

ONMOGELIJK DILEMMA

Twee financieringssystemen tegelijk in het ziekenhuis werkt niet

Invoering van marktwerking voor slechts een deel van de zorg kan leiden tot vreemde en zelfs onwenselijke situaties. Ziekenhuizen worden gedwongen een keuze te maken die strijdig is met hun primaire taak van zorgverlening.

welke zorgaanbieders een contract wordt afgesloten voor dit segment. Minister Hoogervorst heeft aangekondigd in 2006 te evalueren, waardoor op zijn vroegst in 2007 uitbreiding van dit segment kan plaatsvinden. Aangezien in 2007 verkiezingen plaatsvinden, is de kans groot dat pas in 2008 beslissingen worden genomen.

VERDRINGINGSPROBLEMATIEK

In veel regio's worden momenteel de budgetten van de ziekenhuizen voor het A-segment, de zorg die door middel van aanbodsturing (functiegerichte budgettering) collectief wordt gefinan-

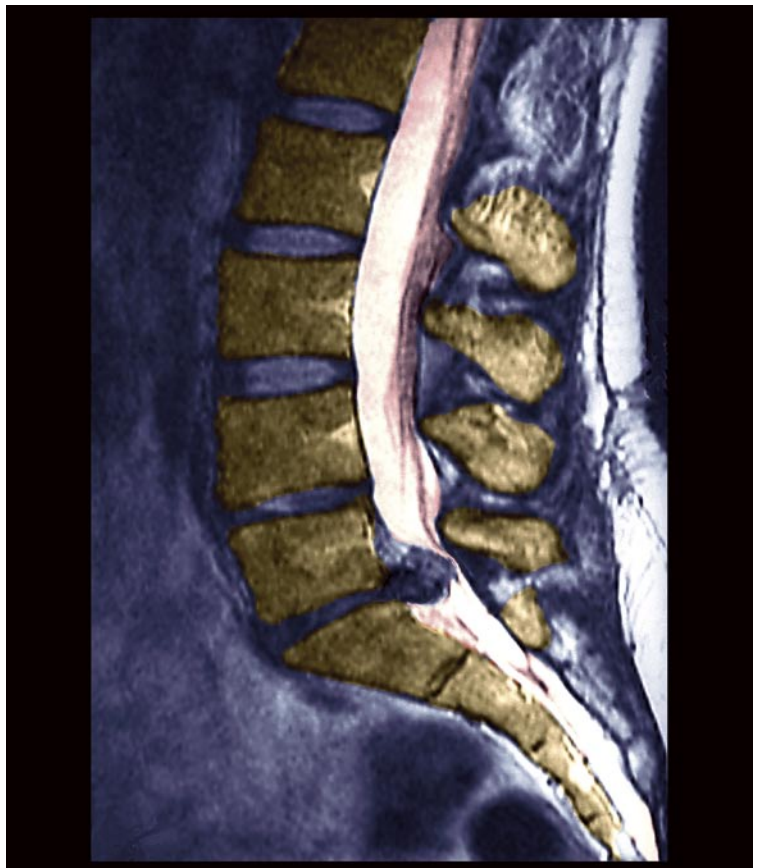
cierd, niet uitgebreid met het feitelijke groeipercentage van de jaarlijks stijgende zorgvraag. Dit leidt tot problemen voor patiënten. De wachtkamer van bijvoorbeeld neurochirurgie in Medisch Centrum Haaglanden (MCH) zit vol, een nieuwe neurochirurg is werkzaam, maar het aantal opnamen, dagopnamen en eerste polikliniekbezoeken kan niet worden uitgebreid. Zorgverzekeraars in de Haagse regio zijn namelijk door een gebrekkig werkend vereveningssysteem gedwongen de kosten van de zorg in de regio te beperken. Door het prestatiecontract, waarbij landelijk is afgesproken meer te doen voor hetzelfde geld, moeten

