

Naast zorgvernieuwing en substitutie

'Boetes' kunnen helpen bij oplossing

Laat de verpleeghuisgeïndiceerde patiënt, het ziekenhuis en de medisch specialist ieder meebetalen aan de financiële consequenties van de 'verkeerde-bed'-problematiek. Na het vervallen van de medische indicatie int de financier een eigen bijdrage van zowel de 'verkeerd' opgenomen patiënt als het ziekenhuis. De specialist wiens verantwoordelijkheid teneinde is, ontvangt eenmalig ca. 280 gulden voor de verdere periode die de verpleeghuisgeïndiceerde nog in het ziekenhuis verblijft.

Yvonne van Kemenade
en
Hans van den Hoek

RECENT HEBBEN de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) een advies uitgebracht over de verkeerde-bed problematiek. Discussies over de verkeerde-bedpatiënten in algemene ziekenhuizen zijn al jaren gaande. Er is onvoldoende verpleeghuiscapaciteit, met name voor psychogeriatrische patiënten. Oplossingen moeten niet alleen worden gezocht in een capaciteitsuitbreiding. Ook valt te denken aan alternatieven zoals kleinschalige woonvormen en intensieve thuiszorg. Of men probeert de betrokken zorgverleners en ziekenhui-

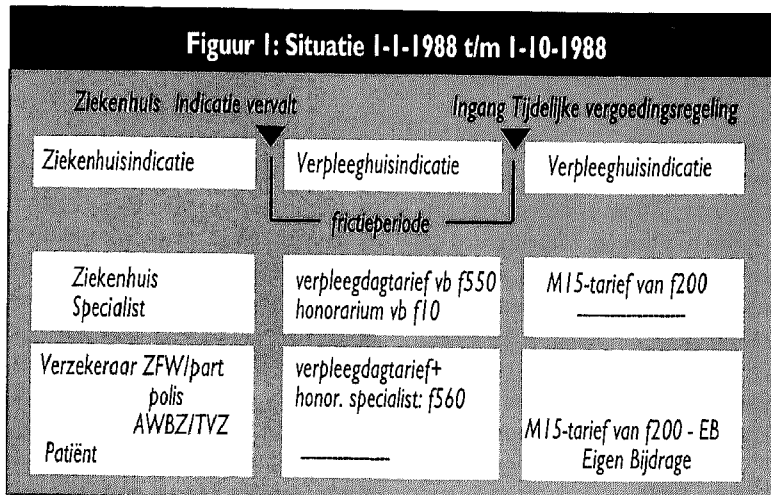
zen te prikkelen tot een actief en creatief 'verkeerde-bed beleid'. Financiële incentives zullen slechts in beperkte mate bijdragen aan de oplossing van het verkeerde-bedprobleem, maar zij kunnen, mits er een goede samenhang tussen bestaat, wel degelijk een impuls vormen voor de noodzakelijke zorginhoudelijke verbeteringen. In dit artikel worden een aantal financiële incentives uitgewerkt.

Wat heet tijdelijk

Sedert 1988 is de Tijdelijke vergoedingsregeling ziekenhuisverblijf (TVZ) uitsluitend van toepassing op patiënten die na het vervallen van de ziekenhuisindicatie aangewezen zijn op opname en verder verblijf in een verpleeghuis, maar daar wegens plaatsgebrek niet terecht kunnen en dus langer in het ziekenhuis moeten blijven (figuur 1). De regeling houdt in dat het zorgverzekeraars wordt toegestaan, de verzekerden een vergoeding te verlenen voor verblijf in een ziekenhuis vanaf vier weken (frictieperiode) na de vaststelling van een indicatie voor een verpleeghuis, mits dat voortgezet verblijf plaatsvindt in directe aansluiting op een geïndiceerde opname in het ziekenhuis en verband houdt met een tekort aan

