

Ziekenhuizen lijden verlies als complexe operaties zich daar concentreren

Goede kankerzorg is duur

Peter de Graaf,
chirurg

Petra Torremans,
accountmanager cluster Zorg

Kees Broekman,
centrummanager chirurgie,
orthopedie, SEH

Allen werkzaam in het Reinier
de Graaf Gasthuis, Delft

Correspondentieadres:
pwgraaf@rdgg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Concentratie van moeilijke oncologische operaties in slechts een paar ziekenhuizen wordt gezien als een middel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Maar de ziekenhuizen die deze eer te beurt valt, komen in de rode cijfers terecht.

In Nederland wordt al jarenlang gediscussieerd over hoe de kwaliteit van de zorg verbeterd kan worden tegen een gelijkblijvende, of liefst lagere, prijs. De Gezondheidsraad kwam in 1993 met een rapport waarin voor het eerst werd gesproken over concentratie als middel om de kwaliteit van de oncologische zorg te verbeteren.¹ Voor een aantal behandelingen is ook bewijs dat concentratie in een beperkt aantal hoogvolume centra tot een hogere kwaliteit kan leiden.² Niet iedereen is ervan overtuigd dat concentratie van oncologische zorg altijd leidt tot kwaliteitsverbetering en kostenverlaging. In het rapport 'Kwaliteit van kankerzorg in

Nederland' wordt gesteld dat concentratie een goed begin is, maar dat daarnaast ook specialisatiegraad en uitkomsten van zorg moeten worden meegenomen.³ In oktober 2010 ontstond commotie

toen zorgverzekeraar CZ een overzicht van ziekenhuizen publiceerde waar CZ wel en waar niet borstkankerzorg zou inkopen.⁴

Consequenties

Het verbaast ons dat in de discussies over kwaliteit van de oncologische zorg en hoe die te verbeteren valt zo weinig aandacht is voor de financiële aspecten van concentratie van de zorg. Al in 2005 nam het Netwerk Oncologisch Chirurgen van het Integraal Kankercentrum

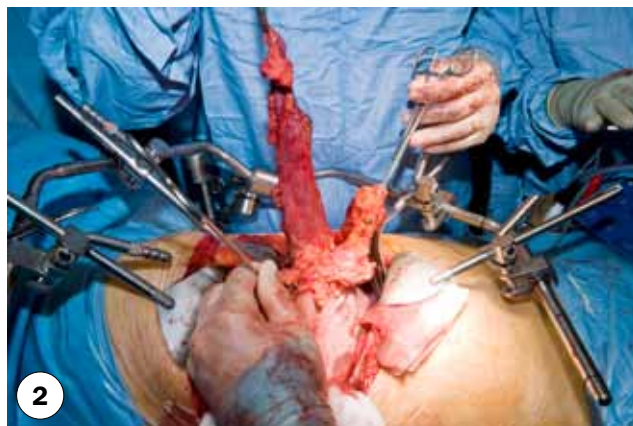
West (IKW) naar aanleiding van het onderzoek van Wouters e.a. het besluit om laagvolume-hoogrisicochirurgie te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen.⁵ Het Reinier de Graaf Gasthuis in de IKW-regio werd een van de ziekenhuizen waar oesofagus- en pancreascarcinomen geconcentreerd werden. Hierdoor steeg het aantal operaties voor oesofaguscarcinoom van 13 in 2005 naar 32 in 2010 en het aantal operaties voor pancreascarcinoom in dezelfde periode van 13 naar 29. Over de financiële gevolgen hiervan was van tevoren niet nagedacht.

Sinds enige tijd beschikt het Reinier de Graaf Gasthuis over de mogelijkheid de kosten van deze operaties nauwkeurig te bepalen. Hierdoor zijn de financiële consequenties van de groei van het aantal oesofagus- en pancreasoperaties zichtbaar. In het huidige systeem van functiegerichte budgettering (FB) is alle chirurgische oncologische zorg helaas verliesgevend (zie *kader Financiering* op blz. 2315).

