

U wordt zo spoedig mogelijk geholpen: volgend jaar

Ziekenhuizen weigeren opeens nieuwe patiënten aan de deur, ook als ze keurig hun premie hebben betaald. Hoe kan dat?

Door onze redacteur
Jeroen Wester

Daar staat hij dan, op de stoep van het ziekenhuis in Amersfoort of Drachten of Enschede. Maandelijks draagt hij via zijn werkgever premie af voor de zorgverzekering. Ook maakt hij trouw de maandpremie voor zijn ziektekostenpolis tijdig over. Maar nu letterlijk en figuurlijk de nood aan de man is, wordt hij geweigerd. Er geldt een patiëntenstop. Alleen spoedgevallen worden nog, aan de zijkant van het gebouw, toegelaten.

Dit beeld is niet gechargeerd. Het is een direct gevolg van de manier waarop in Nederland op dit moment de miljarden in de zorg worden verdeeld. En ieder heeft zijn eigen verhaal waarom deze situatie weliswaar onwenselijk maar ook logisch is.

Het ziekenhuis

Een ziekenhuis dat patiënten weigert, hoe kan dat? Het ligt aan de complexe manier waarop zorgverzekeraars bij hen inkopen, zeggen de ziekenhuizen. Ieder ziekenhuis moet per verzekeraar vooraf inschatten hoeveel zorg zijn patiënten zullen afnemen. Daardoor hebben ziekenhuizen financieel gezien een nogal curieus doelwit.

Ziekenhuisbestuurders mikken op een bepaalde jaaromzet. Wie er te veel boven uitkomt, benadeelt zijn ziekenhuis. Wie er onder uitkomt ook. „We zijn vooral bezig met een soort puntlanding”, zegt Christianne Lennards van het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven.

Wat zij bedoelt is het volgende. De meeste ziekenhuizen in Nederland krijgen van hun inkopende zorgverzekeraars een plafond. Zij mogen dan bijvoorbeeld in 2016 voor 100 miljoen euro aan medische behandelingen verrichten. Wie zijn budget overschrijdt, krijgt geen extra geld en levert dus op het laatst gratis zorg. En wie minder dan 100 miljoen omzet draait, laat kansen liggen: het ziekenhuis had meer mogen doen.

Aangezien de eerste bulk van de inkomsten opgaat aan vaste lasten als personeel en apparatuur, wordt vooral met de laatste omzet bepaald of er winst of verlies wordt gemaakt.

Maar hoe kan een ziekenhuis een puntlanding maken? Selectie aan de poort is lastig. Patiënten op de spoedeisende hulp kan je moeilijk de wacht aanzeggen. Alleen bij de planbare niet-acute ingreep kan je beter mikken. Maar dan moet je als ziekenhuis wel verdraaid goed weten hoeveel omzet je al hebt gedraaid en hoeveel je nog 'mag' draaien.

Het ziekenhuis in Drachten stootte vo-

rige maand tegen zijn plafond. Met als gevolg dat het alle nieuwe patiënten in principe terugstuurt. Die kunnen in 2017 terugkeren. Dan is de nieuwe koek om te verdelen binnen. Het ziekenhuis in Amersfoort liep deze zomer al tegen de grenzen aan van wat verzekeraar VGZ inkochte. En Medisch Spectrum Twente weigert sinds kort om dezelfde reden VGZ-verzekerden nog dit jaar te behandelen.

Om misverstanden te voorkomen: deze problemen zijn niet het gevolg van marktwerking, want zorgverzekeraars kopen zeer bescheiden om prijs en kwaliteit in. Deze problemen zijn juist het gevolg van budgettering.

Minister Schippers (Zorg, VVD) beoogt de groei van de zorguitgaven af te remmen en sloot daartoe deals met de sector. De branche mag jaarlijks maximaal 1 procent groeien, exclusief inflatie. Het is de belangrijkste oorzaak dat de laatste jaren de stijging van de uitgaven werd beperkt. Maar het is ook een vorm van budgettering die leidt tot toestanden die doen denken aan de problemen van de zorg 25 jaar geleden: patiëntenstops, wachtlijsten en 'budgetdenken'.

De zorgverzekeraar

Dat budgetdenken leidt tot ander gedrag. Zorgverzekeraars zijn sinds 2012 niet meer zo tuk op hun hoofdfunctie: het in-

kopen van zorg op prijs en kwaliteit. Waar ze mee beginnen is de 24 miljard euro aan landelijk budget te verdelen over 80 ziekenhuizen en een trits kleinere klinieken.

