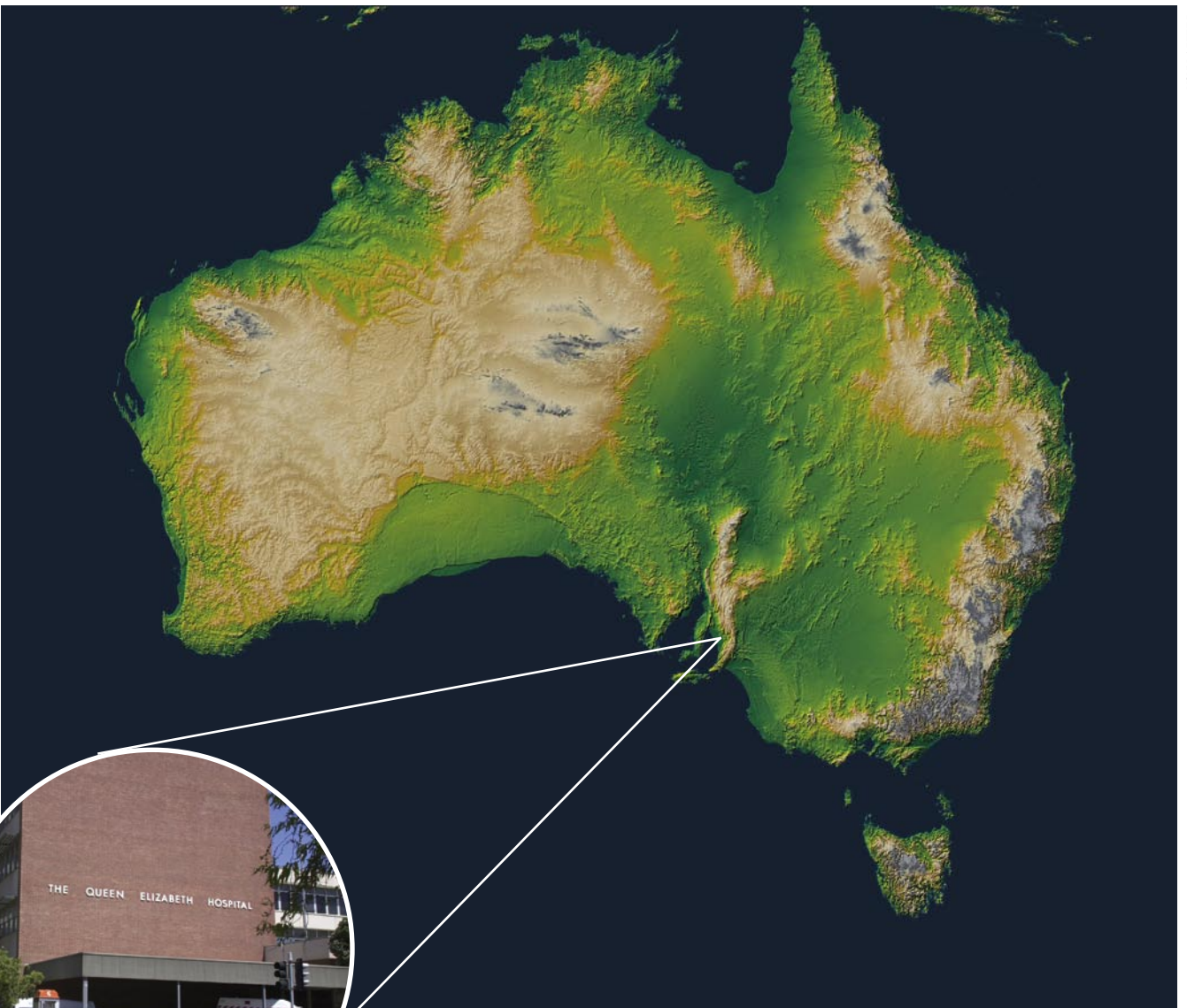


HET KAN MET MINDER

Australisch ziekenhuisbekostigingssysteem heeft succes

Velen vinden het Nederlandse DBC-systeem omslachtig en verwijzen naar Australië, waar ze al tien jaar werken met een relatief klein aantal 'diagnosis related groups'. Omdat daar de doelstellingen - meer efficiency en kostenbewustzijn - inmiddels zijn bereikt, kunnen we met de ervaringen 'down under' ons voordeel doen.