Complicaties

In het Reinier de Graaf Gasthuis worden vanuit haar regiofunctie jaarlijks tussen de 25 en 35 patiënten operatief behandeld aan een oesofaguscarcinoom. Dit is een complexe operatie die voor het ziekenhuis hoge kosten met zich meebrengt. Op de betreffende DBC is gelukkig FB-onderhoud gepleegd, wat wil zeggen dat het ziekenhuis bovenop het bedrag dat het voor deze ingreep ontvangt, een extra vergoeding krijgt. Echter, door het relatief kleine aantal

**Concentratie leidt
niet altijd tot
kwaliteitsverbetering**



Een slokdarmkankeroperatie bestaat uit twee delen. Eerst wordt het onderste tumordeel laparoscopisch geopereerd (1), vervolgens wordt het aangedane deel van de oesofagus verwijderd (2) en tot slot worden maag en het hogere deel van de oesofagus met elkaar verbonden (3). Het verwijderde weefsel (4).

beeld: ANP Photo

Vrijwel elk ziekenhuis voert verliesgevende behandelingen toch uit

patiënten kan één patiënt bij wie kostbare complicaties optreden, ondanks de door de concentratie verbeterde morbiditeit en mortaliteit van deze operatie, de bestaande situatie flink beïnvloeden en daardoor zorgen voor een flinke stijging van de totale kosten. Hierdoor kan er voor de groep als geheel alsnog sprake zijn van een negatief financieel resultaat.

In de periode medio 2009 tot medio 2010 voerden wij 24 oesofagusresecties uit, waarop wij, met extra vergoeding, 88.000 euro verlies hebben geleden. In dezelfde periode werden in het Reinier de Graaf Gasthuis 30 resecties voor een pancreascarcinoom uitgevoerd. Hoewel voor deze operatie feitelijk dezelfde criteria gelden als voor de oesofagusresectie (regiofunctie, hoogcomplexere operatie met hoge kosten), is er op deze DBC

geen FB-onderhoud gepleegd en wordt voor deze DBC slechts een vergoeding ontvangen voor de parameters eerste polikliniekbezoek, opnameduur en aantal ligdagen. Hierdoor leverden pancreascarcinoomoperaties voor het

ziekenhuis een daadwerkelijk verlies op van ruim 400.000 euro.

Verstoord evenwicht

In vrijwel elk ziekenhuis worden verliesgevende behandelingen toch uitgevoerd, omdat zij binnen de huidige FB-systematiek bekostigd kunnen worden met behandelingen waarop winst wordt geboekt. Het is duidelijk dat bij het stijgen van het aantal hoogcomplexere en dure operaties het bestaande financiële evenwicht verstoord raakt.

Onlangs heeft minister Schippers van VWS met de ziekenhuizen en specialisten een nieuw akkoord gesloten over de bekostiging van de ziekenhuiszorg. Hierin is het voornemen uitgesproken om vanaf 2012 70 tot 80 procent van het totaal aantal DBC's naar het B-segment te migreren. In haar nieuwsbrief van 1 april 2011 schreef de NZa dat zij, in het kader van de invoering van prestatiebekostiging in 2012, werkt aan uitbreiding van het B-segment naar 70 procent, in samenhang met de invoering van een vernieuwd DBC-systeem (DOT; DBC's op weg naar transparantie).⁶ Als ook de oncologische chirurgie hieronder valt, biedt

Vertrouwen komt te voet en gaat te paard

Financiering

Elk ziekenhuis ontvangt zijn financiële budget in een A- en een B-segment. Het A-segment omvat op dit moment ongeveer 65 procent van de zorg. Financiering vindt plaats via het systeem van de zogenaamde functiegerichte budgettering (FB). Met de zorgverzekeraar worden volumeafspraken gemaakt over de te verlenen zorg voor alle diagnoses die in het A-segment vallen. Daarnaast bestaat het B-segment, op dit moment ongeveer 35 procent van de zorg. Financiering van de zorg in dit segment vindt plaats via de DBC-systematiek en zowel prijs als volume zijn onderhandelbaar met de zorgverzekeraar.


Terwijl voor de DBC's in het B-segment inmiddels een vergoeding tot stand is gekomen die in een reële verhouding staat tot de geleverde zorg, is dit voor DBC's die in het A-segment vallen niet het geval. Het A-segment bevat DBC's waarop het ziekenhuis verlies leidt en die noodzakelijkerwijs gecompenseerd moeten worden met DBC's waarop winst wordt gemaakt. Met uitzondering van de behandeling van het mammacarcinoom valt de chirurgische oncologische zorg in zijn geheel in het A-segment.

