



beeld: Bram Budel, HH

Financiële afhankelijkheid van productiespecialismen nu onnodig groot

Kernziekenhuis zou verademing zijn

O. Lopes Cardozo,
oogarts, Oogziekenhuis
Zonnestraal Lelystad

Correspondentieadres:
o.lopescardozo@oogzie-
kenhuiszonnestraal.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De financiële beknelling van de ziekenhuizen is immens, vooral door de invoering van budgetfinanciering. Het DBC-systeem heeft geen enkele verlichting gebracht. Een efficiënte uitweg zou zijn de bestaande ziekenhuisfuncties radicaal om te gooien.

De budgetfinanciering heeft de ziekenhuizen veel slechts gebracht. Behalve dat een ongebreidelde zorgvraag uit een vast (te beperkt) budget geleverd moest worden, gaf het de ziektekostenverzekeraars de kans het ziekterisico van hun cliënten bij de ziekenhuizen op de stoep te leggen.

De invoering van de DBC-systematiek gaf hoop op verbetering van deze situatie en zou daarbij de mogelijkheid hebben de onrechtvaardige inkomensverschillen van de specialisten aan te pakken:

loon naar werken. Wegens 'constructiefouten' faalt het DBC-systeem op beide fronten. Naast de veelbeschreven genante overschrijding van de inkomens van ondersteunende specialismen

heeft ook de controle op de declaraties versus het aantal daarbij horende werkuren gefaald. De beloofde correctie is uitgebleven.

Nutteloze vierkante meters

Ook blijkt de kostprijsberekening van de verschillende DBC's onvoldoende om kosten-dekkend te zijn. Zo moet een groot deel van de kosten van de zorgintensieve specialismen (chirurgische en interne specialismen) nog steeds worden gedekt door opbrengsten uit de verrichtingen van de zogenaamde productiespecialismen (oogheelkunde, kno, orthopedie, dermatologie). Ook voor ic, spoedeisende hulp, farmacie en pathologie worden geen kosten-dekkende tarieven betaald. Door deze afhankelijkheid van de productiespecialismen komen de ziekenhuizen in gevaar nu de verzekeraars juist gaan bezuinigen op de verrichtingen

*Een paleis in de weilanden
is geen verbetering*

SAMENVATTING

- De budgetfinanciering heeft de ziekenhuizen veel slechts gebracht en ook het DBC-systeem faalt.
- Een uitweg uit de financiële beknelling is een radicale verandering van de huidige functies van de ziekenhuizen.
- Het zou namelijk veel efficiënter zijn als de planbare zorg meer zichtbaar gescheiden wordt van de zorg voor spoed en 'echte zieken'.



Eerdere MC-artikelen over het DBC-systeem vindt u bij dit artikel op onze website www.medischcontact.nl.

van die specialismen. Treffend voorbeeld is een klein ziekenhuis waar twee van de vier oogartsen zich in een ZBC (zelfstandig behandelcentrum) vestigden, wat voor de directie aanleiding was om te waarschuwen voor verlies aan banen elders in het ziekenhuis. Er was voor 5 miljoen omzet de voordeur uit gelopen en een klein ziekenhuis houdt een dergelijk bedrag niet over op de exploitatie.

Naast bovengenoemde problematiek moeten vanaf volgend jaar ook de kapitaalslasten uit de DBC's worden vergoed. Veel ziekenhuizen hebben echter vanwege hun publieksfunctie grote aantallen nutteloze vierkante meters. Denk aan ruim opgezette ontvangsthallen, conferentiezalen, extra brede gangen en deuren voor bedtransport, enzovoort. Gaat een ziekenhuis nieuw bouwen, dan komt daar ook nog eens de btw-problematiek bij. Alle vluchtwegen om die te omzeilen zijn door de fiscus afgesneden.

Kernziekenhuizen

De uitweg uit deze beknelling zou een radicale verandering moeten inhouden van de huidige functies van de ziekenhuizen. Financieel gezien moet de afhankelijkheid van de productiespecialismen sterk worden verminderd.

Ook functioneel zou het veel efficiënter zijn als

de planbare zorg meer zichtbaar gescheiden wordt van de zorg voor spoed en 'echte zieken'. Dit leidt tot het inrichten van 'kernziekenhuizen' die zich toeleggen op complexe zorg en beschikbaarheidzorg (ic en SEH) en daarnaast organisaties voor de planbare zorg, zonodig ondergebracht op separate locaties.

