



BEELDEN: JEROEN VEITMAN

OPINIE

GEEN MARKT MAAR INZICHT

Marktmechanisme schaadt zorg en opleidingsklimaat in ziekenhuizen

Doelmatigheid in de zorg is niet te bereiken door marktwerking, maar juist door onderlinge samenwerking. DBC's zijn daarbij een belangrijk instrument. Zij maken immers duidelijk wat specialist, ziekenhuis en verzekeraar leveren en tegen welke prijs. En dat komt de kwaliteit ten goede.

ANCO VAHL
NICO OUT

Dat de enorme toename van de zorgvraag tot financieringsproblemen leidt, is geen nieuw probleem. Al in de jaren tachtig steeg de 'productie' zo sterk dat werd besloten het honorariumbudget (= het specialisteninkomen) te bevriezen om de stijging af te remmen. Iedereen heeft gezien wat er gebeurde: enorme wachtlijsten en een generatie afgebrande specialisten. Daarbij was het modewoord 'fuseren'; wat leidde tot inefficiënte schaalvergroting en moeizame fusies van ziekenhuizen en maatschappen.

TOVERWOORD

Het toverwoord om de ontstane problemen te beteugelen en om te buigen is 'marktwerking'. Nadat andere delen van

de publieke sector met meer of minder succes waren voorgegaan, moest de gezondheidszorg volgen. Er schuilt echter een addertje onder het gras. Om een kostenexplosie te voorkomen blijven een vorm van het oude budgetteringssysteem en de oude sturing in stand, terwijl de 'marktwerking' wordt ingevoerd.

Prima, dat er door de DBC's inzicht komt in de kostprijs van behandelingen (loon naar werken, want daarvoor is de DBC ooit bedoeld). Maar o wee, als dat duurder blijkt te zijn dan verwacht. Het is niet voor niets dat voor de heelkunde als eerste de 'gemakkelijk' liesbreuk-DBC op de 'markt' wordt losgelaten. Hier kunnen de ziektekostenverzekeraars wellicht aan verdienen, want in het huidige budgetteringssysteem is de behandeling van een liesbreukpatiënt winstgevend. Dat is in dit systeem overigens hard nodig om verliesgevende ingrepen te compenseren.

Het is echter ook mogelijk dat iedereen ineens een 'winstmarge' gaat berekenen. Op de afdeling Chirurgie in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) hebben we er principieel voor gekozen om voor elke DBC bij elke verzekeraar de kostprijs te declareren, want we hebben geen winsttoegmerk. Mochten we door efficiëntie maatregelen de kostprijs kunnen drukken, dan wordt deze naar beneden bijgesteld.

Maar het kan ook gebeuren dat voor de duurdere ingrepen de werkelijke kostprijs wordt betaald. We hebben becijferd dat grotere operaties, topklinische verrichtingen, acute chirurgie en opleiden verliesgevend zijn op de begroting zijn.¹

GEEN SYNONIEMEN

Wij streven naar doelmatigheid door evidence-based richtlijnen te volgen. Dit wordt gerealiseerd door samenwerking, niet door marktwerking. DBC's zijn een stap in die richting, want door inzicht in de kosten kunnen keuzen worden gemaakt. Dit kosteninzicht is bedoeld voor de behandelaar, voor het ziekenhuis en voor de verzekeraar. De DBC's zijn van oorsprong niet bedoeld om marktwerking te genereren. Marktwerking is in tegenspraak met samenwerken (= concurrentievervalsing). Doelmatigheid en marktwerking zijn geen synoniemen. Kostenbeheersing wordt niet bereikt door maatregelen van bovenaf of door marktwerking te introduceren, maar door het strikt volgen van wetenschappelijk onderbouwde, zinvolle behandelingen. Er zijn legio voorbeelden van doelmatigheidsstrategieën die

door specialisten zelf zijn ontworpen: de diagnostiek bij carotisstenose en perifere vaatlijden (diagnostiek kan minder invasief en goedkoper), de behandeling van aneurysmata (operatie-indicatie is verschoven naar grotere diameters),

radiologie en laboratorium, et cetera). In de DBC's is het specialistentarief wettelijk vastgesteld, dus hierover kan niet worden onderhandeld. Gelukkig gaat marktwerking hier in ieder geval niet op. Als we echt geld willen verdie-

Loonkostenmatiging is een druppel op de gloeiende plaat

behandeling van liesbreuk en galstenen (asymptomatische patiënten hoeven niet te worden geopereerd). Waarom wordt daar onvoldoende op vertrouwd?