SAMENVATTING

- Concentratie van laagvolume-hoogrisico-behandelingen wordt gezien als middel om de kwaliteit van oncologische zorg te verbeteren.
- Sinds 2005 worden in de regio van het Integraal Kankercentrum West zeldzame, moeilijke oncologische operaties geconcentreerd in enkele ziekenhuizen.
- Helaas is alle oncologische chirurgie in de huidige financiële systematiek verliesgevend en brengt concentratie extra kosten met zich mee.
- Deze kosten dienen in de nieuwe betalings-systematiek gecompenseerd te worden.

dit de mogelijkheid om reële prijzen af te spreken en dat is hard nodig. In de bestaande situatie heeft de chirurgische behandeling van oncologische patiënten in ons ziekenhuis in het laatste boekjaar een verlies van ruim anderhalf miljoen euro opgeleverd. In de eerder genoemde nieuwsbrief van de NZa staat echter ook dat als het ziekenhuis met de nieuwe DBC's (DOT's) een hogere omzet realiseert dan voorheen met de FB-financiering, dit wordt afgeroomd met 5 procent in 2012 en 30 procent in 2013.⁵ Dit kan het streven naar kwaliteitsverbetering en kostendaling door concentratie van laagvolume-hoogrisico oncologische zorg frustreren, omdat deze operaties verliesgevend blijven.

Adequate vergoedingen

In een periode waarin ziekenhuizen hun verliezen zoveel mogelijk moeten zien terug te dringen, is het vanzelfsprekend dat raden van bestuur verliesgevende behandelingen zoveel mogelijk willen beperken. Het is van groot belang dat de beleidsbepalers die ernaar streven de kwaliteit van de oncologische zorg te verbeteren tegen dezelfde of liefst lagere prijs door concentratie van laagvolume-hoogrisico-operaties, zich sterk maken voor adequate vergoedingen voor de ziekenhuizen waar deze operaties uitgevoerd worden. Als dit niet gebeurt, zullen de raden van bestuur zich tegen dit streven keren. 

De aanpak van de bacterie-uitbraak in het Maasstad Ziekenhuis heeft het vertrouwen bij het algemeen publiek in de Nederlandse ziekenhuizen geen goed gedaan. En dan heb ik het niet alleen over de medische aanpak, maar ook over de communicatieve aanpak door de Rotterdamse raad van bestuur. Door geen openheid over de uitbraak te betrachten hebben zij de indruk gewerkt de zaak in de doofpot te willen stoppen. In deze tijd van social media wordt dat door de publieke opinie keihard afgestraft. De reputatie van het Maasstad Ziekenhuis heeft een enorme dreun moeten incasseren en veel patiënten keren het ziekenhuis de rug toe. Terwijl het ziekenhuis in de Ziekenhuis Top 100 van het Algemeen Dagblad toch een keurige 30ste plaats scoorde. Dus zo slecht gaat het er daar ook weer niet aan toe als we het AD moeten geloven.

De organisatie van de gezondheidszorg in Nederland staat onder druk. Zorgverzekeraars en de inspectie hebben vaak heel andere ideeën over hoe die eruit moet zien dan ziekenhuizen. Incidenten als die in het Maasstad Ziekenhuis worden helaas gebruikt om angst te zaaien en worden voor het realiseren van de eigen agenda gebruikt. Alleen daarom al zouden ziekenhuizen alles op alles moeten zetten om incidenten als deze te voorkomen.

De kwaliteit van de patiëntenzorg in de Nederlandse ziekenhuizen is hoog. Alle medewerkers werken daar elke dag weer heel hard aan. Het vertrouwen van patiënten in de kwaliteit van ziekenhuizen heeft nu een serieuze knauw opgelopen. Een incident in één ziekenhuis wordt ook de 96 andere ziekenhuizen in Nederland aangewreven. De beeldvorming is onverbiddelijk. Het zal tijd vergen om dit vertrouwen te herwinnen. En dat is erg jammer.

Aysel Erbudak
voorzitter raad van bestuur
Slotervaartziekenhuis



De voetnoten en meer artikelen over concentratie in de zorg vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. Kwaliteit en taakverdeling in de oncologie. Gezondheidsraad, 1993. Publicatienummer 1993/01.
2. Margot van de Starre, directeur NVZ, persoonlijke mededeling 23/11/2010.
3. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding Kwaliteit van kankerzorg in Nederland, KWF Kankerbestrijding, juli 2010.
4. www.cz.nl/overzicht-beste-borstkankerzorg.
5. Wouters MW, Wijnhoven BP, Karim-Kos HE et al. High-volume versus low-volume for oesophageal resections for cancer; the essential role of case-mix adjustments based on clinical data. *Ann Surg Oncol* 2008; 15: 80-7.
6. Nieuwsbrief NZa: Prestatiebekostiging medisch-specialistische zorg per 2012. 1 april 2011.