MARJOLEIN OUDSHOORN

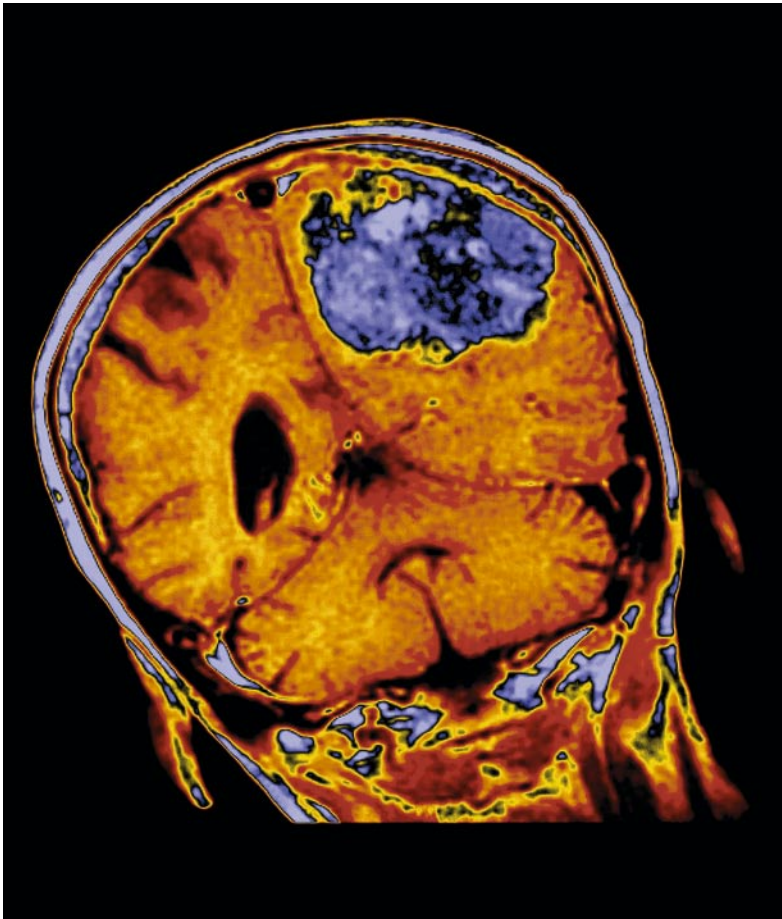
Het dilemma: één plek in de OK-planning van volgende week, één patiënt met een hersentumor en één patiënt met een hernia. Is het denkbaar dat de patiënt met de hernia eerder wordt geholpen dan de patiënt met de hersentumor? Het antwoord is gek genoeg 'ja'. Het basisprincipe van vraaggestuurde zorg is immers: wie betaalt, bepaalt. De klant, in dit geval de verzekeraar namens de patiënt, wil snel worden geholpen en heeft korte wachttijden afgedwongen voor patiënten met een hernia en niet voor patiënten met een hersentumor.

Met de invoering van diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) is de vraaggestuurde zorg in de tweedelijns gezondheidszorg geïntroduceerd. Zorgverzekeraars hebben, namens de patiënt, met ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) onderhandeld over prijs, kwaliteit en volume van 10 procent van de ziekenhuiszorg. De wederzijdse contracteerplicht voor deze electieve, niet-levensbedreigende zorg, het zogenaamde B-segment, is opgeheven. Zorgverzekeraars kunnen kiezen met

Een patiënt met een hernia...



BEELD: ZIEFA



...zal eerder worden geholpen dan een patiënt met een hersentumor.

ziekenhuizen 1,15 procent onbetaalde extra productie leveren. Daarnaast is regionaal 1,15 procent betaalde productie toegestaan en 0,4 procent voor de WBMV-verrichtingen (Wet bijzondere medische verrichtingen). Dit betekent een totale toename van de productieafspraken met 2,7 procent waarvan 1,55 procent betaald. Dit dekt bij lange na niet de gemiddelde jaarlijkse productietoename bij MCH: klinisch 4,2 procent en poliklinisch 7,4 procent.

Beperking van productieafspraken in het A-segment met tegelijkertijd een toenemende zorgvraag, leidt tot wachtlijsten. Het beleid van zorgbeperking staat haaks op het beleid van zorgverzekeraars in het B-segment, waar veel zorgverzekeraars volumevrije afspraken hebben gemaakt. Dit geeft het ziekenhuis de prikkel wel te voldoen aan de extra zorgvraag ten opzichte van vorig jaar in het B-segment en niet aan de zorgvraag in het A-segment. En zo zou het kunnen gebeuren dat de patiënt met een hernia eerder wordt geholpen dan de patiënt met een hersentumor. Tegelijkertijd aanbod- en vraaggestuurde financiering in het ziekenhuis leidt tot keuzes die strijdig zijn met de primaire taak van

zorgverlening. Deze verdringingsproblematiek kan zich met name binnen een specialisme voordoen.

