

BEKOSTIGING VOLGT FUNCTIE

Uniforme prijsconcurrentie met DBC's werkt niet

De geboden ziekenhuiszorg kent een grote variatie: stadsziekenhuizen, focusklinieken, UMC's, noem maar op. Hét ziekenhuis bestaat niet meer. Een dergelijke differentiatie behoeft een gedifferentieerde bekostiging.

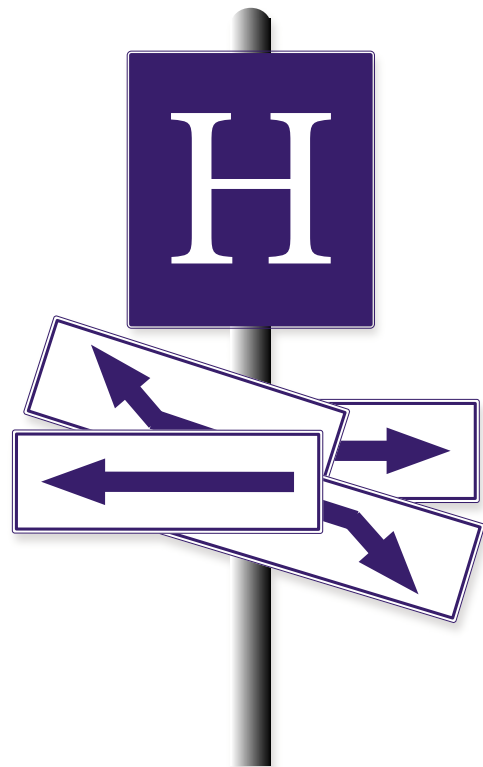
GEERT BLIJHAM

Het zorgstelsel in Nederland is aan het veranderen. Planning van aanbod en financiering met budget worden geleidelijk vervangen door competitie op basis van vraag en bekostiging naar prestatie. Een dergelijke fundamentele verandering gaat uiteraard gepaard met debat, emotie en onzekerheid. Opvallend daarbij is dat vaak met het grote gebaar wordt gewerkt: 'de markt lost het wel op', 'commercie in de zorg moet verboden worden', 'kwaliteit is niet te meten', 'het wordt onbetaalbaar' of juist 'alleen zo houden we het betaalbaar'. Nu de contouren van het nieuwe stelsel zichtbaar zijn, is de tijd rijp om na te denken. Mijn idee is: breng meer differentiatie in de zorg en zoek bij de verschillende zorgvormen die zo ontstaan de beste vorm van bekostiging. Bekostiging wordt zo dienstbaar aan goede en betaalbare zorg in plaats van andersom.

DIMENSIES

Het zorgaanbod is op verschillende manieren in te delen. Ik beperk mij hier tot de ziekenhuiszorg, klinisch en poliklinisch, en stel vast dat daar sprake is van eenheidsdenken. Ieder ziekenhuis probeert op de burens te lijken en er in elk geval niet voor onder doen. Hieraan liggen psychologische en financiële redenen ten grondslag: iets niet kunnen wat een ander wel kan, lijkt een zwakgebod en het budgetstelsel schakelt in belangrijke mate ziekenhuizen gelijk. Welke differentiatie in zorgaanbod kan leiden tot een betere spelverdeling en dus tot betere prestaties van het gehele elftal? Het lijkt werkbaar om twee hoofddimensies te onderscheiden.

De eerste is voorspelbaarheid. Veel patiënten hebben baat bij een goed planbaar, efficiënt in te richten zorgaanbod, anderen volgen een diagnostisch en therapeutisch traject dat niet tevoren is te bedenken maar wel snel moet kunnen worden doorlopen.



De andere hoofddimensie is complexiteit. Voor zowel de planbare als de onverwachte zorgvraag moet het aanbod zich instellen op hetzij relatief eenvoudige hetzij relatief complexe antwoorden.

