

EEN PLEIDOOI OM DE BEKOSTIGING VAN COMPLEXE ZORG OVER EEN ANDERE BOEG TE GOOIEN

Financiële basis academie wordt wankel

De herschikking van het zorglandschap leidt ertoe dat academische ziekenhuizen alleen nog complexe en dus dure zorg leveren. Omdat ze daarvoor onvoldoende gecompenseerd worden, dreigen ze in de financiële problemen te komen.

Minister Bruins schreef in een brief aan de Kamer dat de umc's zich moeten ontwikkelen tot centra voor complexe en tertiaire zorg. Deze ontwikkeling – die ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ondersteunt – lijkt zorginhoudelijk gewenst, maar heeft ook bedrijfsmatige, logistieke en financiële consequenties. Waar umc's kostenposten ('bleeders') voorheen konden compenseren met inkomstenbronnen ('feeders'), wordt de complexe zorg in toenemende mate de enige vorm van zorg in de umc's. Hierdoor kunnen de 'bleeders' niet meer met de 'feeders' worden gecompenseerd. Om de complexe zorg in de umc's beschikbaar te houden, moet de financieringssysteem worden aangepast. De huidige bekostigingssystematiek staat echter haaks op de wensen van de beleidsmakers. Zo staat de academische component ter discussie (de academische component is een VWS-bijdrage om de topreferente zorg te financieren, *red.*), is de DOT-systematiek niet geschikt voor complexe casuïstiek (geen onderscheidend vermogen) en ook niet voor echte multidisciplinaire aanpak met parallelle behandelingen. Als het wenselijk is om de laagcomplexe, hoogvolumetraumazorg steeds meer te verschuiven naar level-2- en -3-ziekenhuizen en de hoog-complexe, laagvolumezorg naar het level-1-centrum, dan komt in level-1-ziekenhuizen dus vooral de dure zorg terecht. Ook andere specialismen ondervinden de consequenties hiervan. Om hieraan tegemoet te komen moet de financiering van umc's worden aangepast,

want de huidige bekostigingssystematiek leidt tot een financieel onhoudbare situatie.

Onder druk

In de afgelopen jaren is de academische component steeds meer onder druk komen te staan. Deze financiële steun (in de vorm van extra financiering buiten de DOT-bekostiging om) aan academische ziekenhuizen is ooit ingesteld om bedrijfsmatig te compenseren voor de andere taken van een umc: onderwijs en onderzoek. Door het concurrentiedenken in de zorg is daar echter een kentering in gekomen. Samenwerkende topklinische ziekenhuizen (STZ) werden bijvoorbeeld voor de opvang en behandeling van multitraumapatiënten financieel op gelijke voet gesteld met umc's. En de STZ kunnen ook meedingen naar het BBAZ-budget (beschikbaarheidsbijdrage academische zorg, *red.*). Deze maatregelen waren bedoeld om de STZ een eerlijke concurrentiepositie te geven en de 'staatssteun' voor de umc's ter discussie te stellen. Maar er kan pas sprake zijn van 'eerlijke concurrentie' als umc's en de STZ gelijke taken vervullen binnen het systeem. Dit is echter niet zo en dus past dit niet bij de positionering van umc's, die de minister voor ogen heeft.

Voorwaarde voor eerlijke concurrentie is ook dat de geleverde zorg administratief 'gevangen' wordt in declarabele producten. De DOT-systematiek is echter niet geschikt voor hoog-complexe tertiaire zorg. De DOT dekt bijvoorbeeld met enige regelmaat de inhoud van de uitgevoerde ingreep niet, of maakt geen onderscheid tussen een complexe en een eenvoudige ingreep. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij ernstige verwondingen in het abdomen, een complexe endovasculaire reconstructie van een juxtarenaal aneurysma, een scolioscorrectie op meer niveaus of een openhartoperatie bij een endocarditis. Deze diagnoses en verrichtingen zijn alleen als minder complexe DOT te scoren.