De zogeheten marktwerking is ook in tegenspraak met de richtlijnontwikkeling en de bij- en nascholing. We kennen in Nederland nu nog een systeem waarbij we met z'n allen de kwaliteit op een hoger plan brengen door in elkaars keuken te kijken en elkaars kennis te delen (visiteren). Moeten we hiermee straks in een marktomgeving, met concurrentie en een op de loer liggende NMa stoppen? Is doelmatigheid alleen te bereiken in een marktomgeving?

PERSONEELSKOSTEN

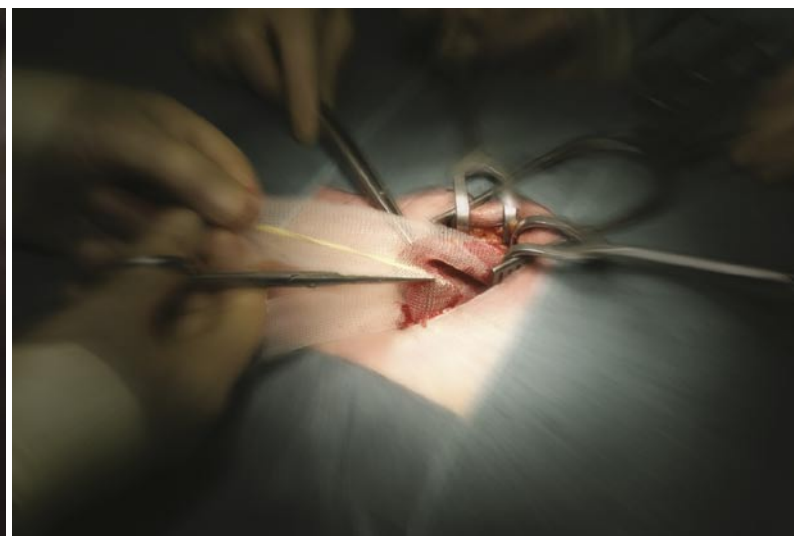
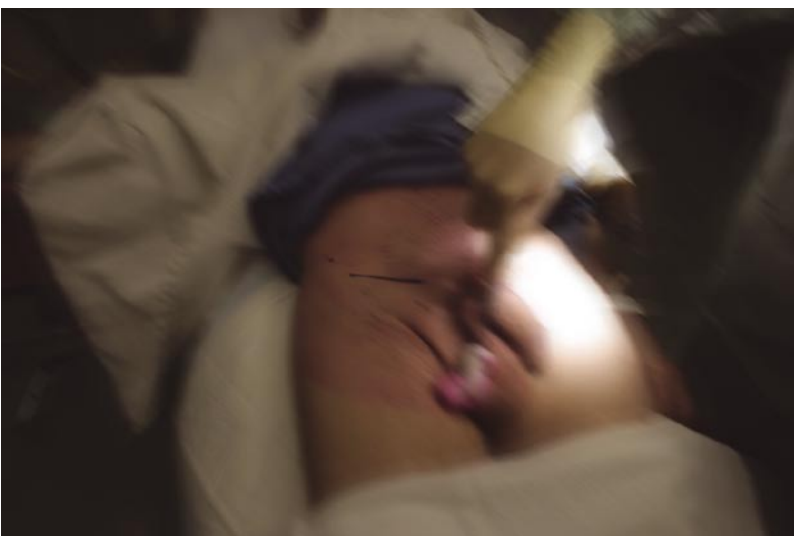
Als we dan toch moeten bezuinigen, hoe doen we dit dan? Loonkostenmatiging voor specialisten is een druppel op een gloeiende plaat. Op dit moment maken in het OLVG de loonkosten van de stafleden chirurgie slechts 7 procent uit van de totale begroting (inclusief ondersteunend personeel, patiëntgebonden kosten, operatiekamerkosten, kosten

