

15 AUG 2018

Nulgroei anders ingevuld: meer met hetzelfde

Hoe moet het verder met de kostenbeheersing? Die vraag stelde Guus Schrijvers zich in zijn vorige blog nadat hij had vastgesteld dat prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen niet bestaat. Hier wijst hij vijf wegen aan naar 'more with the same'-beleid.

[Bewaren](#)


Volgens het hoofdlijnenakkoord staan de ziekenhuizen voor de komende jaren op een nulgroei. Ook al groeit de vraag naar hun zorgaanbod. Het tegenwoordige beleidsvraagstuk van ziekenhuizen en zorgverzekeraars, wordt in Engeland ook wel aangeduid als *more with the same*: met dezelfde personeelsomvang, apparatuur en kosten meer patiëntenzorg bieden. Dit staat haaks op *more of the same* oftewel groeien zonder het beleid te wijzigen. Nu prijsconcurrentie niet meer bestaat tussen ziekenhuizen (zie mijn eerdere [blog](#)) komt de vraag naar voren: hoe dan wel doelmatigheid van ziekenhuizen te bevorderen? Ik geef hier vijf korte antwoorden op deze vraag.

1. Verschuiven van zorg naar eerste lijn

Een MSB en een ziekenhuis zouden als beleid kunnen voeren, dat bijvoorbeeld 40 procent van de chronische zorg verplaatst wordt naar de eerste lijn. Dan komt er binnen het ziekenhuis ruimte vrij voor *More with the same*. Dan kunnen zij meer patiënten in acute nood opnemen.

2. Regionale samenwerking tussen specialisten

De Regio Maatschap Oostelijk Nederland Radiologen bundelt alle radiologen die werken voor de drie Twentse ziekenhuizen. Door slim apparatuur in te kopen bespaart zij de gemeenschap veel kosten. Met regionale samenwerking tussen specialisten is nog een wereld te winnen. De radiologen in dit voorbeeld kunnen dan hun capaciteit inzetten om de groeiende vraag naar hun diagnostiek te beantwoorden.

3. Gezamenlijke inkoop van zorgverzekeraars

Patiënten van grote ziekenhuizen zijn verzekerd bij alle 49 zorgverzekeraars. De vier grootste (Menzis, Zilveren Kruis, VGz en CZ) hebben elk meestal een gering percentage, bijvoorbeeld 20 procent van het totale patiëntenbestand. Er is veel geld te besparen indien zorgverzekeraars samenwerken bij de inkoop van zorg in grote ziekenhuizen. Dan worden ervaringen van al hun verzekerden gedeeld en vinden onderhandelingen over de maximale omzet maar één keer plaats.

4. Aparte aandacht voor de overheadkosten van ziekenhuizen

In de caresector bleek bij het programma *In voor zorg* dat de overheadkosten per zorgaanbieder aanmerkelijk kunnen verschillen, ook al zijn deze even groot. Ik vermoed dat dit bij ziekenhuizen ook zo is. Dan zijn bij ziekenhuizen met een hoge overhead vele professionele uren te verschuiven naar de patiëntenzorg.

5. Een andere manier van kostprijzen berekenen

Dbc-tarieven zijn weggevallen als instrument voor kostenbeheersing (zie mijn vorige [blog](#)). Maar ziekenhuizen kunnen nog wel werken met kostprijsberekeningen per activiteit. Hiervoor bestaat een bij economen populaire methode: Activity Based Costing (ABC). Per activiteit houdt een ziekenhuis bij hoeveel uren van een professional, een apparaat of een werkeenheid (bijvoorbeeld een operatiekamer) deze heeft gekost. Daarna wordt deze omvang in uren vermenigvuldigd met een uurtarief. Dit levert zinvolle bedrijfsvergelijking op en biedt ook weer mogelijkheden voor *more with the same* beleid.

Kans van slagen

Beleid volgens deze vijf korte suggesties kan slagen. Want er staan daarbij geen arbeidsplaatsen op de tocht: zittende professionals gaan andere dingen doen. Bijvoorbeeld cardiologen gaan niet meer zelf patiënten met ritmestoornissen behandelen maar huisartsen daarover adviseren. Het kan ook mislukken, indien beleidsmakers en professionals de bestaande zorg willen behouden. Dan ontstaan wachtlijsten en maatschappelijke onrust. Ik doe een oproep aan een ieder met macht in de ziekenhuiswereld: draag bij aan het realiseren van *more with the same* beleid.

Geef je reactie

Bekijk reacties (1)

[f](#)
[in](#)
[t](#)
[p](#)
[e](#)
0
1
1117


Guus Schrijvers

OUD-HOGLERAAR GUUS SCHRIJVERS IS NOG STEEDS ACTIEF IN DE GEZONDHEIDSZORG. HIJ IS AUTEUR VAN HET BOEK ZORGINNOVATIE VOLGENS HET CAPPUCCINOMODEL (ONDERTITEL: VOOR HETZELFDE GELD EEN BETERE GEZONDHEIDSZORG). SCHRIJVERS GEEFT LEZINGEN EN WORKSHOPS EN IS LID VAN ENKELE STUURGROEPEN EN COMMISSIES.

1 REACTIE



Qadvisior

15 AUGUSTUS 2018 OM 12:32

De richting is goed. Zou er nog een enkele suggestie aan toe willen voegen nl. naast de kosten voor overhead betalen we ook als consument/overheid teveel voor de kenniswerkers in de zorg industrie. Dus naast verschuiven naar de eerste lijn ook arbeidsdeling toepassen met inzet van goedkopere verpleegkundig specialisten. De zorg is qua volume een massaproductie, en de uniciteit betreft met name de kleine aantallen van complexe aandoeningen.

Wie bepaalt nu de aantallen specialisten die jaarlijks in de zorgmarkt komen, juist de beroepsverenigingen. Deze zgn. closed shop constructie afschaffen. De markt van kennisdragers moet open. Tot slot zou ik willen zeggen dat het me verbaast dat er een pleidooi is om de hele trits aan verzekeraars tijdens de fase van onderhandelen weer samen te voegen. Waarom dan geen ziekenfonds 3.0 in het leven roepen? Dit is veel goedkoper dan alle overhead van de verzekeraars te laten bestaan.

Lees ook

15 AUGUSTUS 2018 | NIEUW

Uitstroom ggz sta onvoldoende samen met gemeenten

15 AUGUSTUS 2018 | NIEUW

Haaglanden koop bevallingsbaden

15 AUGUSTUS 2018 | NIEUW

Nieuw exoskelet na 17 jaar weer lo

15 AUGUSTUS 2018 | NIEUW

AI-technologie over oogarts in diagnos

14 AUGUSTUS 2018 | NIEUW

Paul Hager: 'Geve werkt zzp'ers tege

Congresse



13 SEPTEMBER 2018

Eendaagse n

Samenwerke



Probeer Zo

een maand

Elke dag de beste opinie en best pr toonaangevende management in o per maand.

Start nu uw

proefmaand