

DIAGNOSE-BEHANDELING-COMBINATIE

TWEE STAPPEN VOORWAARTS, ÉÉN STAP TERUG

Orde maakt tussenbalans op van het invoeringstraject DBC's

De invoering van de DBC's is niet een en al kommer en kwel. Het systeem heeft al geleid tot meer inzicht in de kosten en de invoering van het B-segment is een succes. Wel moet een aantal praktische zaken opnieuw aan een kritische blik worden onderworpen.

ROB DIEPERSLOOT
HEIN KORSTEN

Trouwe lezers van Medisch Contact moeten geleidelijk aan de indruk krijgen dat de invoering van de diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) leidt tot de ondergang van de Nederlandse ziekenhuiszorg. In vier artikelen is onlangs uitgebreid ingegaan op de problemen bij de invoering van het

systeem,¹ de structurele tekortkomingen,² en de risico's van marktwerking.^{3,4} Velen op de werkvloer zullen het algemene gevoel van ontevredenheid over de gang van zaken herkennen. En niet zonder reden. Veel zaken gaan mis en de specialist wordt opgezadeld met een extra administratieve inspanning die als daar geen revenuen tegenover staan, onacceptabel is.

De Orde van Medisch Specialisten heeft eind maart een enquête gehouden onder haar achterban over de stand van zaken rond het DBC-invoeringstraject. Een van de saillantste uitkomsten was dat ruim 80 procent van de respondenten het verloop van de DBC-implementatie als voldoende tot goed beoordeelt. Is deze uitkomst in tegenspraak met het voorafgaande of is het beeld toch wat genuanceerder? Tijd voor een tussenbalans.

HET WAAROM

In de jaren negentig is in de nasleep van het rapport van de commissie-Biesheuvel hard gewerkt aan een nieuw financieringssysteem van de curatieve zorg. De medisch specialisten hadden daarbij twee belangen: een eind maken aan historisch gegroeide, niet door verschil in prestatie verklaarbare inkomensverschillen (inkomen naar prestatie) en een uitweg vinden voor de knellende budgetsystematiek waarin zij gevangen zaten.

Overheid en verzekeraars van hun kant wilden eindelijk inzicht krijgen in de werkelijke kosten die aan het intramurale medisch handelen waren verbonden. Op dat moment had de gemiddelde ziekenhuisdirecteur geen notie van bijvoorbeeld de kosten van het plaatsen van een heupprothese.

De in de tweede helft van de jaren negentig groeiende wachtlijsten voegden daar een nieuwe wens aan toe: de hoop dat marktwerking een instrument kon vormen bij het beheersen van de kosten, zodat het sturen op volume zou kunnen worden verlaten. Deze laatste wens bood uitzicht op een verbond tussen alle partijen in de zorg.

FALSE START

Brinkman en Zwakkenberg¹ concludeerden al dat de implementatie van de DBC's met ingang van 1 januari 2005 de facto een valse start was en inderdaad begon het systeem niet onder een erg gelukkig gesternte.

Eind 2003 ging de minister nog uit van een introductie van het systeem met ingang van 1 juli 2004. Ook het bekende oktoberakkoord tussen minister en Orde ging van deze datum uit. In de eerste maanden van 2004 werd echter duidelijk dat vasthouden aan deze datum gepaard zou gaan met onverantwoorde risico's voor alle veldpartijen. Daarmee werden de minister en alle andere verantwoor-

delijke partijen geconfronteerd met een groot dilemma: een te lang uitstel zou het momentum uit het proces halen, een tweede uitstel zou afbreuk doen aan de geloofwaardigheid en daarmee het plan vrijwel zeker naar de prullenbak doen verdwijnen.

Met steun van alle partijen heeft de minister toen besloten tot een uitstel van een halfjaar. Hiermee werd een voorschot genomen op een geslaagde introductie van de validatiemodule (een softwaretoepassing die controleert of de goede DBC is geregistreerd) en de declaratiesoftware. VWS heeft de vorderingen hiervan nauwkeurig in beeld gebracht en ondanks berichten over grote uitval in de validatiemodule en het nog niet getest zijn van de declaratiesoftware heeft de minister op 3 november 2004, gesteund door alle betrokken organisaties, besloten de ingangsdatum van 1 januari 2005 te handhaven. Hiermee is ook duidelijk waarom de grootste problemen zich nu bij de validatie en de declaratie voordoen.