nen, moeten we de kosten van personeel verminderen (minder handen aan het bed), aangezien die ongeveer 50 procent van de chirurgische begroting uitmaken. Ook zullen de kosten van de operatiekamers en patiëntgebonden kosten (verbanden en materialen) minder moeten (ruim 20 procent van de begroting). Maar om patiënten te behandelen hebben we nu eenmaal personeel en spullen nodig.

Voordat we weer de werkdruk aan het bed opvoeren (zoals in 1999/2000 met desastreuze gevolgen) en de budgetten voor bijvoorbeeld implantaten bevriezen, moeten we eerst definiëren wat we echt willen. Mensen beter maken, kost nu eenmaal geld.

Een opleidingsziekenhuis kan onterecht extra in de problemen komen. Behalve het specialistendeel (honorariumbudget/lumpsum/declaraties) bestaat de huidige financiering van de totale zorg grofweg nog uit drie andere geldstromen:

- financiering (= subsidie) van erkende specialistenplaatsen; >>



- << - vergoeding van loonkosten van agio's;
- productieparameters, zoals vaste bedragen voor een eerste polikliniek-bezoek, (dag)opname en verpleeg-dagen.

Met name de twee laatste zijn van belang voor dit betoog. In een opleidingsziekenhuis lijkt een agio op deze wijze een goedkope arbeidskracht. Het is echter nooit goed uitgezocht of deze vergoeding toereikend is om de volgende kosten van het opleiden te dekken:

- langere operatieduur per ingreep, met extra materiaal en daardoor productieverlies;
- supervisie op afdelingen en polikliniek, onderwijsmomenten op overdrachten en besprekingen;
- volgen van cursussen.

SKILLS LABS

Recentelijk zijn er twee ingrijpende veranderingen in de heelkunde-opleiding geweest. Allereerst zijn er *skills labs* geïntroduceerd. Terecht, want terwijl piloten hun vak al decennialang in simulatoren leren, oefenden aankomend chirurgen hun vak tot voor kort nog op de patiënt zelf. Deze *skills labs* worden opgetuigd en begeleid door chirurgen ('dat doen we er even bij') en de agio's worden uitgeroosterd om te kunnen oefenen op prachtig lesmateriaal na het bestuderen van cd-rom's. Overwegende dat de vergoeding voor nieuwe agioplatsen is gehalveerd, zien we dat de budgettaire ruimte voor deze activiteiten erg mager is. Ook onze eigen beroepsvereniging heeft hiervoor geen extra budget gegenereerd. Voor financiering vanuit het ziekenhuisbudget is ook nauwelijks of geen ruimte.

De tweede verandering is de chivoopleiding voor chirurgische subspecialisaties in een aantal academische en topklinische ziekenhuizen, wat een geweldige kwaliteitsimpuls is. Dit is voor klare chirurgen, die nog een officieel gecertificeerd gouden randje halen. Deze vervolgopleiding duurt twee jaar. De financiering komt geheel uit het budget: geen erkende specialistenplaats, geen dekking van de loonkosten, geen 'extra' inkomsten. Deze plaatsen geven aanzien, maar zijn peperduur.

Ook in het OLVG hebben we oog voor verandering en verbetering: investeren in opleiding (*skills lab* en chivoopleiding), onderzoek (vaak kosteloos meedoen met multicenter trials en eigen monocenter onderzoek) en zorg (ont-