De DOT-systematiek is niet geschikt voor hoog-complexe tertiaire zorg

Een nachtmerrie

Naast de problemen in de financiering van de complexe zorg op diagnoseniveau, spelen ook



Zorg voor complexe patiënten vereist niet alleen meer personeel, maar ook meer diagnostiek en samenwerking.

intrinsieke problemen van het huidige DOT-systeem een rol. Doordat verschillende diagnoses parallel voorkomen is het soms onmogelijk om een adequate DOT te construeren. Dit probleem wordt nog pregnanter als meerdere disciplines tegelijkertijd hun diensten aan één patiënt verlenen. Een ernstig gewonde patiënt met een intra-abdominaal, een intracerebraal én wervelkolomletsel wordt behandeld door een team van specialisten en veelal gelijktijdig. Zo'n patiënt ondergaat door de traumachirurg een miltexcisie en pancreasstaartresectie wegens pancreas- en miltletsel, gevolgd door openbuikbehandeling. Tegelijkertijd plaatst de vaatchirurg endovasculair een thoracale stentgraft bij een ruptuur van de thoracale aorta. Aansluitend wordt wegens een complex wervelkolomletsel een spondylodese op meer niveaus verricht door de orthopedie. Na een periode op de intensive care wordt de patiënt vervolgens nog door de traumachirurgen aan een bekken- en femurfractuur geopereerd. Na de ic volgt een step-down naar de medium care Heelkunde voor tien dagen, waarvoor geen vergoeding geldt en die dus als reguliere afdeling wordt bekostigd. Na dertig dagen op de verpleegafdeling is hij ontslagklaar, wacht vervolgens op overplaatsing naar een geschikte revalidatieafdeling, zo'n zeven dagen later. Het bepalen van de optimale DOT/dbc met de gangbare, niet op dit soort problematiek afgestemde dbc-regels, is een nachtmerrie.

Benchmarkanalyse

Dit is geen incident, maar steeds meer dagelijkse praktijk. Om deze problemen in de bekostiging van complexe zorg inzichtelijk te maken heeft organisatieadviesbureau Performance een

benchmarkanalyse uitgevoerd. Hiervoor zijn de data van het UMC Utrecht vergeleken met veertien STZ-ziekenhuizen. Er blijken verschillen te zijn in de personeelskosten, in de hoeveelheid diagnostiek en consulten, en in de operatie- en opnameduur. Personele kosten zijn een belangrijk onderdeel van de totale kosten. Dit is deels terug te voeren op de beschikbaarheidsfunctie voor het leveren van acute zorg en deels op de zorgzwaarte. Vanwege de level-1-traumafunctie heeft het UMC Utrecht naast een intensivist en een anesthesioloog ook 24/7 een gecertificeerde traumachirurg in huis, wat een positief effect op de kwaliteit van zorg heeft. Daarnaast functioneert het UMC Utrecht als *last resort*-centrum voor alle acute wervelkolompathologie zoals een (dreigende) dwarslaesie bij infectie of metastase. Hiervoor is een wervelkolomteam bestaande uit chirurgen met orthopedische en neurochirurgische expertise 24/7 beschikbaar. Verder is het UMC Utrecht een centrum voor eindstadium hart- en longfalen en de daarmee gepaard gaande chirurgische behandelingen. Om deze gedifferentieerde complexe zorg te kunnen waarborgen moeten elke dag drie cardiothoracale diensten worden gevuld, terwijl in veel andere cardiothoracale centra slechts één dienst vereist is.

Bij al deze specialismen heeft het UMC Utrecht gekozen voor een hogere verpleegkundige-patiëntratio – meer handen aan het bed –, om kwaliteit en veiligheid te kunnen borgen bij deze zorgzware patiëntenpopulatie. Bedenk daarbij dat de medium care voor de chirurgische patiënten van alle genoemde specialismen niet wordt vergoed. Uiteraard resulteert dit alles in hogere verpleegkundige kosten.

Diagnostiek

Zorg voor complexe patiënten vereist niet alleen meer personeel, maar ook meer diagnostiek en samenwerking. Bij de behandeling van meervoudig gewonde – tegenwoordig vaak ook oudere – patiënten zijn steeds vaker meerdere specialismen betrokken. Dit is terug te zien in hogere kosten voor (meer) consulten binnen het umc ten opzichte van de STZ. Ook meer gebruik van radiologische diagnostiek leidt tot een verschil in kosten tussen het umc en de STZ. Dit hangt samen met de opvang van meervoudig gewonde patiënten in het level-1-traumacentrum. Een ernstiger ongeluk betekent doorgaans ingewikkelder letsel. Er is dus vaak een indicatie tot uitgebreide beeldvorming.

