

BRANDWONDENCENTRA DREIGEN FAILLIET TE GAAN

F. van Wijck*

De zorg in de brandwondencentra in Groningen, Rotterdam en Beverwijk zou eigenlijk buiten de DBC-systematiek worden gehouden, maar werd daar op het laatste moment toch onder geschaard. Dit dreigt tot rampzalige gevolgen te leiden nu nog steeds niet in een adequate DBC voor deze zorg is voorzien en zowel DBC Onderhoud als het Ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit ook geen oplossing paraat lijken te hebben.

Als minister Ab Klink volhardt in de huidige DBC-systematiek voor de brandwondenzorg, dan gaan de brandwondencentra vroeg of laat failliet. Dit is de stellige overtuiging van Robert Kreis, hoogleraar brandwondenzorg en verbonden aan het brandwondencentrum van het Rode Kruisziekenhuis in Beverwijk. Het probleem zit volgens Kreis voor een deel in het zorgsysteem zelf en deels in de manier waarop in de DBC-systematiek wordt omgegaan met brandwondenzorg. 'Om te beginnen het systeem', verduidelijkt hij. 'We hebben een macrobudget voor de zorg, én de situatie dat het niet goed mogelijk is te substitueren tussen de verschillende segmenten. Om duidelijk te maken wat ik hiermee bedoel: als een ziekenhuis geld kan verdienen met liesbreukoperaties – ten behoeve van de meer complexe zorg – dan zal de zorgverzekeraar deze "substitutie" door het strakke inkoopbeleid feitelijk onmogelijk maken. Het wordt dus moeilijker de opbrengsten van andere sectoren te gebruiken om te investeren in de kostbare brandwondenzorg. In de auto-industrie maakte bij Citroën de Eend de productie van de DS goed. In de zorg zal die flexibiliteit verdwijnen.

Kreis heeft er al veel eerder voor gewaarschuwd dat dit zou gebeuren en ziet nu tot zijn grote verdriet dat dit bewaarheid is geworden. En daarvan is niet alleen de brandwondenzorg de dupe, maar ook de grote traumazorg. 'Bovendien is er een ander probleem', zegt hij. 'Het DBC-systeem is gewoon een duur systeem. Hierdoor blijft minder geld over voor de directe zorg. De DBC is te vergelijken met een leasecontract',

zegt hij. 'Je berekent niet alleen de auto in de prijs, maar ook alle onzekerheden die met het gebruik van een auto kunnen samenhangen. Daarom ben je met een leasecontract altijd duurder uit dan met het gewone rekeningensysteem. Daarom heb je in de zorg tegenwoordig het fenomeen dat de consument bestempelt als spookrekeningen. Hij is behandeld voor een brandwond, maar ziet op de rekening ook een kostenpost voor de neuroloog en de radioloog staan, die in zijn geval helemaal niet bij de behandeling betrokken zijn geweest. En leg dat maar eens uit. Zelfs de politiek begrijpt dit niet.'

ONVOORBEREID

Naast dit aan het stelsel gebonden problematiek is er ook nog het specifieke probleem van de brandwondenzorg. Kreis legt uit: 'Die werd oorspronkelijk bestempeld als ongeschikt voor de DBC-systematiek en daarom onder de gecompliceerde traumazorg in het A-segment geschaard. Terecht. Maar op het laatste moment is de brandwondenzorg toch nog in die DBC-systematiek ondergebracht. Daarop waren de brandwondencentra niet voorbereid en we begrepen het ook niet. Nu nog niet trouwens. Het nadeel van de DBC-systematiek is dat je daarin voortdurend achter de feiten aanloopt. In die systematiek is immers alles teruggerekend vanuit het macrobudget, het totale bedrag dat we als land aan gezondheidszorg willen betalen, uitgedrukt in een percentage van het bruto nationaal product. In theorie krijg je nu de situatie dat de zorgverzekeraar voor bepaalde vormen van brandwonden-

zorg stelt dat het in het kader van de kwaliteitsstandaard voor die zorg nodig is om aan bepaalde eisen te voldoen, maar dat diezelfde zorgverzekeraar tegelijkertijd wel zegt dat hij de kosten voor het voldoen aan die eisen niet mag vergoeden omdat die buiten de DBC-systematiek vallen. Pure waanzin.'

