

Loek Winter

Privatisering van diagnostiek

De beschrijving van DCA, een concept voor de eerste lijn

Inleiding

Binnen de gezondheidszorg bestaat op vele gebieden een capaciteitstekort. Dit is het gevolg van de aanbodregulering die in de afgelopen decennia door de overheid is uitgevoerd. Een belangrijke drijfveer hierbij is de beheersbaarheid van de kosten.

Het zorgstelsel wordt gekenmerkt door planeconomische uitgangspunten met bureaucratische bedrijfsvoering.

Het wordt algemeen onderschreven dat er op het gebied van efficiency grote voordelen te behalen zijn.

De afgelopen jaren is er zowel bij de politiek als ook bij andere marktpartijen een trendbreuk ontstaan bij de acceptatie van private activiteiten.

Trends in de gezondheidszorg

Ontwikkelingen

In de achterliggende jaren zijn de mogelijkheden voor zorgexploitatie buiten de muren van de WZV-erkende instellingen (ziekenhuizen) verder verruimd. Het valt te verwachten dat deze trend zich zal voortzetten.

Onze samenleving kent steeds meer ouderen en 'babyboomers' van na de Tweede Wereldoorlog die bereid zijn om zelf de kosten van zorgvoorzieningen te dragen, boven de basiszorg die vanuit de landelijk erkende instellingen wordt geboden middels de WTG en de AWBZ. Patiënten worden steeds meer consumenten die heel bewust omgaan met de vraag waar en hoe zij hun zorgbehoeften wensen in te vullen.

Zorgverzekeraars spelen in op deze trend door in hun zorgpolissen tegen extra premie aanvullende pakketten aan te bieden in de sfeer van derdecompartimentszorg.

De reguliere zorg in Nederland kent vele verschijnselen van capaciteitskrapte en beperkingen door budgettaire druk. Wachtlijsten en tekort aan bedden, personeel en medische professionals zijn het gevolg. In navolging van andere Europese landen zal deze trend in de komende jaren tot een sterke groei van private zorgverlening leiden.

Het politieke beleid schuift steeds meer weg van het strikte capaciteitsdenken en de macrobudgettaire kostenbeheersing naar een stelsel met gereguleerde, aanbodgerelateerde basiszorg, met daarnaast ruimte voor private zorg. Ook de Europese regelgeving dwingt onze nationale overheid om meer ruimte te geven aan private initiatieven.

Recente adviezen van de Raad voor Volksgezondheid en Nijfer (E.J. Bomhoff) pleiten voor het toestaan van winst in de gezondheidszorg.

Begin 2000 is er in Nederland een vergunning verstrekt aan 40 bestaande private zorginitiatieven voor exploitatie als Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC). Deze wettelijke erkenning maakt de weg vrij om (onder voorwaarden) in aanmerking te komen voor de reguliere financiering vanuit de WTG. – De Stichting Diagnostisch Centrum Amsterdam (DCA) is één van deze 40 initiatieven die erkenning verkregen hebben als ZBC.

Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's)

In de periode 1998-2000 is een aantal private initiatieven, na toetsing, 'gelegaliseerd' door de overheid. Deze initiatieven hebben de status van 'Zelfstandig Behandel Centrum' gekregen, waarbij door de verkregen erkenning declaratierecht ontstond van medische verrichtingen (vergelijkbaar met ziekenhuizen). Er zijn momenteel 40 ZBC's met een vergunning.

De kenmerken van een ZBC zijn:

- ZBC's mogen patiënten niet langer dan 24 uur opnemen;
- zorgverzekeraars hebben geen contracteerplicht met een ZBC;
- er zijn geen budgetafspraken.

Een ZBC-vergunning wordt, na toetsing, verleend door het ministerie van VWS. Het voornemen van het huidige kabinet is om de criteria ter verkrijging van een vergunning te versoepelen. De aanvraagprocedure duurt circa zes maanden.