In de onderhandelingen met overheid en ziektekostenverzekeraars kan het 'kernziekenhuis' veel inzichtelijker maken op welke wijze de financiering kostendekkend moet zijn. Desgewenst kunnen lokale overheden bijspringen als men koste wat het kost een intensieve zorgvoorziening ter plaatse wil behouden.

De kritiek dat dit het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf zou ondergraven deel ik niet. Juist de productiespecialismen hebben vaak weinig binding met de rest van het ziekenhuis. De specialismen in de intensieve zorg werken al sterk samen. Het zou een verademing voor hen zijn als de financiële middelen beschikbaar kwamen om deze samenwerking te intensiveren.

Van de andere kant kunnen productiespecialisten veel efficiënter gaan werken als ze niet afhankelijk zijn van de logge bureaucratie van het ziekenhuis. Ook kunnen zij dan zelf het geld ophalen dat ze nodig denken te hebben voor nieuwe ontwikkelingen in hun vak.

DBC's niet reëel

Doordat de DBC's uit de budgetfinanciering zijn voortgekomen en dus nooit op een reële kostenberekening hebben berust, komt een overmatig deel van de kosten te vallen binnen DBC's die relatief veel worden uitgevoerd. Deze behandelingen zorgden immers voor veel productieparameters (dagbehandeling, opname, eerste polibezoek), en daaraan waren alle kosten opgehangen. Zodoende zijn arbeidsintensieve chirurgische ingrepen en langdurige beschouwende behandelingen altijd onderbedeeld. Dit is voor enkele B-segment-DBC's gecorrigeerd naar werkelijke kosten, maar dat heeft niet geleid tot hogere kostenvergoedingen in het A-segment.

Patiënten komen weliswaar vaak met één klacht, maar hebben meestal meerdere kwalen en meerdere diagnoses. Doordat parallelle DBC's verboden zijn, kan slechts één DBC worden geregistreerd, terwijl vaak meerdere diagnoses tegelijk worden behandeld. Hoe complexer de patiënt, hoe meer de zorgverlener het ziekterisico op zijn bord krijgt. Dit maakt het ziekenhuis kwetsbaar voor nevend diagnoses die vastzitten aan veel gedeclareerde DBC's. Omdat ziekenhuizen per definitie zieken binnenkrijgen, worden zij gedwongen een brandend huis te verzekeren. Daarop is hun financieringssysteem niet gebaseerd. De huisartsen zijn de afgelopen jaren al stukgelopen op het abonnementshonorarium, nu volgen de ziekenhuizen.

Voor kleine ziekenhuizen geldt bovendien nog dat de 24/7-beschikbaarheid van diensten als SEH een minimumpersoneelsbestand vergt dat groter is dan hun verzorgingsregio rechtvaardigt. Complexe, multidisciplinaire zorg behoeft kortom een andere financieringsstructuur.

Paleis in het weiland

De trend naar uitgebreide nieuwbouw kan wellicht worden doorbroken. Het oude gebouw, dat zo goed bereikbaar en centraal gelegen is, hoeft niet te worden vervuld voor een paleis in de weilanden. Het ziekenhuis kan ook geld verdienen aan het leveren van diensten aan de omliggende ZBC's; denk daarbij aan opnamemogelijkheden vanuit ZBC's. Daartegenover kan het ziekenhuis expertise inhuren van bijvoorbeeld oogheelkunde of dermatologie uit de ZBC's tegen concurrerende tarieven. De concurrentie tussen de ZBC's zal vervolgens, in het kader van de marktwerking, zorgen voor optimale zorg aldaar. Uiteindelijk zullen de productiespecialismen in de ZBC's, lean-and-mean, voor maximale efficiency en kwaliteit gaan zorgen, waardoor de tekorten in het zorgbudget die nu lijken te bestaan vanzelf zullen verdwijnen. Kortom, de verandering in het denken omtrent de functionaliteit en organisatie van de intramurale zorg kan eindelijk de zo verlangde transparantie in de zorg tot stand brengen. Voor vooral de kleinere ziekenhuizen die nu financieel in de knel zitten, zou een verandering van de paradigma's in het ziekenhuisbestel een verademing kunnen betekenen. 