Met deze twee dimensies is een matrix te construeren met vier vormen van zorg: topreferente zorg, basisspecialistische generieke zorg, electieve hoogcomplexiteit zorg en electieve laagcomplexiteit zorg.

Vervolgens kunnen daarbij de meest passende zorgaanbieders worden gezocht inclusief hun belangrijkste relaties.

ZORGAANBIEDERS

Drie typen zorgaanbieders zijn helder te onderscheiden.

Het *streek- of stadsziekenhuis* zorgt voor de opvang van de onverwachte en niet al te complexe zorgvragen. Het kent uitstekende generalisten, vormt een keten met de eerste lijn en levert kwalitatief hoogstaande acute en semi-acute basiszorg.

De *focuskliniek* (de Nederlandse vertaling van *focussed factory*) richt zich op specifieke patiëntengroepen. Er wordt maximaal gebruikgemaakt van de homogeniteit van zo'n groep en de planbaarheid van de zorg.

Het *universitair medisch centrum* (UMC) is de plaats waar de *research en development* voor de zorg plaatsvindt. Ook >>

<< de ontwikkeling van de 'work force', van artsen en verpleegkundigen tot sterilisatiemedewerkers, vindt hier plaats of wordt van hieruit gecoördineerd. Voor beide functies zijn uiteraard de relaties met universiteit, hogeschool, andere opleidingsinstellingen en andere zorgaanbieders van groot belang. In de UMC's is ook de tertiaire of topreferente zorg geconcentreerd. Het gaat daarbij om patiënten met ziektebeelden die een onvoorspelbaar beloop hebben, zeldzaam zijn, een groot beroep doen op schaarse expertise of complexe infrastructuur, of leiden tot complexe behandelingen. Concentratie van dit type zorg is een economische en kwalitatieve noodzaak.

Ten slotte de *hoogcomplexe* maar toch *planbare zorgvraag* (bijvoorbeeld de electieve vormen van coronairchirurgie en radiotherapie). Het gaat om een beperkt aantal zorgvormen, die bijna altijd worden aangeboden in de UMC's maar die de capaciteit daarvan te boven gaan. Het ligt voor de hand om enkele algemene ziekenhuizen deze topklinische functies mede te laten vervullen, bij voorkeur in een alliantie met een UMC en rekening houdend met geografische spreiding.

AANSLUITEN

De vorm van bekostiging moet aansluiten bij het zorgaanbod en moet de kwaliteit daarvan bevorderen. We moeten afstand nemen van de gedachte dat één vorm van bekostiging al de verschillende zorgvormen op de gewenste manier kan stimuleren. Zorgtype en bekostiging moeten op een verstandige manier op elkaar aansluiten.

Differentiatie in bekostiging kan bovendien bijdragen aan het beperkt houden van het papierwerk - van registreren tot rapporteren.. Wat nodig is bij de ene zorgvorm hoeft dat niet te zijn bij de ander. De taal van de DBC's hoeft niet in elke zorgvorm op dezelfde wijze te worden uitgesproken.

Ten slotte wordt recht gedaan aan het feit dat het begrip 'competitie' niet overal hetzelfde betekent. Competitie is een belangrijke drijfveer voor beter menselijk handelen, maar is in de zorg inmiddels helaas bijna synoniem met financiële competitie met de bedoeling winst te maken. Dat hoeft helemaal niet zo te zijn. Dokters en wetenschappers verbinden competitie met reputatie, vakmanschap en eer. Financiële competitie kan prima plaatsvinden tussen ziekenhuizen, zonder winst oogmerk. Kortom, als we een markt met vrije prijzen en commerciële partijen beperken tot slechts een (klein) deel van de zorg sluit dat de heilzame werking van competitie in de andere sectoren helemaal niet uit.