Financieringssystematiek

Budgetsysteem

Sinds enkele decennia is de zogenaamde budgetsystematiek van toepassing. Naar verwachting zal deze systematiek per 1 januari 2004 vervangen worden door de DBC-financiering.

Tariefstelling

De huidige CTG-tarieven die door de erkende ZBC's gedeclareerd kunnen worden zijn gebaseerd op de budgetsystematiek. Deze budgetsystematiek bestaat uit vaste en variabele componenten. De vaste component kent ondermeer vergoeding voor:

- erkende specialistenplaatsen per ziekenhuis;
- adherente bevolking.

Deze vaste component dient ter dekking van infrastructurele kosten zoals kapitaalslasten. De variabele component is een vergoeding voor uitgevoerde prestaties zoals diagnostiekverrichtingen en polikliniekbezoeken. – De genoemde CTG-tarieven zijn variabele compensaties. Hierin zijn dus geen kapitaalslasten opgenomen.

Deze budgetsystematiek zal plaatsmaken voor een nieuwe wijze van financiering, namelijk de DBC-systematiek (Diagnose Behandel Combinatie). Vele zorginstellingen, zo ook de ZBC's, zijn thans actief met het vaststellen van integrale kostprijzen voor diagnostische en therapeutische verrichtingen (zgn. DBC's).

Binnen het CTG is discussie gaande over het al dan niet opnemen van de post kapitaalslasten in de integrale kostprijsberekeningen. Vanuit het perspectief van de ZBC's, en dus ook van DCA, is het opnemen van deze post belangrijk omdat hiermee een eerlijke concurrentie ontstaat tussen ziekenhuizen en ZBC's.

In opdracht van de Stichting DCA is door PricewaterhouseCoopers een kostprijsbepaling gedaan voor zowel een normatieve situatie als ook specifiek voor het DCA.

Markt van alternatieve aanbieders en private sector

Buitenland

In Duitsland en Zwitserland bestaat een vrije markt. Hier zijn veel MRI-klinieken. In de VS zijn er honderden private diagnostische centra.

MRI Centrum Amsterdam/Rotterdam

Er zijn in Nederland slechts twee privé-klinieken gespecialiseerd in het uitvoeren van MRI-scans. Het MRI Centrum Amsterdam startte begin 1999. De bezetting is goed en het centrum maakt gebruik van kwalitatief hoogwaardige apparatuur en radiologen. In 2003 werd daarnaast een filiaal in Rotterdam geopend.

Diagnostisch Centrum Amsterdam (DCA)

Sinds 1995 is DCA actief als aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek. In het navolgende zal een meer gedetailleerde beschrijving gegeven worden.