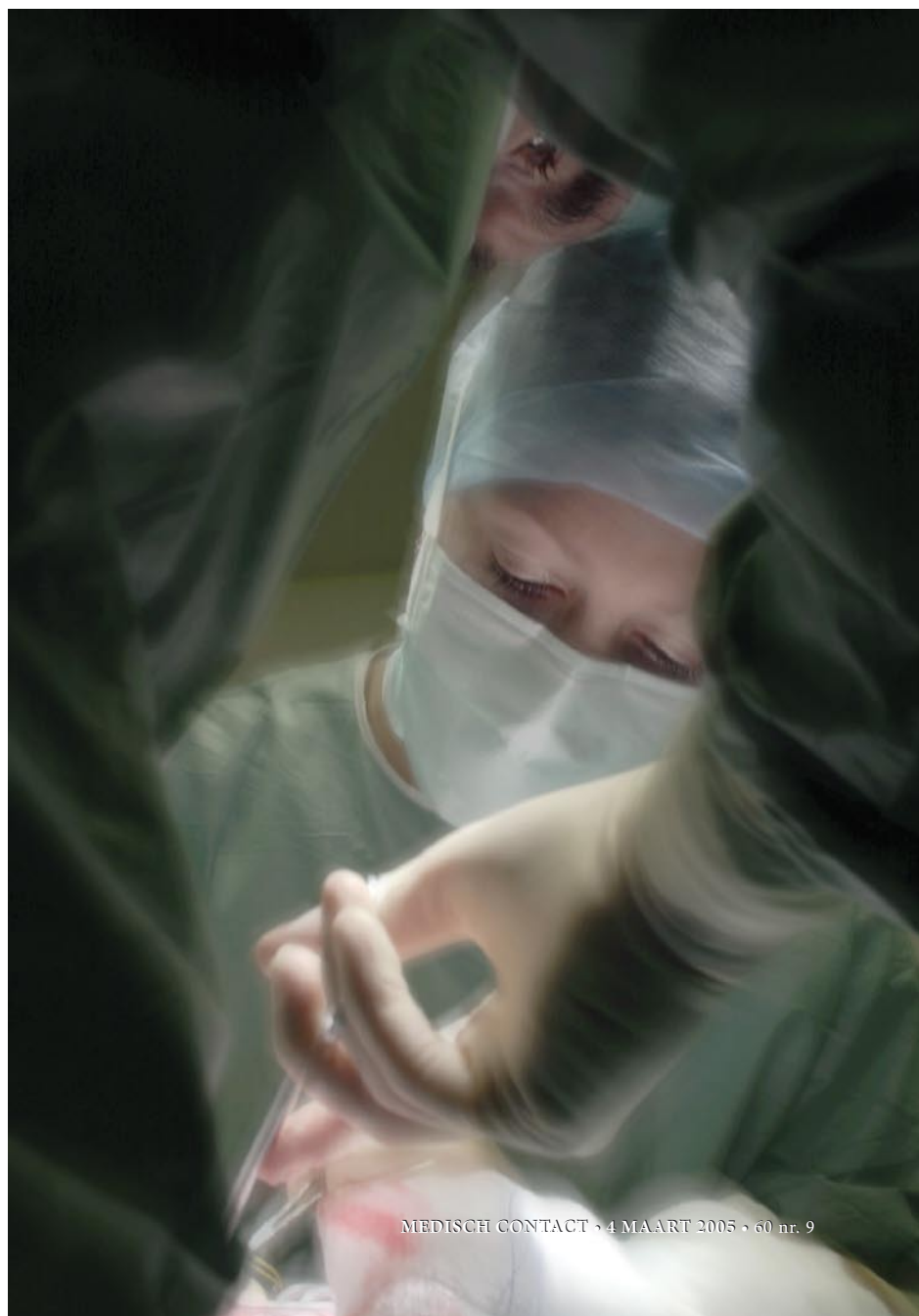
wikkelen dagbehandeling en - duurdere - minimaal invasieve technieken). Wij streven naar efficiency en doelmatigheid, maar ook kwaliteit heeft zijn prijs. De pas gestarte en door de inspectie noodzakelijke geachte opleiding tot SEH-arts blijkt nauwelijks financierbaar.