Frequente noodzaak tot operatieve (spoed)behandeling, langer durende ingrepen en meerdere ingrepen per patiënt, betekent meer, langere en – daarmee samenhangend – duurdere operaties en verpleegdagen per patiënt. Voor de traumatologie geldt dat met name bij torsoletsel (thorax, buik, bekken) en de complexe letsel van het onderbeen, veelal meerdere ingrepen en een langere verpleegduur noodzakelijk zijn. Een meer electief voorbeeld is de endovasculaire uitschakeling van een abdominaal aneurysma door de vaatchirurgie. Voor een complexe procedure moet een op maat gemaakte stent worden besteld en is niet, zoals bij een standaardbehandeling één chirurg twee uur bezig, maar zijn twee chirurgen gemiddeld zes uur aan het opereren. Zowel de operatieduur als de kosten voor het implantaat zijn daardoor veel hoger.

Andere financiering

Medisch-inhoudelijke factoren hebben de afgelopen jaren geresulteerd in een herverdeling van zorg binnen de regio en zelfs binnen Nederland, met positieve gevolgen voor de kwaliteit en uitkomsten van zorg. Dit is in overeenkomst met de politieke wensen en in lijn met de huidige maatschappelijke discussie. Door verdere concentratie van hoog complexe zorg in de umc's en de daarbij behorende beschikbaarheidsfunctie voor de acute zorg ontstaat een financieel onhoudbare situatie. Indien de huidige ontwikkeling als wenselijk wordt gezien, dient de financierings-systematiek te worden aangepast. Bij verdere centralisatie is voor complexe acute zorg, mede gezien de beschikbaarheidsfunctie, een lumpsumfinanciering wenselijk. Spoedzorg is voorspelbare zorg, maar vanwege de beschikbaarheidsfunctie is een integrale bekostiging voor opvang, resuscitatie, (operatieve) verrichtingen en opname (intensive care, medium care, afdeling) op basis van globaal te verwachten aantallen patiënten noodzakelijk. ■

contact

f.hietbrink@umcutrecht.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE CHIRURG



MARTIJN MÖLLERS is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

Spiegels

'Spiegeltje spiegeltje aan de wand, wie is de knapste dokter van het land?' Als je de beoordelingen op ZorgkaartNederland mag geloven ben ik dat, denk ik terwijl ik de deur van de vergaderzaal open. Want wie gemiddeld een 10 krijgt, moet wel feilloos zijn, toch? Tegelijkertijd weet ik maar al te goed dat het niet een reële reflectie van de werkelijkheid is. Het ontbreken van slechte cijfers betekent niet dat er nooit iets misgaat. Net als iedereen maak ook ik soms fouten en gaan ook in ons ziekenhuis dingen weleens anders dan bedoeld. Ik prijs me gelukkig met het feit dat als een patiënt dat zo voelt, hij of zij dan de moeite neemt mij

persoonlijk daarop te wijzen. In de spreekkamer, via een brief of desnoods via de klachtenfunctionaris. Dezelfde klachtenfunctionaris leidt, in de vergaderzaal waar ik binnenstap, een spiegelgesprek met de familie van een patiënte. De zaal zit vol met collega's die betrokken waren bij haar casus.

WIE GEMIDDELD
EEN 10 KRIJGT,
MOET WEL
FEILLOOS ZIJN,
TOCH?

Maar de artsen en verpleegkundigen zitten vandaag letterlijk op de tweede rij. Wij zijn slechts toehoorder en mogen alleen verduidelijkingsvragen stellen, meer niet. Vol bewondering luister ik hoe de dochter helder een aantal negatieve ervaringen tijdens de opname van haar moeder uiteenzet. Want je moet het maar durven: in een grote zaal, met zoveel mensen erbij, en met als doel dat wij hiervan kunnen leren. Het gesprek, van mens tot mens, toont in de reflectie feilloos de oneffenheden in ons medisch zelfbeeld. Onvolkomenheden die de digitale spiegel met anonieme loftuitingen of klaagzangen niet toont. En ook al is het soms confronterend die oneffenheden te zien, toch is zo'n gesprek de spiegel waarin ik liever kijk.