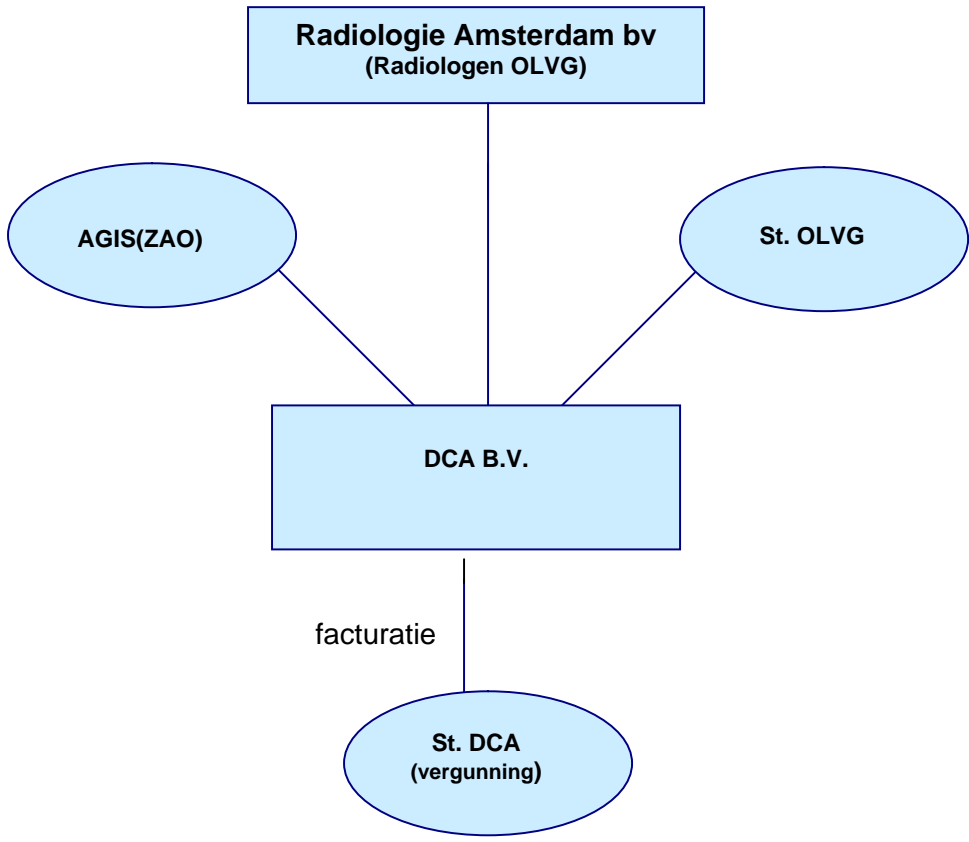
Beschrijving DC-vestiging in Amsterdam

Inleiding

Op 2 juni 1995 is na een geruime tijd van onderhandelen het Diagnostisch Centrum Amsterdam officieel geopend door PvdA-kamerlid Rob Oudkerk. Het DCA is een gezamenlijk project van AGIS Zorgverzekering, de Stichting Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Radiologie Amsterdam B.V. (maatschap radiologen OLVG).

Juridische en organisatorische structuur DCA

In onderstaande figuur is de juridische en organisatorische structuur weergegeven. De aandeelhouders worden vertegenwoordigd door drie commissarissen.



Doelstelling DCA

Het Diagnostisch Centrum Amsterdam heeft als doelstelling hoogwaardige eerstelijnsdiagnostiek voor alle verzekerden (ziekenfonds en particulier) te leveren, waarbij het serviceniveau hoog is (geen wachtlijst, verslag binnen een etmaal).

Analyse van verwijzing naar het DCA

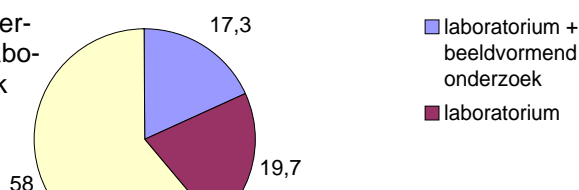
In 1998 is door Castelijns een onderzoek gedaan (in opdracht van het DCA) naar onder meer de motieven voor verwijzing door huisartsen. De door de huisartsen genoemde motieven zijn de lange wachttijden elders.

Bij analyse van de reden waarom niet verwezen wordt, bleek de afstand van de huisartsenpraktijk naar het DCA een belangrijk argument te zijn, en tevens het niet bekend zijn met het gehele productaanbod van het DCA.

Waarvoor komen patiënten?

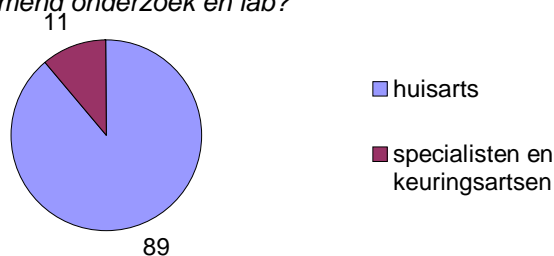
Castelijns onderzocht ook bij 10.144 patiënten waarvoor ze gebruikmaakten van het centrum.

Het merendeel (58%) van de patiënten komt uitsluitend voor beeldvormend onderzoek, terwijl de overige patiënten voor laboratorium- en/of beeldvormend onderzoek komen.