ALLES OP ÉÉN HOOP

Het systeem van productieparameters is een kunstmatige manier om de zorg rond de patiënt te financieren. Een opnameparameter voor een ingewikkelde oncologische operatie levert net zoveel geld op als een opname voor de observatie van een traumapatiënt die na een dag al weer verdwijnt, en een liesbreuk bij een jonge gezonde man net

zoveel als een bejaarde met flink wat comorbiditeit. Omdat alles op één hoop wordt gegooid, kunnen we het totaalpakket aan zorg financieren. We weten ook dat er per chirurgisch bed (intensieve wondbehandeling) meer fte's nodig zijn voor adequate zorg dan voor de beschouwende specialismen. De DBC's moeten op korte termijn klaarheid in het financieringssysteem brengen, maar voorlopig moeten we elke operatie voor een pancreaskopcarcinoom bekostigen door acht liesbreukoperaties te doen. Aangezien deze laatste ingreep als eerste DBC in het zogeheten B-segment komt, houden wij ons hart vast. Wordt deze operatie in een goedkopere omgeving gedaan zoals een zelfstandig behan-

Jongerejaars doen onder leiding van een chirurg meer dan 80 procent van de ingrepen.



SAMENVATTING

delcentrum (ZBC), of worden wij gedwongen een lagere prijs voor een liesbreukoperatie te rekenen zonder dat dat blijvend wordt gecompenseerd (om onze 'marktpositie' niet te verliezen), dan kunnen er drie dingen gebeuren:

- een cruciale ingreep voor de opleiding kan verloren gaan; gaat het ZBC ook opleiden?
- inkomsten om ingewikkelde dingen te doen kunnen verloren gaan (volledige invoering van DBC's - en een betere kostprijsvergoeding - duurt nog een paar jaar);
- in het ziekenhuis komen vooral 'duurdere' patiënten (comorbiditeit).

In ons ziekenhuis werken vijftien agio's bij de chirurgie, waarvan tien vooropleidingsplaatsen (algemene chirurgie, orthopedie, plastische chirurgie, urologie). Deze vooropleidings-agio's zijn eerste- en tweedejaars. Wij behandelen per jaar respectievelijk 450 en 200 patiënten met een liesbreuk of varices. Meer dan 80 procent van de ingrepen bij deze patiënten worden door deze jonge-rejaars gedaan (altijd onder supervisie van een chirurg; de andere 20 procent zijn recidiefingrepen en laparoscopische liesbreukcorrecties). Een enkelzijdige liesbreuk, geopereerd door een assistent onder directe supervisie, duurt bijna 30 procent operatietijd langer dan wanneer deze operatie door een chirurg zelf wordt gedaan.² In onze 'dure' omgeving hebben wij deze ingrepen dus hard nodig voor de opleiding en de bekostiging van grote oncologische en vaatchirurgische ingrepen.

ONMOGELIJKE SPAGAAT

Natuurlijk is de gezondheidszorg geen bodemloze put; het is geen plaats waar iedere specialist kan excelleren zonder naar de kosten te kijken. Uiteraard moeten er afspraken worden gemaakt over de 'productie'. Natuurlijk moeten we streven naar doelmatigheid en efficiëntie.

Maar voorlopig zien wij bij de huidige trend van 'marktwerking' gevaren voor de kwaliteit van de opleiding, de financiering van duurdere verrichtingen en bijbehorende infrastructuur zoals een Intensive Care Unit, innovatie en acute zorg, om over wetenschappelijk onderzoek nog maar te zwijgen. Dit alles ingebed in een bureaucratische omgeving van registratie en regelgeving. Bovenstaande is een opsomming van zeer dure aspecten van de zorg, waar in topklinische ziekenhuizen al veel in is geïnvesteerd, waar marktwerking nooit op toepassing kan zijn. Maar wat dan wel? Laten we beginnen met het woord 'marktwerking' uit de zorg te verbannen en doelmatigheid op een andere wijze in te vullen. De DBC's kunnen hiervoor een mooi instrument zijn, doordat voor de specialist, voor het ziekenhuis en voor de ziektekostenverzekeraars inzichtelijk wordt wat wij leveren aan zorg en tegen welke kostprijs. Door deze inzichtelijkheid en na het maken van doelmatigheidsafspraken kunnen we ons weer richten op de kwaliteit van zorg en niet op de financiering ervan, want dit brengt ons in een onmogelijke spagaat. ■