plaatsingsmogelijkheden in verpleeghuizen. De vergoeding komt ten laste van het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten: het zogenaamde M15-tarief, dat thans 250 gulden bedraagt. De specialistische hulp moet tot een minimum worden teruggebracht, nadat betrokkene voor opname in een verpleeghuis is geïndiceerd. De vergoeding wordt in geval van langdurig zorgbehoeftige patiënten verminderd met het bedrag, dat de verzekerde zou zijn verschuldigd ingevolge de eigen bijdrageregeling AWBZ. Deze eigen bijdrageregeling gaat 28 dagen na afgifte van de verpleeghuisindicatie in en wordt geïnd door het ziekenhuis, dat over de hoogte ervan contact zal opnemen met het verbindingskantoor. Het na oktober 1988 geïntroduceerde M15-tarief (figuur 2) gaat in zodra de ziekenhuisindicatie vervalt, maar dan moet wél een verpleeghuisindicatie zijn vastgesteld. Pas na vier weken (28 dagen) kan het neventarief M15 ten laste van de AWBZ in rekening worden gebracht. De TVZ was bedoeld als 'tijdelijke' financiële tegemoetkoming van de particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. Deze financiële regeling is echter schijn, want de TVZ heeft voor de verzekeraar geen enkel financieel

Figuur 1: Situatie 1-1-1988 t/m 1-10-1988



vraagstuk 'verkeerde-bed'

voordeel. Een verlaging van het verpleegdagtarief van een verkeerde-bedpatiënt heeft tot gevolg dat het 'normale' verpleegdagtarief wordt verhoogd. In de huidige budgetsystematiek is het verpleegdagtarief immers sluittarief. De gedachte in deze regeling, dat een verpleeghuisgeïndiceerde patiënt eigenlijk een AWBZ-aanspraak heeft, is juist. De menin-

de betrokken partijen verhelderen. Hoe groot is het probleem? De kosten ten laste van de TVZ voor de jaren 1988 tot 1993 staan in tabel 1 weergegeven. Deze kosten zijn van 1988 tot en met 1991 gestegen, waarna er in 1992 een daling is opgetreden die zich voortzet in 1993. Uit diverse onderzoeken² komt naar voren dat het bij de geregistreerde om-

Tabel 1: uitgaven TVZ (x f 1000,-)

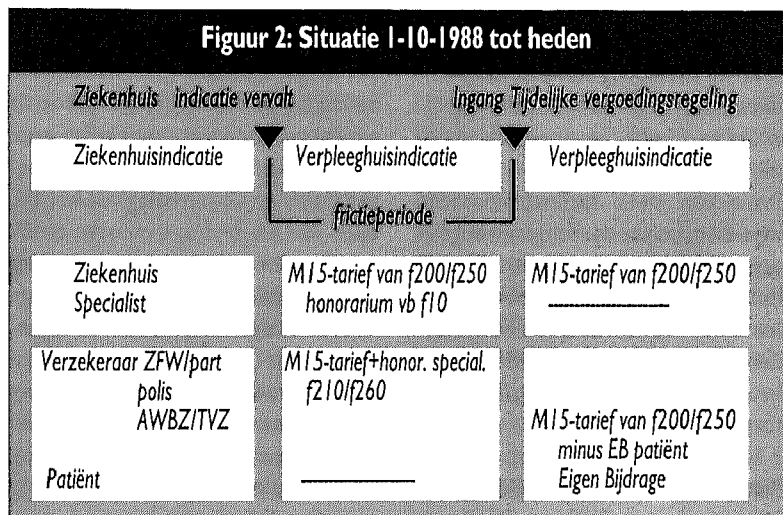
	1988	1989	1990	1991	1992	1993
TVZ	24.184	33.757	36.618	45.500	39.245	37.725

bron: jaarverslag ZFR

eens dat een verpleeghuisgeïndiceerde patiënt in het ziekenhuis niet wenselijk is. De zorg daar is niet toegesneden op deze categorie patiënten, waardoor hun ziektebeeld verslechtert. Voor andere patiënten in het ziekenhuis betekent het vaak overlast. Deze constatering moet de krachtigste drijfveer zijn om de verkeerde-bedproblematiek te beëindigen of ten minste sterk te verminderen. De laatste jaren zijn verschillende opvangmogelijkheden buiten het verpleeghuis mogelijk geworden, zoals het verlenen van verpleeghuiszorg thuis of in het verzorgingshuis.