VALIDATIE EN DECLARATIE

De eerdergenoemde enquête die de Kamer Vrij Beroep van de Orde in maart heeft uitgezet onder de collectieven van specialisten vrije beroepsbeoefenaren geeft aan dat meer dan 80 procent van de ziekenhuizen bij de validatie een uitval kent van boven de 10 procent; één op de zes meldt zelfs een uitval van boven de 30 procent. Als belangrijkste oorzaken voor de uitval worden genoemd: fouten in de software, fouten in de relatietabel, fouten in de registratie door medisch specialisten, en de parallelle DBC's. Deze uitvalpercentages zullen omlaag moeten, omdat anders het draagvlak wegvalt.

De eerste drie oorzaken laten zich met veel inspanning en veel tijd repareren, maar voor de parallelle DBC's en de daaraan verbonden problematiek van het niet gekoppeld zijn van (essentiële)

ondersteunende verrichtingen zijn meer structurele oplossingen noodzakelijk.

Eén op de drie respondenten geeft aan dat het ziekenhuis vooralsnog niet in staat is te factureren. Hoewel de op 12 april gemaakte afspraken over verruiming van de bevoorschotting van ziekenhuizen en medisch specialisten vooralsnog weer enige lucht geven, mag duidelijk zijn dat deze situatie ernstige financiële consequenties kan hebben. Medisch specialisten doen er goed aan het ziekenhuismanagement in dezen op hun verantwoordelijkheden te wijzen.

BELEIDSMATREGELEN

De introductie van de DBC's is ook nog eens belast door een aantal beleidsmaatregelen. Zo is op basis van privacyoverwegingen (het College Bescherming Persoonsgegevens maakte bezwaar tegen het bekend worden van de diagnose bij de facturering) besloten in het A-segment te declareren op basis van productgroepen. Deze productgroepen zijn ooit door de wetenschappelijke verenigingen samengesteld om in de toekomst het onderhandelingsproces te faciliteren,

nog enige strijd zal moeten worden geleverd.

Ten slotte heeft het CTG tegen de wens van alle veldpartijen in vastgehouden aan een schoning van de B-DBC's uit de lumpsums op basis van door het CTG/Zaio berekende landelijke prijzen en volume. Dit systeem impliceert niet alleen een zeer gecompliceerde opschoningsprocedure, maar heeft ook tot gevolg gehad dat van enige marktwerking voor deze DBC's nauwelijks sprake is geweest. Uit de Orde-enquête komt naar voren dat circa driekwart van de ziekenhuizen ervoor heeft gekozen de landelijke opschoningsprijzen te hantieren.

STRUCTURELE PROBLEMEN

Naast de problemen die vooral te maken hebben met software en (tijdelijke) maatregelen van het CTG/Zaio, zijn er twee structurele problemen die het hart van het systeem raken en onderling met elkaar verbonden zijn.

In de eerste plaats blijken ziekenhuizen grote problemen te hebben met het berekenen van adequate kostprijzen.

Ziekenhuizen hebben grote problemen met het berekenen van adequate kostprijzen

maar zij zijn expliciet niet bedoeld voor facturering.

Om het nog erger te maken heeft het CTG/Zaio voor elke productgroep een gemiddelde prijs berekend. Hiermee is niet alleen het principe van loon naar werken verlaten, maar is het voor medisch specialisten ook nog eens ondoenlijk geworden om hun *cash flow* te voorspellen. De Orde heeft uitdrukkelijk bedongen dat deze declaratiesystematiek met ingang van 1 januari 2006 weer wordt verlaten, maar berichten uit VWS doen vermoeden dat hier

Eén op de drie ziekenhuizen is op dit moment geheel niet in staat om kostprijzen te berekenen op basis van het lokale zorgprofiel. Dit komt deels doordat zij over onvoldoende data beschikken (hetgeen geleidelijk zal worden opgelost) en deels door het door probleem van de 'zwevende verrichtingen'. Een substantieel gedeelte van ondersteunende producten (overigens soms ook geleverd door poortartsen) blijkt in de praktijk door allerlei redenen niet te koppelen aan DBC's. Behalve dat dit fenomeen problemen kan opleveren bij de validatie, >>

<< bemoeilijkt het in niet geringe mate een correcte kostprijsberekening. Waar ziekenhuizen en andere zorgaanbieders zich in een competitieve markt met elkaar moeten meten, is het hanteren van kostendeekkende prijzen een voorwaarde om te kunnen overleven.