Wie verwijst naar het DCA voor beeldvormend onderzoek en lab?

Op de vraag wie naar het DCA verwijst, blijkt 89% van de verwijzers huisarts te zijn.



Performance van het DCA

De performance van het DCA wordt weergegeven in drie typen parameters:

Productieparameters

Deze parameters geven een maat voor productiviteit, d.w.z. gebruik van personele capaciteit en middelen.

Serviceparameters

Deze indicatoren geven een kwantitatieve analyse van wachtlijst, doorlooptijd en satisfactie.

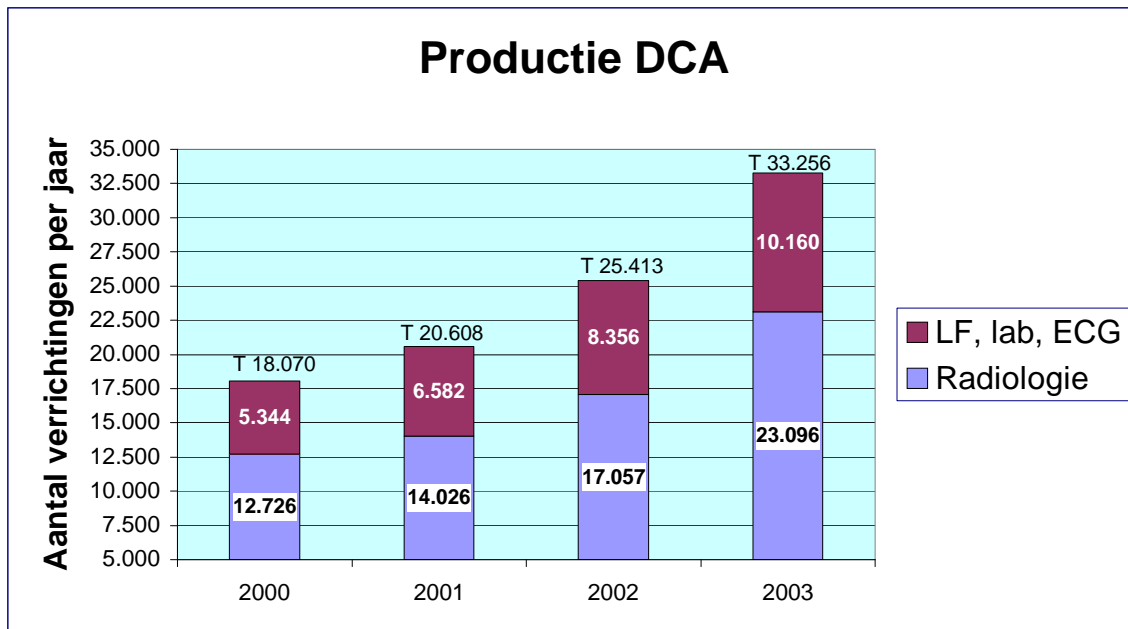
Financiële parameters

Deze getallen geven een overzicht van kostprijs per verrichting en rendement op eigen vermogen.