De verkeerde-bedproblematiek moet echter flink verminderen en daartoe kan het invoeren van financiële prikkels een bijkomende stimulans zijn. Over de destijds ingevoerde TVZ-regeling bestaat nog steeds discussie. De bereidheid van de (particuliere) verzekeraars de frictieperiode (in feite >

Figuur 2: Situatie 1-10-1988 tot heden



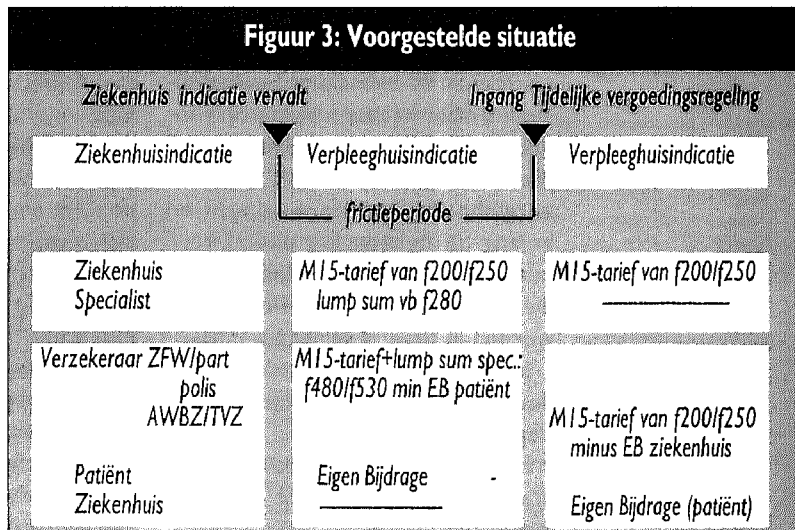
gen zijn echter verdeeld over het feit dat deze ingaat na een frictieperiode van 28 dagen (welke frictieperiode is acceptabel?). Een andere redenering zou zijn de AWBZ-aanspraak direct bij afgifte van een verpleeghuisindicatie te laten ingaan. Hoewel 'tijdelijk' bedoeld, is de TVZ anno 1995 nog steeds geldig. De verkeerde-bedproblematiek bestaat nog steeds, vanwege de problemen met de financiering, zo wordt vaak beweerd. De financiële consequenties van het verkeerde bed betreffen de frictieperiode zelf, of de periode erna (met het ingaan van de TVZ), omdat de tarieven ten laste komen van verschillende financieringsstromen, respectievelijk de zorgverzekeraar (ZFW, particuliere polis) en de AWBZ. Daarom willen we hier de bestaande financiële consequenties van de problematiek voor

vang van de verkeerde-bedproblematiek gaat om een ondergrens. De verhouding tussen verkeerde-beddagen inclusief (ongeveer 5%) en exclusief (ongeveer 1,5%) de frictieperiode (de eerste vier weken dat men met een verpleeghuisindicatie in een ziekenhuis ligt) bedraagt ongeveer 3:1. Dit wekt de indruk dat een groot gedeelte van de verkeerde-beddagen binnen de frictieperiode wordt opgelost.

Algemeen probleem

Als het om de inhoud van de zorg gaat, is iedereen het roerend

Figuur 3: Voorgestelde situatie



- > een AWBZ-aanspraak) te vergoeden vanuit de polis wordt steeds minder. De TVZ-regeling staat namelijk op gespannen voet met wat de verzekeraars in de polisvoorwaarden hebben geformuleerd (eigenlijk een AWBZ-verstrekking). De term frictieperiode houdt evenwel in, dat géén van de betrokkenen (ziekenhuizen, verpleeghuizen, medici, verzekeraars noch patiënten) eenzijdig voor het ontstaan ervan verantwoordelijk zijn. Het is in beginsel een 'algemeen' probleem, waarvan omwille van de rechtvaardigheid de financiële lasten gedeeld moeten worden: *de verzekeraar betaalt gedurende de frictieperiode een (lager dan het normale verpleegdagtarief) verkeerde-bedtarief, onder aftrek van de eigen bijdrage van de patiënt.*

Toch moeten verzekeraars zich in de eerste plaats uit zorginhoudelijke overwegingen inspannen om het feitelijk optreden van verkeerde-beddagen te verminderen of liever te voorkomen. Zij moeten erop toezien dat:

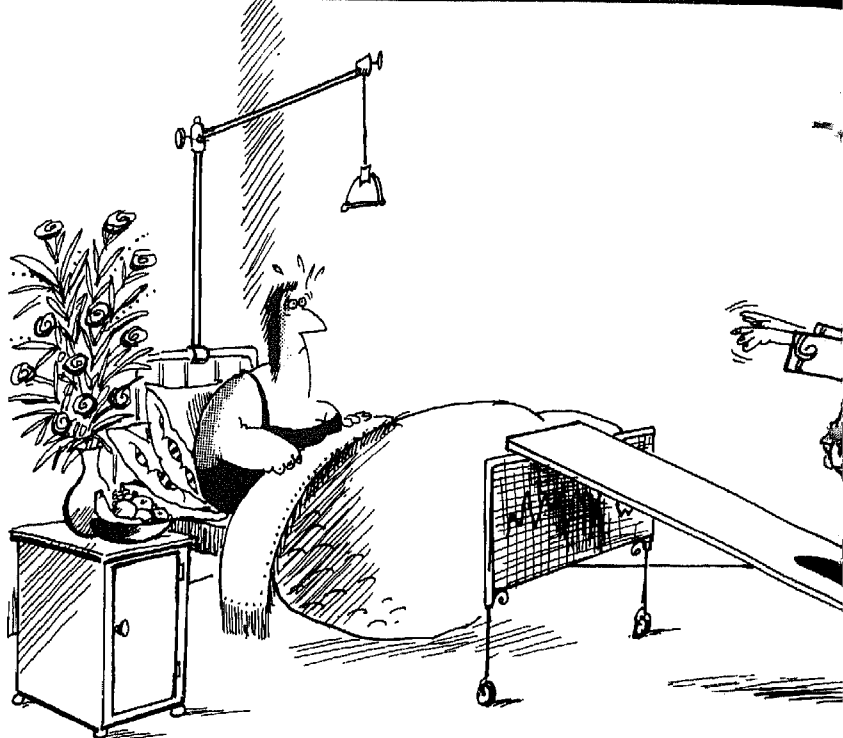
- **tijdig de beslissing wordt genomen** dat er niet langer een medische noodzaak voor ziekenhuisverblijf bestaat (het verminderen van de verborgen verkeerde-beddagen).
- **vervolgens de overgang naar een andere zorgsituatie zo snel mogelijk wordt gerealiseerd** (het verminderen van de *geregistreerde* verkeerde-beddagen). Met name de laatste actie kan leiden tot bekorting van de wettelijke frictieperiode.

Iedereen financieel verantwoordelijk

Onder de huidige verzekeringsstelsels kan dit beleid worden ondersteund door het aanscherpen van de financiële prikkels bij de overige partijen, die op zichzelf ook al vanuit zorginhoudelijke overwegingen er belang bij hebben het aantal verkeerde-beddagen te verminderen. De hier voorgestelde financiële prikkels worden in *figuur 3* samengevat:

I het betalen van een eigen bijdrage door de patiënt gedurende de frictieperiode.

I het laten betalen van de eigen bijdrage na de frictieperiode door het ziekenhuis.



Financiële prikkels moeten zorgverleners en ziekenhuizen brengen tot een actief en creatief 'verkeerde-bed beleid'

I de verstrekking van een lump sum aan de specialist na de vaststelling dat er geen medische noodzaak voor ziekenhuisverblijf is.

Deze combinatie van financiële maatregelen in hun samenhang kan mogelijk een bijdrage leveren aan de oplossing van de verkeerde-bedproblematiek, want het verkeerde bed heeft financiële consequenties voor de patiënt, het ziekenhuis, de specialist en de zorgverzekeraar.

Patiënt betaalt eigen bijdrage

Bij ingang van de TVZ-regeling (na de frictieperiode) moeten de verpleeghuisgeïndiceerde patiënten een eigen bijdrage betalen, overeenkomstig die van een verpleeghuis. De verpleeghuisgeïndiceerde patiënt in het ziekenhuis kan echter geen aanspraak maken op de functie verpleeghuiszorg, maar moet wel de hieraan gekoppelde eigen bijdrage betalen. De heffing van de eigen bijdrage na de frictieperiode zou een reden voor de patiënt kunnen zijn om tijdens die periode in ieder geval in het ziekenhuis te verblijven, omdat hij dan geen eigen bijdrage verschuldigd is, en in het verpleeghuis wel.