LEVENSBEDREIGEND

MCH heeft niet alleen volumevrije zorg in het B-segment afgesproken met zorgverzekeraars, ook zijn er speciale afspraken gemaakt over kwaliteit en snelheid. MCH heeft met een aantal zorgverzekeraars afspraken gemaakt over snelle

Voor het B-segment heeft het ziekenhuis afspraken gemaakt over kwaliteit en snelheid

toegangstijden voor de polikliniek en wachttijden voor operaties. MCH betaalt een boete aan de verzekeraar als dit niet wordt gehaald. Tevens is met Delta Lloyd/OHRA en Azivo een operatiegarantie afgesproken: als de patiënt is opgenomen voor een operatie in het B-segment, wordt hij geopereerd, ongeacht eventuele uitloop van het OK-programma. Komt het MCH deze afspraak niet na, dan betaalt het ziekenhuis 250 euro boete aan de patiënt.

Het MCH vindt deze afspraken passend bij de overgang naar vraaggestuurde zorg. Vraaggestuurde zorg betekent immers leveren wat de klant vraagt. Misschien was de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars bij deze onderhandelingsronde nog kleiner dan die van de ziekenhuizen. Door de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 gaat dit echter snel veranderen. Zorgverzekeraars gaan proberen hun verzekerden te 'sturen' naar het ziekenhuis met de meest gunstige afspraken. Als zorgverzekeraars dan toch gaan sturen, dan graag naar MCH.

Dat snelle toegangs- en doorlooptijden een positief effect hebben op het aantal patiënten met een zorgvraag bij ons ziekenhuis blijkt uit de resultaten die zijn behaald uit zorgbemiddelingsafspraken voor orthopedie met Achmea Zorg in 2004. Het aantal patiënten van Achmea Zorg met een knie-of heupoperatie bij MCH is door deze afspraken met 69 procent toegenomen ten opzichte van het voorgaande jaar. Patiënten waaronder blijkbaar de service die MCH en Achmea Zorg leveren.

Als deze trend echter doorzet, kan het gebeuren dat beperking van het volume in het A-segment met tegelijkertijd afspraken over korte wacht- en doorlooptijden in het B-segment leidt tot onwenselijke situaties: herniapatiënten moeten binnen drie weken worden geopereerd, terwijl voor patiënten met een hersentumor de Treeknormen (die langer zijn) richtinggevend zijn. De afspraken die MCH heeft gemaakt, kunnen leiden tot voorrang van een patiënt die het 'geluk' heeft een niet-levensbedreigende ziekte te hebben die in het

B-segment valt, ten opzichte van een patiënt met een direct levensbedreigende ziekte uit het A-segment. Overigens probeert MCH het natuurlijk zo te organiseren dat dit niet nodig is.

ONEERLIJKE CONCURRENTIE

Vraaggestuurde zorg, in plaats van budget- en dus aanbodgestuurde zorg, stimuleert betere service en kwaliteit van zorg. Over het algemeen is men echter van mening dat marktwerking door >>

SAMENVATTING

<< middel van vraaggestuurde financiering geen geschikt instrument is voor acute en topreferente zorg. Dit betekent twee verschillende financierings-systemen binnen één ziekenhuis met als gevolg vreemde effecten. Ziekenhuizen worden niet alleen gedwongen ongewenste keuzes te maken, zoals hierboven beschreven, maar twee financierings-systemen leidt ook tot ongewenste bij-effecten op financiële gronden. Het heeft bijvoorbeeld oneerlijke concurrentie door kruissubsidie tot gevolg en verschuiving van diagnosestelling van het A- naar het B-segment. De huidige spanning tussen het A- en B-segment wordt niet opgelost door alle electieve en chronische zorg over te hevelen naar het B-segment. Sterker nog: hoe groter het percentage in het B-segment, hoe groter de belasting voor het A-segment.