Productieparameters

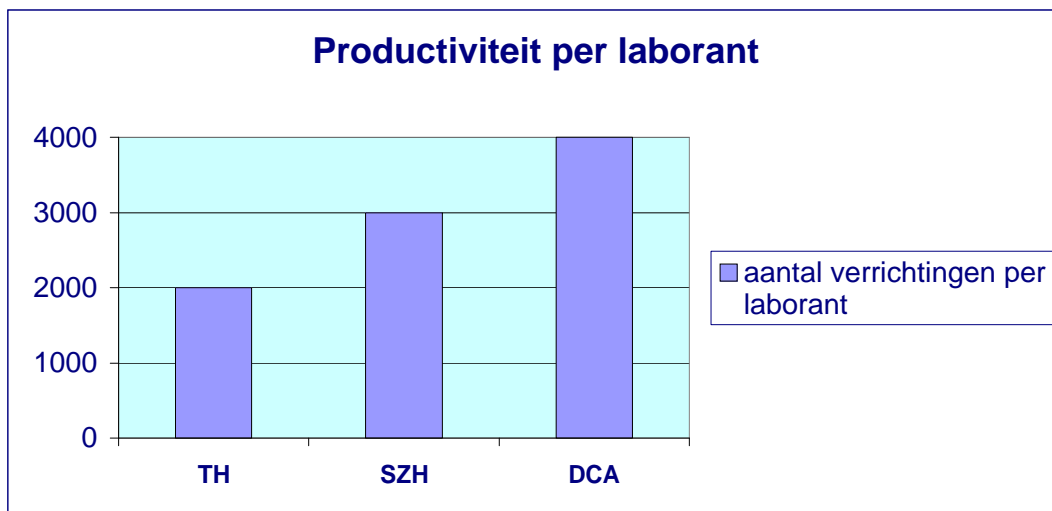
Er is een aantal analyses uitgevoerd die informatie geven over de productiviteit van het DCA. Het betreft analyses die betrekking hebben op het gebruik van faciliteiten resp. ruimte, en analyses die de uitgevoerde verrichtingen weergeven.

Onderstaande grafiek geeft de ontwikkeling in productie weer gedurende de periode 2000- 2003. De groei was gemiddeld 24,5% per jaar.

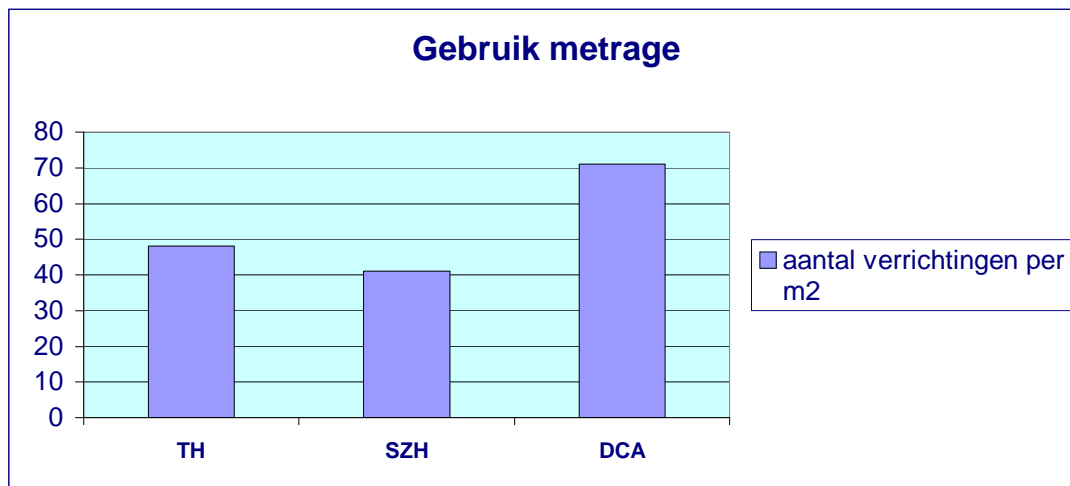


(LF = Longfunctie)

In onderstaande grafiek is het aantal verrichtingen per laborant aangegeven. Hieruit blijkt dat de in het DCA werkzame laboranten in deze benchmark het meest productief blijken.



Een andere benadering is de analyse die aangeeft hoeveel *verrichtingen per m²* uitgevoerd worden. Het blijkt dat de productiviteit van het DCA per m² resp. 48% en 73% hoger ligt dan bij de benchmarkafdelingen (TH resp. SZH).

