

KETENZORG VOOR CVA-PATIËNTEN

Transmurale DBC waarborgt efficiencywinsten

Jarenlang dokteren en recente doorbraken maken stroke services voor CVA-patiënten geschikt als rekenvoorbeeld voor een transmurale DBC. Invoering daarvan vraagt wel om een ketenregisseur.

P. STEINBUSCH
N.J.A. VAN EXEL
R. HUIJSMAN

Vooralsnog beperkt de systematiek van de diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) zich tot zorg geleverd door ziekenhuizen en medisch specialisten.¹ Voor steeds meer diagnoses geldt echter dat ziekenhuizen en medisch specialisten intensievere samenwerkingsvormen ontwikkelen met instellingen en de eerste lijn die voor de vervolgzorg verantwoordelijk zijn. Onder de noemer van (integrale) ketenzorg worden multidisciplinaire, transmurale zorgmodellen ontwikkeld zodat zorgvragers op de juiste plaats en het juiste moment de juiste behandeling krijgen door de juiste professional. Als logisch gevolg hiervan wordt bijvoorbeeld een transmurale DBC ontwikkeld om het inkopen van goede diabeteszorg door verzekeraars te faciliteren.^{2,3} Maar vreemd genoeg is dat

voor de *stroke services* voor CVA-patiënten niet het geval.

KOSTENVERSCHUIVING

Ketenzorg voor CVA-patiënten blijkt een kosteneffectieve interventie. In de Edisse-studie zijn de integrale kosten en de gezondheidsuitkomsten van drie experimenten met *stroke services* in de regio's Delft, Nijmegen en Haarlem vergeleken met reguliere zorg voor CVA-patiënten in drie referentieregio's.² Als we de regio Delft als voorbeeld nemen, blijkt dat aanmerkelijk betere resultaten werden behaald tegen vergelijkbare kosten.⁴ Wel verschoven de kosten binnen de keten, zoals duidelijk wordt uit de tabel. Door reservering van capaciteit (stroke unit in het ziekenhuis, aparte bedden in verpleeghuis en revalidatiecentrum), een efficiëntere ontslagprocedure en het aanstellen van een CVA-verpleegkundige om de doorstroming van de patiënt en diens dossier te bevorderen, werd het aantal verpleegdagen in het ziekenhuis beperkt en daalden de ziekenhuiskosten met gemiddeld 2.450 euro.⁵ Deze kostendaling wordt deels tenietgedaan door het iets duurdere stroke-unitbed. Volumes en kosten in verpleeghuis, revali-

datie-instelling of bij zorg thuis gingen omhoog. Daardoor verschilden de totale kosten tussen ketenzorg en reguliere zorg niet significant.

Ketenzorg levert niet alleen betere resultaten voor hetzelfde bedrag, maar ook meer tevreden patiënten en hulpverleners. De drie experimenten blijken bovendien alles behalve een incident. In juli 2004 berichtte de Nederlandse Hartstichting dat het aantal *stroke services* is uitgebreid tot 69. Dit Doorbraakproject van het CBO heeft in 23 regio's (40% van alle CVA-zorg in Nederland) duidelijk gemaakt dat enorme verbeteringen zijn te realiseren in ligduur en verkeerdebedproblematiek in ziekenhuizen, revalidatie na de acute fase, de nazorgfase en snelle overdracht van patiënten.⁶

INTEGRATIE

Ketenzorg vergt zorginhoudelijke en logistieke afstemming tussen ketenpartners, en dus procedurele, personele, facilitaire en managementintegratie.² De financiële schotten uit de bekostigings-systematiek vormen een belemmering voor het opzetten van gezamenlijke faciliteiten, gezamenlijk (financieel) beleid, een geïntegreerd patiëntendossier voor

VERGELIJKING VAN KOSTEN

	Delft (n=151)	referentieregio's (n=187)	verschil	prijs- component	volume- component
totale kosten	13.160 (100%)	13.800 (100%)	-640	2.420	-3.060
• ziekenhuis	4.170 (32%)	6.620 (48%)	-2.450	1.100	-3.550
• verpleeghuis	4.990 (38%)	4.430 (32%)	560	400	160
• revalidatie instelling	1.110 (8%)	880 (6%)	230	250	-20
• thuis	2.890 (22%)	1.870 (14%)	1.020	670	350

Gemiddelde kosten per patiënt in de eerste zes maanden na een beroerte. Vergelijking tussen Delft en drie referentieregio's (in euro's van 1999)².

SAMENVATTING

- *Ketenzorg voor CVA-patiënten is kosteneffectief. Voor hetzelfde geld, wordt betere zorg geleverd. De kosten verschuiven wel.*
- *De noodzakelijke integratie tussen ketenpartners wordt bemoedigd door het bekostigingssysteem, ook door de nieuwe DBC-bekostiging.*
- *Transmurale DBC's bieden daarvoor een oplossing. Niet afzonderlijk maar als één keten onderhandelen de partners met de zorgverzekeraar.*

de gehele zorgketen (NICTIZ heeft hiervoor reeds een oplossing ontwikkeld waarmee wordt geëxperimenteerd⁷) of van een gezamenlijke regievoering in de keten. Het is niet goed mogelijk de verschuiving in zorgconsumptie en kosten tussen de ketenpartners onderling te verrekenen. De nieuwe DBC-bekostigings-systematiek voor uitsluitend het onderdeel ziekenhuiszorg maakt integratie niet eenvoudiger. De mogelijkheden en (financiële) *incentives* om samen te werken blijven ontbreken.