Op dit moment kunnen de brandwondencentra en de behandelend specialisten dus geen nota's indienen, en dat is een situatie die nu al veel te lang blijft voortduren. Kreis: 'Tot dit jaar werden we nog betaald overeenkomstig de systematiek van de functionele budgettering, maar die werd de laatste jaren al niet meer aan de realiteit aangepast. Er was dus al een structureel tekort voor de brandwondenzorg. En nu is de situatie zo dat we nog steeds geen aparte DBC hebben voor die zorg in de brandwondencentra, omdat we nu eenmaal verkeerden in de veronderstelling dat wij in het A-segment zouden blijven. Er is alleen een DBC voor de kleine brandwonden die de algemene ziekenhuizen behandelen. Dit betekent dat de patiënten van de brandwondencentra op het ogenblik een schijnrekening krijgen. Iemand die over zeventig procent van zijn lichaam verbrand is, krijgt een rekening voor iemand met een kleine waterverbranding.'

GEEN GELD

Het gevolg van de nu bestaande situatie is dat de brandwondencentra een calamiteit als de vuurwerkramp in Volendam financieel niet zouden aankunnen, betoogt Kreis. 'We zouden gewoon geen geld hebben om deze patiënten te behandelen', zegt hij. Het probleem waarmee de brandwondencentra te kampen heb-

ben, is afgelopen februari door de SP en de VVD in de Tweede Kamer onder de aandacht gebracht. Kreis wordt nóg boos als hij zegt: 'Klink zei toen dat hij niets doet zolang de ziekenhuizen geen negatieve exploitatie hebben. Die reactie raakt kant noch wal. De ziekenhuizen worden immers intern uitgehouden op het ogenblik. De marktwerking leidt op deze manier alleen maar tot oneerlijke concurrentie. En het idiote is dat iedereen in de Tweede Kamer het eigenlijk met de SP en de VVD eens was, maar dat omwille van de politieke blokvorming van de coalitiepartijen niets is gedaan met dit gegeven. Schandalig gewoon. Een inhoudelijke oplossing wordt op deze wijze volledig tegengewerkt.' Inmiddels heeft Klink wel aan de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd te onderzoeken op welke plaatsen exploitatietekorten moeten worden aangevuld. Een oplossing waarover Kreis volstrekt niet te spreken is. 'Het gevaar ervan is dat niet echt wordt gekeken naar wat brandwondenzorg nu eigenlijk precies kost', waarschuwt hij. 'Het gevolg daarvan zal zijn dat we voor nu en de toekomst met een minimale aanpassing zullen worden afgescheept.'

BELGIË

De politiek-bestuurlijke consensus is inmiddels dat Nederland zo weinig mogelijk DBC's wil. 'Voor de brandwondenzorg zou dit in het uiterste geval betekenen dat iemand met een kleine waterverbranding meebetaalt voor de zorg aan iemand die over zeventig procent van zijn huidoppervlak verbrand is', waarschuwt Kreis. 'Dat er geen DBC is voor kanker begrijpt iedereen. Maar voor brandwondenzorg ligt het duidelijk - om onverklaarbare redenen - anders. Ik heb de indruk dat de politieke partijen dit simpelweg niet willen begrijpen omdat ze het eigenlijk helemaal niet willen oplossen.' Volgens Kreis is de manier waarop de financiering van de brandwondenzorg in België is geregeld een uitstekend voorbeeld voor Nederland. Daar is geïnventariseerd hoeveel geld voor deze zorg nodig is en dat bedrag is er vervolgens ook voor gebudgetteerd. De budgettering voor

de medisch specialist is daar buiten gehouden. 'Bij de acute traumazorg zal een soortgelijke oplossing er uiteindelijk ook komen, omdat anders de bereikbaarheid niet goed meer te regelen is', voorspelt Kreis. Op de opmerking van VVD-Kamerlid Edith Schippers dat terugkeren naar aparte budgettering voor de brandwondenzorg pervers zou zijn, zegt Kreis: 'De huidige situatie is pervers. Alle politieke partijen, behalve misschien de SP, hebben dit onderwerp laten liggen.'