- *Marktwerking in de zorg is pas reëel als voor alle behandelingen een kostprijs kan worden berekend en gedeclareerd. Echter, marktwerking is volledig in tegenspraak met het kwaliteitsbeleid en het streven naar doelmatigheid en efficiëntie.*
- *De aanloop naar volledige marktwerking verloopt niet eerlijk, omdat bij de chirurgie de 'makkelijke' verrichtingen, die in het huidige systeem worden overbetaald (om verliezen bij bijvoorbeeld grote oncologische operaties te dekken) als eerste op die zogeheten markt worden gegooid.*
- *Deze ontwikkeling heeft negatieve effecten voor opleiding, onderzoek, innovatie en topklinische verrichtingen. Tevens komt een verantwoord personeelsbeleid onder druk te staan.*
- *Doelmatigheid en efficiëntie worden niet gestimuleerd door het marktmechanisme.*

ten van de zorg, waar in topklinische ziekenhuizen al veel in is geïnvesteerd, waar marktwerking nooit op toepassing kan zijn. Maar wat dan wel? Laten we beginnen met het woord 'marktwerking' uit de zorg te verbannen en doelmatigheid op een andere wijze in te vullen. De DBC's kunnen hiervoor een mooi instrument zijn, doordat voor de specialist, voor het ziekenhuis en voor de ziektekostenverzekeraars inzichtelijk wordt wat wij leveren aan zorg en tegen welke kostprijs. Door deze inzichtelijkheid en na het maken van doelmatigheidsafspraken kunnen we ons weer richten op de kwaliteit van zorg en niet op de financiering ervan, want dit brengt ons in een onmogelijke spagaat. ■

dr. A.C. Vahl,
chirurg-epidemioloog/vervolgopleider vaatchirurgie

dr. N.J.M. Out,
chirurg/opleider algemene chirurgie

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Correspondentieadres: a.c.vahl@olv.nl.

Literatuur

1. Vahl AC, Out NJM. Het bedrijf algemene heelkunde. *Ned Tijdschr Heelk* 2004;13:111-113. 2. Vahl AC, Out NJM. Een winstgevend bedrijf. *Medisch Contact* 2003;58:128-130.

VELDWERK

Het circus



Nog drie maanden en onze afdeling wordt door de visitatiecommissie bezocht. Bij de staf merk je dat dit de nodige spanningen oplevert. Alles moet tiptop in orde zijn en acrobatische toeren en grote verdwijntuics worden ingestudeerd.

Onze assistentkamer wordt eens kritisch bekeken en de opdracht is dat de stapels statussen moeten verdwijnen, voor het oog. De televisie die ons in de diensten soms afleiding bezorgt, moet tijdelijk het veld ruimen; want wat moet een commissie wel niet denken van een tv op een werkkamer?

De statussen worden vanaf nu tijdens de grote visite kritisch bekeken en er mogen geen leemten zijn. Ook al kijk je als neuroloog in wording niet vaak naar de genitalia, de opleider vindt dat in ieder geval bij het lichamenlijk onderzoek vermeld dient te worden of de patiënt vrouwelijk dan wel mannelijk is.

De supervisors maken ons assistenten fijntjes duidelijk dat we onszelf in de vingers snijden als we ons te negatief uiten over enig aspect van de opleiding en/of het ziekenhuis.

Het lijkt mij dat een visitatie het enige moment is dat er kritisch naar de opleiding wordt gekeken en dat de supervisors worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden. Als assistent kun je de visitatie gebruiken als hulpmiddel om zaken voor elkaar te krijgen, zoals een grotere werkruimte of betere supervisie tijdens diensten.

Daarom speel ik die dag niet de clown, maar maak ik gebruik van de geboden anonimiteit en zeg ik niet dat alles fantastisch gaat, maar lever ik opbouwende kritiek in de hoop dat dit een verbetering van de opleiding betekent voor nu en in de toekomst. ■

Marlies B. Reinders

de arts-assistent