In Nederland is gekozen voor introductie van marktwerking in de tweedelijns gezondheidszorg. Feit is echter wel dat marktwerking zorgverzekeraars een middel geeft om meer klantgerichte zorg te vragen van zorgaanbieders. Vraaggestuurde zorg kan positieve gevolgen hebben voor de kwaliteit en service van de zorg en MCH kiest ervoor om hier concrete afspraken over te maken. Invoering van marktwerking voor slechts een deel van de zorg leidt ertoe dat zorgverzekeraars hogere eisen kunnen stellen aan de snelheid van behan-

- Tegelijkertijd aanbod- en vraaggestuurde financiering in het ziekenhuis leidt tot keuzes die strijdig zijn met de primaire taak van zorgverlening.
- Door de splitsing van de financiering in een A- en een B-segment worden ziekenhuizen zowel aanbod- als vraaggestuurd gefinancierd.
- Met vraaggestuurde financiering kunnen verzekeraars hogere eisen stellen aan snelheid en kwaliteit voor het B-segment (electieve, niet-levensbedreigende zorg) dan voor het A-segment (overige zorg).
- Medisch Centrum Haaglanden anticipeert hierop en kiest ervoor bijzondere kwaliteitsafspraken te maken met een aantal zorgverzekeraars.
- Vraaggestuurde financiering heeft positieve effecten op de kwaliteit en snelheid van zorg, maar ironisch genoeg alleen voor het deel van de zorg waarbij dit het minst noodzakelijk is.

het ziekenhuis. Hopelijk dragen deze voorbeelden bij aan een snelle invoering van vraaggestuurde zorg met tegelijkertijd een oplossing voor financiering van

Bij beperkte OK-capaciteit heeft de specialist bijzondere verantwoordelijkheid

deling van niet-levensbedreigende zorg dan van levensbedreigende zorg. Specialist en ziekenhuis worden hierdoor gedwongen keuzes te maken die strijdig zijn met de primaire taak van zorgverlening. Natuurlijk moet een patiënt met een hersentumor sneller worden geopereerd dan een patiënt met een hernia. En wanneer aan het eind van de dag wegens beperkte OK-capaciteit de keuze moet worden gemaakt tussen een spoedoperatie of een electieve operatie, zal MCH misschien niet altijd aan de contractuele afspraken kunnen voldoen. De medisch specialist heeft hier een bijzondere verantwoordelijkheid. Uit deze voorbeelden blijkt echter dat een oplossing moet worden gevonden voor de spanning tussen vraag- en aanbodgestuurde zorg binnen

het overige deel van de zorg. Wat MCH betreft wordt niet alleen de herniapatiënt zo spoedig mogelijk geholpen, maar ook de patiënt met hersentumor. ■

drs. M. Oudshoorn,
productmanager patiëntenzorg Medisch Centrum Haaglanden

Correspondentieadres: m.oudshoorn@mchaaglanden.nl.

Andere MC-artikelen over de invoering van marktwerking in de zorg vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

VELDWERK

Gekke psychiaters



Vooroordelen. We hebben ze allemaal. Ook over artsen. 'Chirurgen zijn botte boeren' en 'psychiaters

lopen allemaal in geitenwollen sokken en sandalen', zijn de meest bekende. Na beide co-schappen gelopen te hebben, kan ik geen van beide vooroordelen bevestigen. Natuurlijk, er is zeker een aantal lompe chirurgen, maar dat geldt ook voor de internisten of de neurologen. Geitenwollen sokken heb ik ook niet gezien op de PAAZ.

Toch kan ik het algemene beeld van psychiaters als excentriekelingen niet geheel tegenspreken. Want ook al zijn die sokken verdwenen, de meeste psychiaters kun je zó onderscheiden van de andere specialisten. De één wil zich net iets te hip kleden, de ander heeft erg veel moeite met haren kammen.

Het lijkt wel of je wat gekke trekjes moet hebben om hier in opleiding te komen, want ook de agio's maken een bizarre indruk. Zo huppelt er een agio elke dag in ruitjesblouse vrolijk lachend door de gangen. Een ander lijkt wel wat symptomen van patiënten te hebben overgenomen, want ik heb nog nooit iemand meegemaakt met zo'n wisselende stemming. Als co-psychiater kan ik diagnosticeren dat er sprake is van een duidelijke dagschommeling met bipolaire kenmerken en dat allemaal bij een gezicht zo strak dat het lijkt of ze verslaafd is aan botox-behandelingen.

Hoe zou het toch komen dat psychiaters zo buitenissig zijn? Is er een 'selectie aan de poort', krijgen alle psychiaters een cursus 'zonderling worden', of worden ze gewoon 'besmet' met datgene waar ze mee omgaan? En als ze inderdaad worden besmet, gebeurt dit dan door de psychiaters of door de patiënten om hen heen? ■

Mysterico

de co-assistent