BEKOSTIGINGSVORMEN

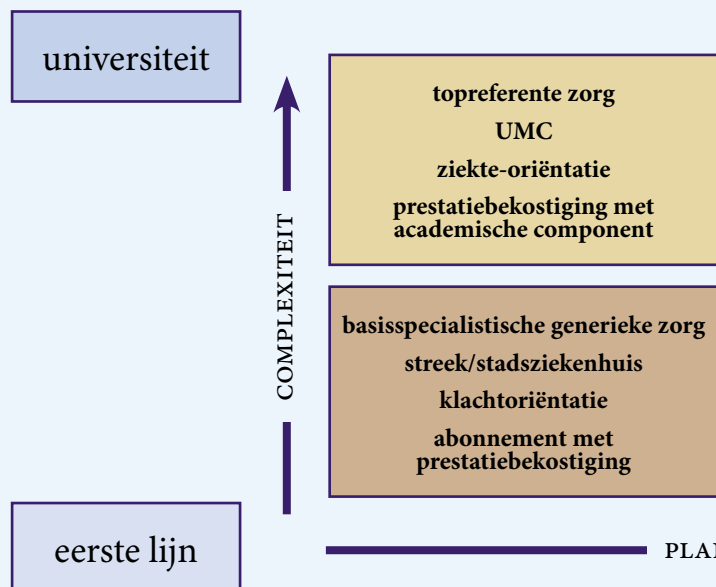
Welke bekostiging past nu bij welke vorm van ziekenhuiszorg? lk zal enkele suggesties doen (zie ook de *figuur*).

In het streek- en stadziekenhuis ziet de generalist dagelijks grote aantallen patiënten met een scala aan klachten. De patiënt hecht groot belang aan zorg dicht bij huis en zal zich verzetten tegen gedwongen winkelen op grotere afstand. Verreweg het grootste deel van deze zorgkosten wordt in de laatste levensjaren gemaakt en dus niet door patiënten die als assertieve consument de markt omarmen.

Wat hier telt, is een hoge mate van beschikbaarheid en op onvoorspelbare tijden klaar staan voor onverwachte klachten en problemen. Dat past bij een systeem dat goede spreiding, goed generalistisch vakmanschap en goede ketenvorming met de eerste lijn bevordert. Daarvoor kan een abonnementssysteem zoals bij de huisarts dienen: iedere patiënt is 'ingeschreven'



BEELD: PHOTOS DISC



PLAN



BEELD: PHOTOS.COM



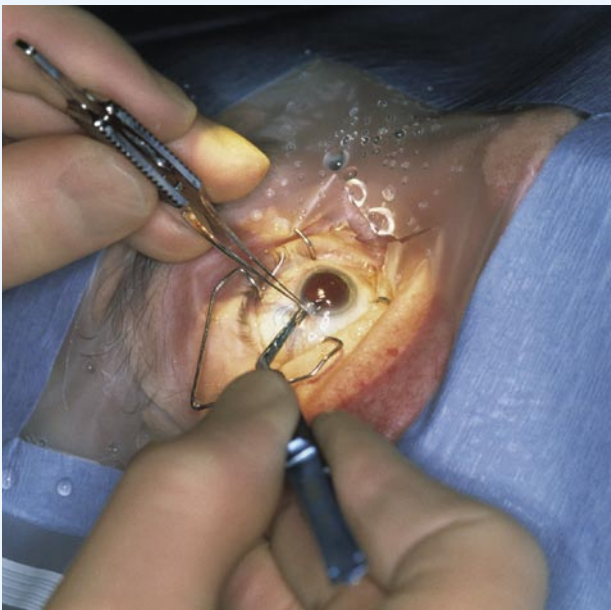
BEELD: PHOTOS.COM

electieve hoogcomplexere zorg
 UMC/groot algemeen ziekenhuis
 procesoriëntatie
 vergunning en tenderen

electieve laagcomplexere zorg
 focuskliniek
 procesoriëntatie
 DBC met vrije prijzen