De verzekeraar is wettelijk verplicht om zorg voor zijn verzekerden te regelen. Door voldoende in te kopen en voldoende te vergoeden. Patiëntenstops brengen die zorgplicht in gevaar. Vandaar dat zorgverzekeraars afspreken dat ziekenhuizen een plicht hebben om - onbetaald - patiënten te blijven behandelen als zij hun budget hebben overschreden, de zogeheten doorleverplicht. De verzekeraar heeft immers een groot probleem als meer ziekenhuizen tegelijk patiënten gaan weigeren vanwege geldgebrek. Maar bij ziekenhuizen is de doorleverplicht omstrede: waarom zouden zij alle risico's van de verzekeraar moeten overnemen en zelfs onbetaald medische behandelingen moeten uitvoeren?

Een tweede gevolg van het budgetdenken is dat zorgverzekeraars minder geïnteresseerd zijn in tarieven voor medische behandelingen. Het budget is leidend, de tarieven mogen zelfs wel bepaald worden door de ziekenhuizen zelf. Het resulteert in onverklaarbaar grote prijsverschillen - in willekeur voor wat de patiënt betaalt.

Volgens econoom Xander Koolman is de omstrede doorleverplicht cruciaal voor beheersing van de uitgaven in de

zorg. „Zonder die plicht moeten verzekeraars extra inkopen zodra het ziekenhuis zich niet aan zijn budget houdt. Dan is er feitelijk geen budgettering meer.”

Koolman erkent dat verzekeraars met de doorleverplicht het ziekenhuis met een risico opzadelen. Maar dat doen zij volgens hem in het kader van een maatschappelijk doel: om kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg in te kopen. Bovendien hebben ziekenhuizen als beste grip op hun groei, meent Koolman. „De kans dat een patiënt met klachten die mogelijk samenhangen met de galblaas geopereerd wordt, is in het ene ziekenhuis zeven maal zo hoog als bij een ander ziekenhuis.”

Hij betwist dat ziekenhuizen met sterk wisselende aantallen patiënten te maken hebben. „Jaarlijkse variatie lijkt vooral het gevolg van verschillen in het handelen van het ziekenhuis zelf. Als verzekeraars moeten opdraaien voor de verschillen in behandelpraktijken tussen ziekenhuizen, dan neemt hun onderhandelingspositie sterk af en is hun rol om de kosten te beheersen grotendeels verdwenen.”

De patiënt

Het grote probleem van budgetten is dat zij vrij rigoureuze grenzen stellen. Op is op. Dat wordt hoogst relevant als de ziekenhuizen zoals nu patiënten gaan weigeren.

Het noopt de burger zich te verdiepen in de technische wijze waarop verzekeraars en ziekenhuizen afspraken maken.

Zo zijn er ook verzekeraars die een aanneemsom afspreken. Dat betekent dat een ziekenhuis bijvoorbeeld gegarandeerd 100 miljoen vergoeding zal krijgen, hoeveel zorg het ook levert. Maar dan wel onder de voorwaarde dat het ziekenhuis geen patiënten weigert en de wachtlijsten niet te lang laat worden.

Bij aanneemsommen zijn de tarieven die het ziekenhuis patiënten berekent, minder relevant. De omzet is immers al gegarandeerd. Tegen welke prijzen dat gebeurt wordt sneller nattevingerwerk, het inmiddels beruchte rondrekenen.

Grote vraag is in hoeverre ziekenhuizen de patiëntenstop of de dreiging daarvan gebruiken in hun onderhandelingen met verzekeraars over hun contracten voor 2017. Die worden deze weken afgerond. Volgens toezichthouder NZa heeft dit onderhandelingsproces haar volle aandacht en is het „topprioriteit”.

Een bestuurder van een Fries ziekenhuis adviseerde alle verzekerden van De Friesland, veruit de grootste verzekeraar in Friesland, om maar naar een andere verzekeraar over te stappen als de zorgverzekeraar niet meer budget geeft. Het overstapeseizoen van de ziektekostenpolis is weer geopend.

De spoedeisende hulp van het AMC.

Wie zijn budget overschrijdt, krijgt geen extra geld en levert gratis zorg