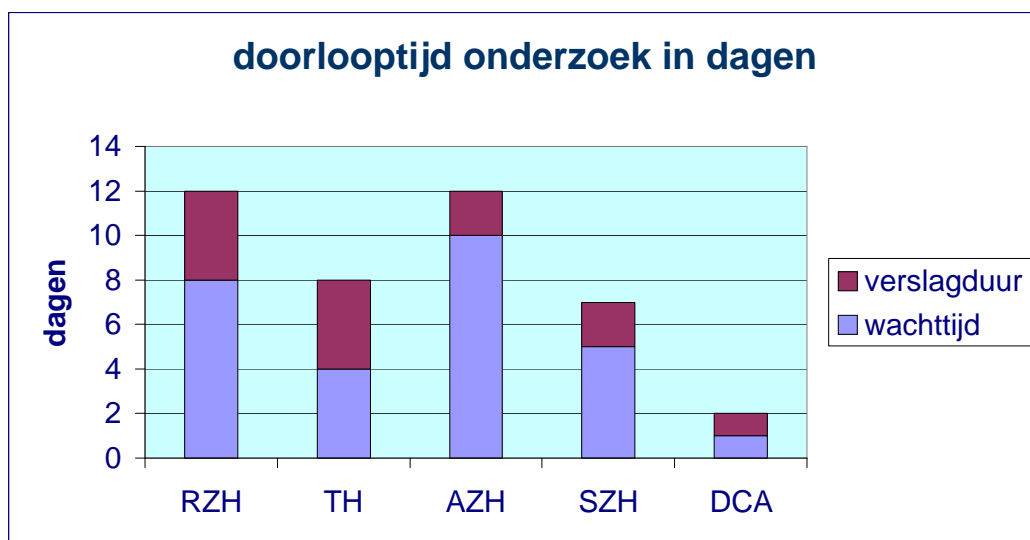


Serviceparameters

De wachttijd is de periode tussen het maken van de afspraak en het uitvoeren van het onderzoek. De verslagduur is de periode tussen het onderzoek en het moment dat de aanvrager het verslag ontvangt. – Ter illustratie wordt op regelmatige momenten een vergelijking gemaakt met een aantal ziekenhuizen in de nabije omgeving.

De service wordt op grond van de volgende objectieve parameters vastgesteld:

- 1) verslagduur (doorlooptijd);
- 2) wachttijd.



Financiële parameters

De financiële parameters geven een inzicht in de kostprijs per verrichting in relatie tot andere zorgaanbieders en het rendement op geïnvesteerd eigen vermogen.

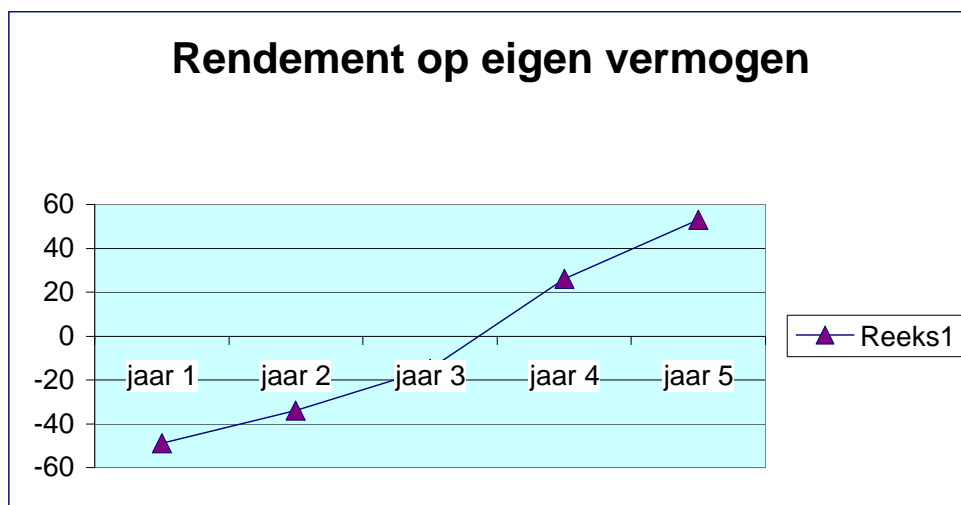
Kostprijs per verrichting

Door PricewaterhouseCoopers is in 2002 een kostprijsberekening uitgevoerd. In de tabel hieronder is hiervan een samenvatting te lezen. De kostprijs per verrichting bij het DCA bedraagt € 49,43. Onder vergelijkbare omstandigheden bedraagt deze in een ziekenhuisomgeving € 144,25.