Het laten ingaan van de eigen bijdrage zou vervroegd kunnen worden tot het moment waarop een verpleeghuisindicatie is afgegeven. Door deze eigen bijdrage te betalen, wordt als het recht van de patiënt op verpleeghuiszorg

bevestigd. Op deze wijze wordt er een belang bij de patiënt gelegd. Indien de patiënt geen adequate zorg krijgt, waar hij wel een eigen bijdrage voor betaalt, zou de verplichting tot het betalen van die bijdrage moeten eindigen. In concreto zou de verplichting tot het betalen van een eigen bijdrage na de frictieperiode moeten eindigen. Dat is voor de patiënt een signaal dat deze geen adequate verpleeghuiszorg ontvangt en derhalve een extra prikkel om het onwenselijke verblijf in het ziekenhuis te beëindigen.

Specialist ontvangt lumpsum

Voor de specialist geldt dat hij in principe tijdens de frictieperiode (wanneer het M15-tarief in rekening wordt gebracht) geen verrichtingen of honorarium voor de ligdagen kan declareren (er bestaat immers geen medische noodzaak meer voor), terwijl hij wel de verantwoordelijkheid voor de patiënt behoudt. Het zou meer rechtvaardig zijn de te behouden verantwoordelijkheid op een passende wijze te honoreren. *Dit kan door het invoeren van een lumpsum voor de specialist na de vaststelling dat er geen medische noodzaak is voor verblijf in het ziekenhuis. De hoogte van deze lumpsum zou gelijk kunnen zijn aan de vergoeding die de specialist zou ontvangen voor het verblijf van de patiënt gedurende de frictieperiode.* Ook dan is er bij de verantwoordelijke specialist een fi-



(cartoon: frans de boer, amsterdam)

nanciële prikkel om de periode van onnodig verblijf in het ziekenhuis zo kort mogelijk te laten zijn.

Ziekenhuis neemt eigen bijdrage over

Voor een ziekenhuis maakt het financieel gezien niet uit bij wie het verkeerde bed in rekening wordt gebracht na het vervallen van de ziekenhuisindicatie. De financiële consequenties van het verkeerde bed voor het ziekenhuis gelden voor de gehele periode na het vervallen van de ziekenhuisindicatie. De periode na de frictieperiode, waarbij de TVZ-regeling ingaat, wordt gewoon mee-gerekend als verpleegdagen, waardoor het voor het ziekenhuis budgettair geen consequenties heeft. Wel moet er bij de ingang van de TVZ bij patiënten een eigen bijdrage worden geheven. Door het systeem van budget-financiering heeft het ziekenhuis voor-noch nadeel bij declaratie via de TVZ. Maar de administratieve rompslomp als gevolg van het innen van de eigen bijdragen kan een reden zijn voor het niet declareren via de vergoedings-regeling. Je kunt je dan ook afvragen, of deze extra administratieve handelingen niet meer kosten dan ze op-brengen, wat ook een aanleiding kan zijn de verkeerde-beddagen niet zo secuur te registreren.

De financiële consequenties van het verkeerde-bed voor een ziekenhuis

hebben betrekking op het ziekenhuis-budget. Momenteel veroorzaakt het verkeerde bed voor ziekenhuizen meestal geen doorstroomprobleem en zal het aantal opnamen (budget-parameter) niet worden beïnvloed, omdat deze patiënten op 'lege' bedden liggen. Door middel van declaratie krijgen de ziekenhuizen een M15-tarief voor deze patiënten uitbetaald, naast de tarieven voor de reguliere opnamen. De declaraties, tarieven en daarmee de inkomsten van een ziekenhuis hebben echter geen directe relatie met het afgesproken ziekenhuisbudget.