In de tweede plaats levert de koppeling van ondersteunende producten een aantal problemen op bij de uiteindelijke declaratie. De rekening die aan de patiënt wordt gepresenteerd, vermeldt honoraria van een reeks specialisten die vaak niet bij de betreffende behandeling betrokken zijn geweest, maar daar door de middeling van hun betrokkenheid over alle behandelingen toch op terechtkomen. Dit levert niet alleen een voor de patiënt onbegrijpelijke declaratie op, maar staat mogelijk ook op gespannen voet met de WGBO en fiscale regelgeving. Continuering van deze koppeling levert een onnodig gevaar op voor de continuïteit van de DBC-systematiek.

POLITIEKE PROBLEMEN

Voorzien was in een stapsgewijze uitbreiding van het B-segment in de aanloop naar 2008. Enerzijds wordt voor het A-segment tot 1 januari 2008 de lumpsumsystematiek gehandhaafd, anderzijds wordt volgens afspraak na 2005 in de periode tot 1 januari 2008 het B-segment geleidelijk aan uitgebreid. Een aantal politieke partijen, waaronder het CDA, die weinig sympathie voelen voor het systeem en de daaraan verbonden marktwerking, heeft echter bedongen dat elke uitbreiding van het B-segment de Tweede Kamer dient te passeren. De minister heeft aan een dergelijke gang naar de Tweede Kamer weinig behoefte, omdat hij rust wil op dit DBC-front teneinde de aanpassingen in het zorgstelsel met ingang van 1 januari 2006 doorgevoerd te krijgen. Het valt te verwachten dat zijn animo in 2006, aan de vooravond van nieuwe verkiezingen, niet veel groter zal zijn.

Daarmee lopen wij het risico in een *standstill* te geraken waarin de poli-

tiek, met het CDA voorop, eerst 'orde op zaken' zal eisen voor een verdere uitbreiding wordt geaccepteerd. Daarmee ontstaat voor specialisten de reële dreiging dat zij worden opgescheept met een situatie waarin zij wél met de administratieve lasten van het gehele systeem worden geconfronteerd, terwijl zij voor slechts 10 procent van hun activiteiten kunnen profiteren van meer (onder)handelingsvrijheid en loon naar prestatie.

De Orde heeft er daarom bij VWS op aangedrongen het B-segment in ieder geval uit te breiden met die DBC's die de

werking in de zorg, zoals collega Post⁴ en Agnes Kant van de SP, stellen dat 'de zorg geen markt is'. Deze stelling is op zich al onbegrijpelijk. Elke medisch specialist, vrijgevestigd of in loondienst, kent het fenomeen van lange wachtlijsten terwijl in het ziekenhuis 10 kilometer verderop patiënten direct terecht kunnen. Kennelijk maken patiënten ook zonder prijsverschillen al keuzen en ziekenhuizen en specialisten spelen daar op in. Het proces van fusies en sluiting van ziekenhuizen mag dan soms van bovenaf gefaciliteerd zijn geweest, de stimulus daartoe is de slag om adherentie (patiënten in het

Patiënten maken ook zonder prijsverschillen al keuzen

minister in een eerder stadium uit het tweede compartiment verplicht verzekerde zorg heeft verwijderd en die dus niet meer voor vergoeding in aanmerking komen. Daarmee wordt niet alleen het momentum behouden, maar worden er passant ook de problemen rond de prijsstelling van deze DBC's opgelost en realiseert de minister de bedoelde bezuiniging.

WINST

Een eerste stap voorwaarts is dat de DBC-systematiek heeft geleid tot een substantiële verbetering van het inzicht in de kosten die het medisch handelen met zich brengt. Ziekenhuizen maar ook medisch specialisten beschikken daardoor over betere managementinformatie.

De gegevensaanlevering aan het DBC Informatie Systeem (DIS) moet weliswaar nog op gang komen, maar eenmaal opgestart zal die een schat aan gegevens opleveren. Er worden overigens in dit kader bindende afspraken gemaakt over de toegankelijkheid van deze gegevens (wie kan wat krijgen).