eigen zorg

BAARHEID →



BEELD: ZEVA

bij een ziekenhuis en de verzekeraar betaalt daarvoor een vast bedrag. Dit kan worden aangevuld met een prestatiegerichte bekostiging op basis van 'grove' parameters, zeg sterk geclusterde DBC's. Goede benchmarking met binnenlandse en buitenlandse ziekenhuizen kan leiden tot normering van de bedragen die in dit systeem gelden. Dit is geen nieuw budgetsysteem. Het gaat om een bekostiging op basis van beschikbaarheid en prestaties met een relatief eenvoudig administratief systeem en met goede benchmarking. In plaats van te trachten het B-segment van de DBC's in hoog tempo uit te breiden ten koste van het A-segment, zou het goed zijn voor dat segment (althans een groot deel daarvan) een vorm van bekostiging te vinden die bijdraagt aan hoogwaardige, goed gespreide en zo efficiënt mogelijke basisspecialistische zorg.

Electieve, laagcomplexere zorg voor een aantal welomschreven diagnose-behandeling-combinaties is te bekostigen met een systeem van vrije prijzen. Als gevolg daarvan zullen we een aantal al of niet commerciële focusklinieken zien ontstaan, die met elkaar en met algemene ziekenhuizen zullen concurreren om contracten met verzekeraars. Door optimale procesoriëntatie en het verwerven van grote volumina is hier flinke efficiencywinst te bereiken. De vorm van bekostiging moet dit stimuleren,

Publieke functies vragen om een aparte bekostiging

terwijl markttoezicht (Zorgautoriteit) erop moet toezien dat de markt niet door zaken als prijsafspraken of kruissubsidiëring wordt verstoord. De komende jaren kan met deze vorm worden geëxperimenteerd waarbij de rolvastheid van de spelers, de beweeglijkheid van patiënten en de effecten van prijsconcurrentie op de kwaliteit van zorg belangrijke uitkomstmaten zijn.

De UMC's hebben meerdere functies en daarom een ingewikkelde vorm van bekostiging. Ik ga niet in op de bekostiging vanuit het ministerie van OCW ten behoeve van het onderwijs en het (bio)medisch wetenschappelijk onderzoek. Hier gaat het om de publieke zorgfuncties, waaraan velen bijdragen maar waarvan de vormgeving en sturing het best kan komen te liggen bij een beperkt aantal instellingen. Dit betreft de tertiaire, top-referente zorg, de niet-universitaire zorgopleidingen en zaken als de ontwikkeling en evaluatie van nieuwe technologie en zorgvormen. Deze publieke functies vragen om aparte bekostiging, samengevat als academische component. Over de besteding daarvan wordt uiteraard verantwoording afgelegd. Voor die verantwoording is het DBC-systeem niet geschikt.

Bij de planbare, hoogcomplexere zorgvraag kan een vrije markt kansen bieden maar ook risico's met zich brengen. De vrije Amerikaanse markt voor bijvoorbeeld kinderhartchirurgie of beenmergtransplantatie heeft ertoe geleid dat veel te veel ziekenhuizen deze behandelingen zijn gaan toepassen. Het resultaat was verdunning van expertise, te kleine aantallen en dus slechte kwaliteit voor veel geld. Vooral nog lijkt hier een systeem van vergunningen zeer geschikt. Wie een vergunning aanvraagt, moet aantonen te beschikken over zowel expertise en infrastructuur als over volume. Om bureaucratie te voorkomen kan soms zelfregulatie tussen een beperkt aantal instituten (bijvoorbeeld UMC's) of satellietvorming volstaan. De prijs >>

SAMENVATTING

- *Ziekenhuizen zijn tot nu toe niet aangespoord om in het gevarieerde zorgaanbod een eigen positie in te nemen. De stelselherziening, voorzien met diagnose-behandeling-combinaties, stimuleert dat evenmin.*
- *Alle ziekenhuizen worden op dezelfde wijze onderworpen aan een mechanisme van onderlinge concurrentie op prijs. Dit kan voor sommige soorten van zorg werken, maar heeft voor andere vooral nadelige effecten.*
- *De geleverde zorg is in te delen langs dimensies van planbaarheid en complexiteit. Uniforme prijsconcurrentie met DBC's zou kunnen worden vervangen door gedifferentieerde bekostiging die aansluit bij de typen zorg en zorgaanbieders.*

<< per behandeling kan door een externe instantie en door benchmarking worden bepaald.