Zorgverzekeraar: strak beleid

Zorginhoudelijk gezien zullen zorg-verzekeraars proberen de verkeerde-bedproblematiek zoveel mogelijk te voorkomen. De vraag is in hoeverre, bij een beleid gericht op een vermindering van de verkeerde-bedproblematiek, naast de zorginhoudelijke overwegingen ook financiële incentives aanwezig moeten zijn. Daarbij is er historisch een verschil tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Voor ziekenfondsen waren financiële incentives niet aanwezig omdat zij volledig werden nagecalculeerd. Het formele verschil tussen ziekenfonds en particuliere verzekeraar is vervallen en beiden worden nu zorg-verzekeraar genoemd. Het voormalige ziekenfonds gaat (gefaseerd) ook meer financieel risico lopen, net zoals de particuliere verzekeraars, waarbij zij hun beleidsvoering zullen moeten aanpassen. Voor zorgverzekeraars zijn er enkele redenen voor het voeren van een stringent beleid zodat minder verzekerden in het verkeerde bed belanden. Ten eerste is in de huidige situatie sprake van een beddenoverschot. Verkeerde-beddagen worden gerekend als verpleegdagen. Mocht het aantal verkeerde-bedpatiënten dalen, dan gaat ook het aantal verpleegdagen omlaag. Vanwege het beddenoverschot is het niet direct waarschijnlijk dat deze bedden door andere patiënten worden opgevuld. Op grond hiervan zal het budget neerwaarts kunnen worden bijgesteld. Ook bij overeengekomen budgetten is het voor individuele ver-

zekeraars van belang een vermindering van het aantal verkeerde-beddagen na te streven. Hierdoor dalen de opbrengsten van het ziekenhuis; dit verschil wordt nagecalculeerd. Dit gaat weliswaar gedeeltelijk ten koste van de verzekeraar die er relatief in geslaagd is het meeste aantal verkeerde-beddagen van zijn verzekerden terug te dringen, maar per saldo zal deze verzekeraar toch een financieel voordeel bereiken.

Landelijk werkende verzekeraars met relatief kleine marktaandelen zullen vooral gericht zijn op de individuele reducties van de verkeerde-beddagen en minder aandacht besteden aan de effecten van nacalculatie. Regionale verzekeraars met grote marktaandelen zijn vooral geïnteresseerd in het terugdringen van het totaal aantal verkeerde-beddagen, die tot budgetdalingen leiden. Voor beide typen verzekeraars biedt het verminderen van verkeerde-beddagen financieel voordeel, al zijn de financiële risico's voor ziekenfondsen, vanwege de nacalculaties en vereveningen, momenteel nog zeer gering. Ook particuliere verzekeraars kunnen in de praktijk nauwelijks financieel voordeel behalen door het terugdringen van het aantal verkeerde-beddagen. Nagenoeg alle verzekerden van 65 jaar en ouder hebben een standaard pakketpolis. De schades hiervan worden onderling gepoold. De conclusie moet dan ook luiden dat zolang verzekeraars door schades van hun (oudere) verzekerden weinig of geen risico lopen, financiële incentives van geringe betekenis zullen zijn. Het is wellicht wenselijk deze risico's te vergroten, maar dan niet omdat daardoor wellicht meer aandacht wordt besteed aan verkleining van het verkeerde-bedvraagstuk.

Mevrouw dr. Y.W. van Kemenade is beleidsmedewerker bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en heeft een eigen onderzoeks- en adviesbureau in de gezondheidszorg. Drs. J.J.G.M. van den Hoek is senior-beleidsmedewerker bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Beide auteurs hebben dit artikel geschreven op persoonlijke titel.

1. Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies Verkeerde-bedproblematiek. NRV 3/95. Zoetermeer, 1995

2. Geraadpleegde literatuur: - Gouw de J.M.M., Waveren van L., 'Verkeerde-bedproblematiek'; Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, 1993.

- Samenwerkende Intramuraal Gezondheidszorgvoorzieningen Regio Amsterdam. 'Verpleeghuispatinten in de wachtkamer'; Werkgroep 'verkeerde bedproblematiek'; Amsterdam: SIGRA, 1990.

- Wijdeven C.E.F., 'De verkeerde-bed-problematiek: een onderzoek naar de omvang van de verkeerde bedproblematiek en naar factoren die hierop van invloed zijn'; Doctoraalscriptie Gezondheidswetenschappen RU Limburg, Beleid en Beheer, 1989.

- Ziekenfondsraad, 'Advies tijdelijke vergoeding het 'verkeerde bed''; Nr 376 Amstelveen, 1987.

- Ziekenfondsraad, 'Advies subsidiëring verpleeghuiszorg en tijdelijke vergoedingsregeling 'verkeerde bed''; Nr 378. Amstelveen, 1987.