De tweede stap voorwaarts is 'de markt'. Tegenstanders van meer markt-

verzorgingsgebied van het ziekenhuis), lees: de klant.

Welnu, de invoering van het B-segment is wel degelijk een succes. Uit de enquête blijkt dat vrijwel alle ziekenhuizen in maart afspraken hadden met verzekeraars over hun productie in het B-segment. Bij een enkel ziekenhuis liepen op dat moment de onderhandelingen nog. Veel ziekenhuizen hebben daarbovenop afspraken gemaakt over een kwaliteitsparagraaf en ook dát is winst.

De DBC's in het B-segment kenden vrijwel allemaal wachtlijstproblematiek. De wachtlijsten voor deze DBC's zullen op termijn van een jaar vrijwel zijn verdampt. De vrees dat 'de markt' ten koste zal gaan van de behandeling van ernstige aandoeningen³ is dan ook voorbarig en onterecht. Niet alleen worden er in het B-segment wel degelijk meer middelen gegenereerd die kunnen worden aangewend voor een uitbreiding van de capaciteit, de markt mobiliseert ook de creativiteit om processen anders in te richten en trekt vastgeroeste situaties uit het slop. Specialisten melden ons bij herhaling dat zaken, zoals uitbreiding van OK-capaciteit, die jarenlang onbespreekbaar waren, nu

SAMENVATTING

- De DBC's moeten een eind maken aan de niet-verklaarbare inkomensverschillen en de knellende budget-systematiek
- De Orde heeft eind maart een enquête gehouden onder haar achterban. Ruim 80 procent beoordeelt het verloop van de DBC-implementatie als voldoende tot goed, maar de uitval door de validatie blijkt te groot.
- Naast problemen door de software en beleidsmaatregelen zijn er twee structurele problemen: het berekenen van adequate kostprijzen en de koppeling van ondersteunende producten.
- Een eerste stap voorwaarts is de verbetering van het inzicht in de kosten van het medisch handelen.
- De tweede stap voorwaarts is 'de markt'. Patiënten maken ook zonder prijsverschillen al keuzen en ziekenhuizen en specialisten spelen daarop in. De wachtlijsten voor de B-DBC's zullen verdampen.
- Toch moeten partijen ook een stap terug zetten: de koppeling van ondersteunende producten en de validatiemodule moeten opnieuw worden bekeken.

plotseling wel kunnen worden geëffectueerd.

OPNIEUW BEKIJKEN

Willen wij ons ontworstelen aan de verstikkende budgetsysteematiek, dan zal het nodig zijn een nieuwe stap te zetten op de weg naar meer marktwerking, maar niet zonder dat partijen bereid zijn er eerst één terug te zetten: de koppeling van ondersteunende producten en het functioneren van de validatiemodule dienen opnieuw tegen het licht te worden gehouden. ■

dr. R.J.A. Diepersloot,
voorzitter Kamer Vrij Beroep

H.R. Korsten,
voorzitter Kamer Dienstverband

Orde van Medisch Specialisten

Correspondentieadres: e.vanrooij@orde.nl

Andere MC-artikelen over DBC's
vindt u in ons DBC-dossier via
www.medischcontact.nl/dezeweek.



Literatuur

1. Brinkman K, Zwakkenberg S. Een valse start. *Medisch Contact* 2005; 60 (13): 536-8. 2. Crommentuyn R. Spooknota's en zwevende verrichtingen. *Medisch Contact* 2005; 60 (5): 184-5. 3. Oudshoorn M. Onmogelijk dilemma. *Medisch Contact* 2005; 60 (18): 748-50. 4. Post D. Markt en zorg onverenigbaar. *Medisch Contact* 2005; 60 (18): 752-4.

PRAKTIJKPERIKEL

Binnen een maand



Als laatste patiënt consulteerde mij op dinsdag 18 januari mevrouw X. Ze overhandigde mij een stukje papier waarop anesthesioloog Y met de hand had geschreven:

Bloeddruk gemeten op 18 jan. 2005

Re arm 186/122

Li arm 201/114

Gaarne normotensie voor de ok-datum d.d. 18 feb. 2005

Bvd

Een voorbeeld van intercollegiale communicatie en transmurale zorg!

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.