ZWART-WIT

De quintessens van het nieuwe denken over de rolverdeling in de zorg is de koppeling met de bekostiging. Op dit moment overheerst nog het denken in zwart-wit.

'Zwart' is het oude systeem van functionele budgettering. Hierin is geleidelijk het verband tussen geld en prestatie verloren gegaan, zowel bij de ziekenhuiskosten als bij de honorering van de medisch specialisten. Ieder ziekenhuis probeert zich op dezelfde manier te bedienen van de mogelijkheden zonder de functionaliteit erbij te betrekken. Iedereen wil opleiden, niemand wil functies verliezen. Maximalisatie van budget gaat boven zinnige positionering. Het 'zwarte' systeem dwingt daartoe en is daarom verouderd.

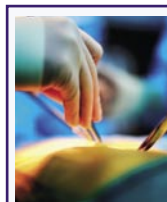
'Wit' is de markt. Elke vorm van zorg is als product te beschrijven, elk product heeft zijn prijs en als we die prijzen vrijmaken, krijgen we een markt die leidt tot de beste prijs-kwaliteitsverhouding. Enthousiasme bij politici, bij sommige ziekenhuizen en bij iedereen die schaars is, voorwaar een interessante coalitie. De problemen met dit systeem zijn niet bewezen maar wel voorspelbaar: een run op overzichtelijke producten met mooie prijzen, tussen wal en schip terechtkomen van het zorgaanbod met een hoge beschikbaarheids- en dus inefficiencyfactor en een fijnmazig stelsel van facturen, betalingen, correcties, naheffingen en controles. De witte wereld zal snel bewolkt en soms dreigend worden.

De gezondheidszorg laat zich niet bekostigen langs ofwel het budget ofwel de vrije markt. Hoe de zorg betaalbaar en kwalitatief goed te houden, is de geweldige uitdaging van de komende jaren en vraagt een zorgvuldige matching van functie en bekostiging. ■

prof. dr. G. H. Blijham,

voorzitter Raad van Bestuur UMC Utrecht, voorzitter Nederlandse Federatie van UMC's (NFU)

Correspondentieadres: C.A.M.Visser@umcutrecht.nl



DBC-FORUM



Doorgaan met de DBC's of nu de stekker eruit?

Discussieer mee op ons DBC-forum via
www.medischcontact.nl/dbcforum

PRAKTIJKPERIKEL

Machtiging



Bij een patiënte die in het verzorgingshuis woont, is onlangs ontdekt dat zij niet-insulineafhankelijke diabetes (NIDDM) heeft. Er wordt een machtiging aangevraagd voor het verstrekken van glucoseteststrips. Bij het instellen op de medicatie is het gebruikelijk dat de patiënten de teststrips vergoed krijgen, zodat ze hiervoor geen rekening krijgen van de apotheek.

De aanvraag wordt echter teruggestuurd met een weigering, omdat ik niet heb aangegeven hoe vaak mevrouw insuline gebruikt. Er staat een telefoonnummer in de brief voor als er vragen zijn. Als ik dat nummer bel, krijg ik op

kattige toon te horen dat ik dan niet bij deze afdeling moet zijn. Op mijn reactie dat dit nummer in de brief stond, word ik doorverbonden.

Weer leg ik uit dat niet-insulineafhankelijke diabetes geen insuline gebruiken, maar wel teststrips en dat de weigering dus onterecht is. 'O, dan heeft mijn collega zeker een foutje gemaakt.' Als ik zeg dat het nu dan zeker geregeld is, krijg ik als antwoord: 'Nee hoor, dan moet u opnieuw een aanvraag invullen en naar ons opsturen.'

En daar zijn wij dus aan overgeleverd als het aan de minister ligt!

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.