Recapitulatie in €	DCA	normatief
Kostprijs	4,17	9,15
Personeelskosten	28,54	57,08
Afschrijvingen	5,21	31,93
Huisvestingskosten	6,07	21,57
Kantoorkosten	2,05	2,05
Verkoopkosten	0,47	0,47
Algemene kosten	3,08	3,08
Financieringskosten	-0,16	5,81
Risico opslag		13,11
Totaal	49,43	144,25

Rendement op geïnvesteerd vermogen

Onderstaande grafiek illustreert het bereikte rendement op geïnvesteerd vermogen in de periode 1998 – 2001.



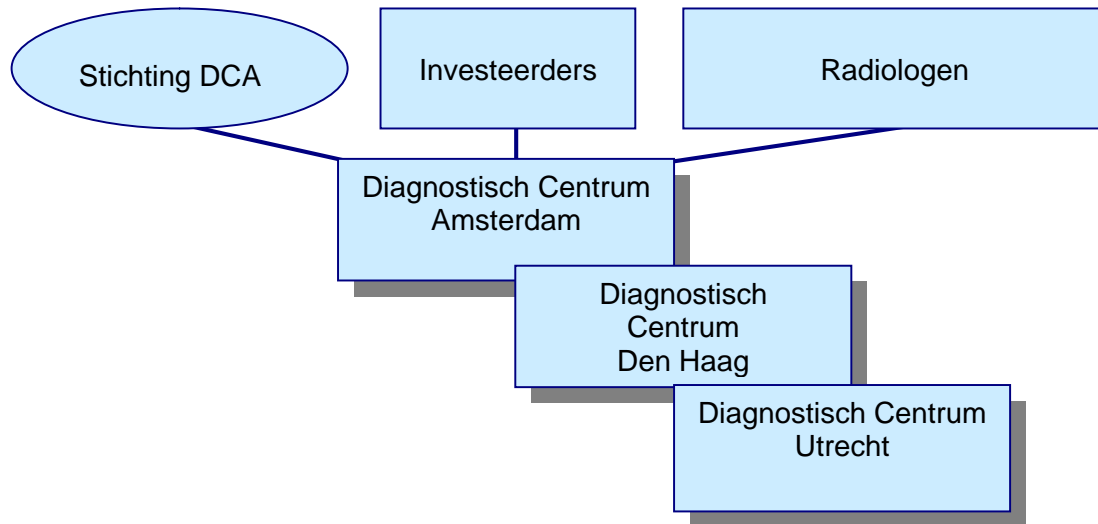
Toekomst van de onderneming

De ambitie bestaat om het DCA uit te bouwen tot een filiaalbedrijf met vestiging in de grote steden van Nederland.

Juridische en organisatorische structuur

In onderstaande figuren is de voorgestelde juridische structuur weergegeven.

Juridische structuur



RRela

tie met andere (zorg)organisaties

Een nieuwe vestiging van het DC zal de volgende relaties aangaan:

Stichting DCA

De stichting DCA is de houder van de vergunning ter exploitatie van het Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC). Het bestuur van de stichting is akkoord met het gebruik van de vergunning voor de nieuwe vestiging.

Lokale radiologenmaatschap

Op lokaal niveau zal samenwerking gezocht worden met een radiologengroep die bereid is de medische verrichtingen uit te voeren.

Lokaal ziekenhuis

Bij voorkeur zal samenwerking gezocht worden met het ziekenhuis waar de genoemde radiologengroep werkzaam is. Er zullen afspraken gemaakt worden over calamiteitenregeling, etc.

Lokale zorgverzekeraar

Samenwerking met een lokale zorgverzekeraar is cruciaal. Voor de zorgverzekeraars bestaat er contracteervrijheid voor zorgaanbieders zoals ZBC's.

Dr.drs. L.H.L. Winter

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.