

Dr. Beeker

De kosten van de Gezondheidszorg, deel 2



De twee tegenliggers in het CDA zijn inderdaad, zoals in het vorige stukje al aangekondigd, om. Hoe staat het nu concreet met de kabinetsplannen op het gebied van de huisartsgeneeskunde?

huisartsenzorg en als innoverende huisarts kan mijn dag niet meer stuk. De werkelijkheid is natuurlijk altijd weerbarstiger dan dit, want hoe zit het echt?

De Diagnosebehandelcode is een soort van allesomvattende vergoeding voor de verrichtingen die worden gedaan ten behoeve van een patiënt met een bepaalde ziekte. Een voorbeeld is bijvoorbeeld suikerziekte;

Mensen met suikerziekte moeten worden gecontroleerd door de huisarts en met hem door de praktijkverpleegkundige. Er moet regelmatig bloed worden gecontroleerd en de diëtiste moet kijken of het voedingspatroon wel goed is. De ogen worden gecontroleerd op kleine vaatbeschadigingen, dat kan door een foto van de netvlies te maken met behulp van de funduscamera. En natuurlijk moeten mensen met suikerziekte goed bewegen en indien mogelijk afvallen.

Al deze verschillende behandelaars moeten, om iemand goed te kunnen behandelen, niet alleen goed afspraken met elkaar maken maar ook nog zicht hebben op wat iedereen doet (anders doe je dingen dubbel of vergeet je dingen). En daarvoor moet je een softwaresysteem hebben dat er voor zorgt dat onbevoegden er niet in kunnen kijken en dat welbevoegden alleen dat zien waartoe ze bevoegd zijn (een diëtiste heeft er niets mee te maken of iemand bijvoorbeeld een probleem met de erectie heeft, terwijl dat voor de huisarts belangrijke informatie kan zijn). Al deze mensen

gaan samenwerken in een georganiseerde keten, daarom heet dat ketenzorg en het kabinet is helemaal voor!

Het informatiesysteem waarin alles terecht komt, heet derhalve een Kis (ketenzorginformatiesysteem), logisch toch?

De vergoeding van dat alles komt in een DBC terecht, en omdat die DBC door de verzekering wordt betaald aan de voorzitter van dit verband moet de gelden verdeeld worden. Ook logisch maar niet simpel.

Want, zoals gezegd, de werkelijkheid is weerbarstiger. Wat gebeurt er?

-De DBC diabetes (suikerziekte) is al twee jaar klaar, dus als huisarts kan je zo instappen, maar hoe?

De totale keten moet drijven op een manager (die geld kost), een softwaresysteem (dat geld kost) en een administratieve functionaris (die geld kost). De verzekeringsmaatschappijen, die aanvankelijk, toen de DBC nog experimenteel was (zie punt 3 – die DBC bestond al vijf jaar, dat is dus oude wijn in nieuwe zakken), de werkelijke kosten vergoedden (650 euro per patiënt per jaar), heeft bij het invoeren in al haar wijsheid besloten nu nog maar 450 euro te vergoeden. Als je nu als huisarts instapt, zou je wel gek zijn; dan loop je 200 euro per patiënt per jaar achteruit!

-De meeste patiënten met suikerziekte hebben ook andere ziektes en die vallen mogelijk niet binnen deze DBC maar misschien wel weer binnen een andere, bijvoorbeeld astma/copd; bij deze aandoeningen zit ook

laboratoriumonderzoek, diëtiste en fysiotherapie in het pakket. Hoe moet dat nu als je in beide DBC's valt? Wie rekent wat? En opeens zit je ook in twee Kissen, nog afgezien van de softwaresystemen die iedere afzonderlijke behandelaar voor zichzelf moet bijhouden.

-De manager van een keten is verantwoordelijk voor de inhoudelijk uitgevoerde zorg binnen die keten. Dat lijkt logisch maar betekent in praktijk dat ik als ketenzorgaansturende verantwoordelijk word voor het eerlijk declareren van het laboratorium, voor het behandelen door de fysio en wie weet wat nog meer. Als nu blijkt dat de fysio zijn of haar diploma nog niet heeft en misschien iets te enthousiast aan het kneden is, word ik daarvoor aansprakelijk. Dat is beslist geen fictie, want er zijn al huisartsen op veroordeeld door het tuchtcollege.

Leve het kabinet, ze zijn er toch maar weer mooi in geslaagd om oude wijn voor nieuwe te verkopen en de eigen verantwoordelijkheden op ons af te schuiven. Ik blijf optimistisch.

Jaco Beeker
www.drbeeker.nl
info@drbeeker.nl

Uit het regeerakkoord;

1. Kwalitatief goede basiszorg moet zo dicht mogelijk bij de patiënt worden georganiseerd; huisartsenzorg, wijkverpleging, thuiszorg, apothekers, fysiotherapeuten, regionale ziekenhuizen die basiszorg leveren en anderen werken samen in een netwerk van zorg in de wijken en dorpen.
2. Zorg die nu in ziekenhuizen wordt verleend, maar beter door de huisarts kan worden gegeven, gaat terug naar de huisarts. Het kabinet stimuleert zorgverlening die in samenhang wordt gegeven (ketenzorg).
3. Zorginnovatie gaat in Nederland te traag, nieuwe behandelmethode vinden moeizaam hun weg naar het verzekerd pakket. Het kabinet wil toelatingsprocedures versnellen, bijvoorbeeld door het instellen van een experimenteer-DBC (Diagnosebehandelcombinatie).

Ik ben graag optimistisch en het lijkt er op dat mijn droom is uitgekomen, want wat is het geval? De algehele tendens in het regeerakkoord is toch ten gunste van versterking van de

Van idee tot montage

Videoclub De Ronde Venen presenteert in zijn programma op 28 oktober onderwerp 'Van idee tot montage' in het Sociaal Cultureel Centrum 'De Boei' in Vinkeveen, aanvang 20:00 uur, zaal Zuider-