SLEUTEL

Een instrument om facilitaire en managementintegratie aan te wakkeren is de transmurale DBC, een DBC die het zorgpad van de patiënt volgt door instellingsmuren en financiële schotten heen. Bij een beroerte bijvoorbeeld wordt bij opname in het ziekenhuis een DBC geopend en pas als de patiënt is uit-

singen. Bovendien moet de keten als geheel onderhandelen met de zorgverzekeraars over het tarief van de transmurale DBC. Zorgverzekeraarsconcern Agis werkt al zo en bevordert bijvoorbeeld de informatieoverdracht in de keten met een bonus als een ontvangende schakel (het verpleeghuis) tevreden is met de inhoud en tijdigheid van de overdracht (uit het ziekenhuis).

REGIE

Een belangrijke openstaande vraag is natuurlijk wie namens de afzonderlijke ketenpartners de regie over de keten, en de transmurale DBC, gaat voeren. Voor de hand ligt die te leggen bij de instellingen die verantwoordelijk zijn voor de vervolgzorg. De tijdige aansluiting van het aanbod van verzorgingshuizen, revalidatiecentra of thuiszorginstellingen op de behandeling in het ziekenhuis is immers bepalend voor de efficiencywinst van ketenzorg.

Een tweede vraag is hoe het bedongen tarief voor de transmurale DBC tussen ketenpartners moet worden verdeeld. Een kostenberekening op basis van de Edisse-gegevens (zie de *tabel*) is vermoedelijk het beste uitgangspunt voor een verdeelsleutel.⁸ Belangrijk is natuurlijk wel om rekening te houden met afhankelijkheden in de keten. Een ziekenhuis dat een patiënt niet kwijt kan vanwege gebrekkige voorbereiding of een wachtlijst bij een ketenpartner, maakt extra kosten. Ziekenhuiskosten zijn per dag aanzienlijk hoger dan die van een instelling voor vervolgzorg, daarom betekent ophoud in de doorstroming onherroepelijk een financieel verlies voor de keten als geheel. Maar een ziekenhuis maakt ook extra kosten als het de ontslagprocedure van een patiënt niet tijdig start. Goede afspraken over verantwoordelijkheden en verliesdragers zijn daarom onontbeerlijk voor een duurzame samenwerking.

ÉÉN PARTIJ

De transmurale DBC draagt door haar integrale karakter bij aan de transparantie van het zorgproces voor zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten - een van de basisvoorwaarden voor vraagsturing en marktwerking in de gezondheidszorg. Een goed functionerende zorgketen is bovendien een kosteneffectief alternatief voor reguliere, gecompartmenteerde zorg. Uit zowel zorginhoudelijk als economisch en maatschappelijk oogpunt is ketenzorg daarom wenselijk.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Ook de financiële schotten tussen verschillende zorgaanbieders moeten verdwijnen.

behandeld of overleden, wordt deze afgesloten, gedeclareerd en verrekend tussen ketenpartners.

Facilitaire integratie wordt bevorderd omdat niet iedere ketenpartner een DBC hoeft te openen en gezamenlijk beleid in capaciteiten en (financiële) middelen mogelijk wordt. Managementintegratie wordt bevorderd omdat een efficiënte zorgketen een gezamenlijk belang is en alle ketenpartners de dupe zijn van suboptimale instellingsgerichte oplos-

Ontschotting van de bekostigingssystematiek moet het mogelijk maken dat ketenzorg ook daadwerkelijk een interessant aanbod wordt van zorgaanbieders aan zorgverzekeraars. Bij de introductie van DBC's is een zorgverzekeraar niet langer verplicht om elk ziekenhuis dat behandelingen voor stroke aanbiedt te contracteren. Daarom kiezen zorgverzekeraars op den duur voor ziekenhuizen die integrale ketenzorg toepassen. Daarbij kunnen zorgverzekeraars vanwege de lagere kostprijs lagere tarieven bedingen. De extra kosten in verpleeghuis en thuisituatie vallen bij deze onderhandelingen buiten beeld.

Om de baten van integrale ketenzorg te waarborgen, verdient het derhalve de voorkeur dat ketens en niet de afzonderlijke schakels dingen naar de gunst van de patiënt, en dat de keten dus als één partij met zorgverzekeraars aan tafel zit. Efficiencywinst en kwaliteitsverbetering gaan niet vaak hand in hand. Ketenzorg verdient daarom een transmurale DBC! ■

P. Steinbusch,
Erasmus MC, iBMG

N.J.A. van Exel,
Erasmus MC, iMTA

R. Huijsman,
Erasmus MC, iBMG

Correspondentieadres: steinbusch@bmg.eur.nl

De literatuurlijst vindt u op onze website. Tik www.medischcontact.nl/dezeweek in en bij dit artikel vindt u de desbetreffende informatie.

