onaanvaardbaar.

Als Zvw-artikel 13 alsnog door de Eerste Kamer komt, komt het strakkere zorginkoopproces in een stroomversnelling. Toch zullen zorgverzekeraars beducht zijn op hun imago en de verzekerden niet tegen zich laten keren. De kans daar op is aanwezig als de zorgverzekeraar eenzijdig het ziekenhuis laat vallen. Het zal dus ook in 2016 balanceren worden tussen beperking van de kosten en voldoen aan verwachtingen van alle stakeholders. Zorgverzekeraars hebben in contracten met de eerstelijnszorg steeds vaker een resultaat- of inspanningsverplichting om substitutie te realiseren, en hebben hiermee een deel van hun verantwoordelijkheid verlegd naar eerstelijns organisaties. Dat zal in 2016 worden gecontinueerd. Daarmee krijgt de eerstelijnszorg de substitutieverantwoordelijkheid van zorgverzekeraars in de schoenen geschoven. Door de extra complexiteit in het onderhandelen tussen de ziekenhuizen en MSB en zorgverzekeraars, de noodzakelijke continuïteit van zorg (zorgplicht) en gewenste krimp, zijn meerjarige contracten en een geleidelijke substitutie de enige reële optie om de “mammoettankers” bij te sturen.

– Verwijzen verandert

De traditionele verwijzing van de huisarts op basis van een regionaal netwerk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis

maakt deels plaats voor de tablet- of smartphonepatiënt.

Ziekenhuizen richten zich steeds vaker rechtstreeks tot bepaalde patiëntengroepen. Want de digitale navigatie door patiënten zelf neemt toe. Met als redenen: gemak en eenvoud, toenemende transparantie, sturend zorginkoopbeleid bij naturapolissen, volume-eisen voor kwaliteitszorg, specialisatie en focus van ziekenhuizen, categorale klinieken en financiële prikkels. Maar het komt ook door digitalisering van het “pluis”- en “niet-pluis”-gevoel van de huisarts. De diagnostische app’s verkleinen de informatieasymmetrie tussen patiënten en huisarts. Natuurlijk niet voor alle patiënten, maar geleidelijk wel steeds meer. In 2015 zullen ICT-giganten met door de strenge Amerikaans FDA goedgekeurde

diagnostische en beslissingsondersteunende app’s op de markt komen. Dat leidt tot een revolutie in de diagnostische functie voor patiënten en eerstelijnszorg en ondersteunt de selectieve inkoop door zorgverzekeraars.

Verwijzing zal steeds meer plaatsvinden op basis van Triple Aim:

- 1 **kwaliteit** (richtlijnen, uitkomsten, toelatingseisen),
- 2 **kosten** (effectiviteit, schaal & concentratie en kostprijs),
- 3 **klantpreferenties** (nabijheid, persoonlijke voorkeur, ketenzorg of beschikbare voor- en nazorg).

Ook binnen de eerstelijnszorg zal de verwijzfunctie moderniseren en doorontwikkelen van een individuele naar collectieve functie. Omdat de individuele huisarts niet meer traditioneel op routine kan verwijzen, groeit de behoefte aan een effectieve en betrouwbare eerstelijns verwijzfunctie. De huisarts heeft hiervoor de beste *thrusted* positie in het systeem. Het voorbeeld van ZIO in Maastricht zal in 2015 zeker navolging krijgen. Deze nieuwe patiëntenlogistiek heeft consequenties voor de informatie-uitwisseling, omdat patiënten veel minder vaak in slechts één ziekenhuis bekend zullen zijn.

Niet eenvoudig

De eerstelijnszorg krijgt te maken met veranderingen vanuit de ziekenhuizen, de herstructurering van de eigen sector en de decentralisatie bij de gemeenten. De hoeveelheid veranderingen tegelijk beperkt het innovatievermogen van de eerstelijnszorg en er is risico op overbelasting. Dat maakt de relatie met de ziekenhuizen er niet eenvoudiger op in 2015. <<

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

* gegarandeerd verliesgevende activiteiten