GEEN OPLOSSING

Hoe nu verder? Kreis weet het even niet. Alsnog een aparte DBC voor brandwondenzorg ontwikkelen zal niet eenvoudig zijn, waarschuwt hij. De administraties van de ziekenhuizen zijn nooit gericht geweest op een analyse van kosten van ziekenhuisafdelingen, dus wegens gebrek aan historische gegevens zou een dergelijke DBC prospectief moeten worden opgezet. 'Maar een verfijnder DBC-systeem lijkt de overheid helemaal niet te willen', zegt hij. 'En terug naar het oude verrichtingsysteem wil ze al helemaal niet. Ook al had dat als voordeel dat je daarin precies kon aanwijzen welke zorg je had verleend aan een patiënt.'

Ondertussen is sprake van stilstand, stelt Kreis. De brandwondencentra zijn wel in gesprek met DBC-Onderhoud om tot een oplossing te komen, maar daarin heeft Kreis weinig vertrouwen. 'DBC-Onderhoud kan de problematiek helemaal niet aan', zegt hij. 'Bovendien doen DBC-Onderhoud, het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit niets anders dan naar elkaar wijzen. Ik heb voor alledrie de partijen voordrachten gehouden. Dan zeggen ze dat ze daar heel blij mee zijn, maar vervolgens gebeurt er niets. Van DBC-Onderhoud verwacht ik niets meer. En omdat de overheid niet meer bestuurt, zullen we nog lang in de huidige impasse blijven steken. Ook Klink doet hier niets aan. De échte oplossing - apart budgetteren en aansturen op de inhoud - is immers in strijd met zijn ideologie. Ik voorzie dan ook het faillissement van de brandwondencentra als er geen oplossing komt.'

REACTIE ANNA VAN POUCKE, DIRECTEUR DBC-ONDERHOUD

'Het huidige DBC-systeem is gebaseerd op gemiddelden in diagnose en behandeling. Het is niet juist dat de prijs van de DBC's teruggerekend wordt vanuit een macrobudget. Om binnen het gestelde macrobudget voor zorg te blijven, worden verschillende instrumenten gehanteerd, waarbij DBC's vooral gebruikt worden om inzicht te krijgen in de werkelijke productie en deels ook de werkelijke kosten van de zorg. Eén van de minder wenselijke effecten van het huidige DBC-systeem is dat gespecialiseerde centra met een hogere zorgzwaarte daar mogelijk nadelig door beïnvloed worden. Zij zitten met hun kosten immers altijd hoger dan de prijs die voor de DBC wordt afgesproken. Het ministerie van VWS en de NZa zijn doende om te kijken of en hoe gespecialiseerde zorgaanbieders door het huidige DBC-systeem worden benadeeld. Op dit moment is DBC-Onderhoud in nauwe samenspraak met wetenschappelijke verenigingen en andere veldpartijen de productstructuur van het nieuwe DBC-systeem aan het ontwerpen. Dit DBC-systeem, dat we met de werktitel DBC's op weg naar transparantie (DOT) aanduiden, zal veel gericht in staat zijn diagnoses en behandelingen aan werkelijke kosten toe te rekenen. Ook zullen er meer mogelijkheden zijn om multidisciplinaire behandelingen in een DBC onder te brengen. Bij de uitgangspunten voor het nieuwe DBC-systeem waren oplossingen voor de knelpunten rond zorgzwaarte en multidisciplinaire behandeling belangrijk. Dit is zeker mede een verdienste van de gespecialiseerde centra, die deze knelpunten op overtuigende wijze voor het voetlicht hebben gebracht. Het nieuwe DBC-systeem gaat in per 1 januari 2010. Ik begrijp het ongeduld van de brandwondencentra en de overige gespecialiseerde zorgaanbieders, maar DBC-Onderhoud kan garanderen dat hun inbreng wordt meegenomen in de bouw van het nieuwe DBC-systeem.'

*Frank van Wijck