Het systeem waarmee onder meer in het Queen Elizabeth Hospital in Adelaide (Zuid-Australië) wordt gewerkt, kent 675 'diagnosis related groups' en verfijningen voor onder andere ligduur en soort ziekenhuis.

BART BERDEN
ALPHONSE ROEX

Aan de invoering van DBC's (diagnose-behandeling-combinaties) is een lange voorbereiding vooraf gegaan. Het kostte veel energie en de inzet van aanzienlijke financiële middelen. Dit betreft zowel het systeemontwerp, als het verzamelen van relevante gegevens, de registratie en de verwerking. Het ziet er overigens niet naar uit dat de inspanning zal afnemen. Medio april bleek uit een enquête van de Orde van Medisch Specialisten onder 56 stafmaatschappen dat een derde van de ziekenhuizen geen DBC's kan declareren bij de zorgverzekeraars. Specialisten klaagden over de tijdrovende en ingewikkelde registratie. De 10 procent ziekenhuiszorg waarover vrije onderhandeling is gevoerd, is door

funding genoemd, werd in 1994 voor het eerst in de staat Zuid-Australië ingevoerd, gevolgd door New South Wales, Victoria en de andere staten. *Casemix funding* verving het bestaande ziekenhuisbekostigingssysteem op historische basis en is sindsdien aangepast en verfijnd.

Gestart werd met DRG versie 1.0. Inmiddels is DRG versie 5.0 in gebruik, die is gebaseerd op de ICD 10 (International Classification of Diseases). Geleidelijk is het aantal DRG's uitgebreid van oorspronkelijk 427 tot 675 om zo de kostenhomogeniteit te bevorderen en nieuwe klinische behandelwijzen, zoals minimaal invasieve chirurgie, te kunnen accommoderen. Dit betekent dat er gemiddeld eens per twee jaar een nieuwe versie is uitgebracht.

BETAALEENHEDEN

In de 675 DRG's wordt de gehele klini-

of *major diagnosis categories* (MDC A t/m Z). De totale werklast en gebruikte mensen en middelen worden uitgedrukt in 'EquiSeps', (*equivalent separations*). De EquiSep wordt gehanteerd als betaaleenheid en is omgerekend nu 1200 euro waard. Elk van de 675 DRG's vertegenwoordigt een in de DRG 5.0 vastgelegd aantal EquiSeps.

Het *overzicht* toont een aantal uit de lijst 2004/2005 *funding weights* overgenomen voorbeelden.

De opnameduur heeft vervolgens nog extra invloed. Voor iedere DRG is een minimum (*low trim point*) en een maximum (*high trim point*) opnameduur vastgesteld. Binnen deze zone ontvangt het ziekenhuis de vaste EquiSep-waarde. Daarbuiten geldt een 'penalty', bedoeld als richtinggevend. Het is dus financieel aantrekkelijk om te streven naar een opnameduur die zich net boven het minimum bevindt, uiteraard mits dit klinisch verantwoord is. Dit sturingsmechanisme bevordert een zo kort mogelijke opnameduur en dus de efficiency.

Bij de poliklinische zorg wordt gebruikgemaakt van de zogeheten WOOS (*weighted occasion of service*), die een geldwaarde heeft van 54 euro's. Ter correctie wordt een centraal bepaalde wegingsfactor toegevoegd die afhangt van en recht doet aan de werkelijke inspanning. Zo hebben een sessie fysiotherapie en een eerste consult oncologie wegingsfactoren van respectievelijk 0,22 en 2,2. >>

Een opnameduur van net boven het minimum is financieel aantrekkelijk

de zorgverzekeraars in vergelijking met 2004 voor een paar procent meer ingekocht.

Dit doet vragen rijzen over de efficiency van deze methodiek. De critici verwijzen vaak naar het Australische systeem van *diagnosis related groups* (DRG's). Wat zijn de ervaringen *down under* en welke daarvan zijn interessant voor Nederland?

CASEMIX FUNDING

Centraal in het Australische zorgsysteem staan de centrale (federale) overheid, de overheden van de staten en de private sector, waartoe commerciële organisaties, stichtingen en individuele aanbieders worden gerekend. Medisch specialisten hebben doorgaans een eigen privé-praktijk en werken daarnaast in privé- en publieke ziekenhuizen. De publieke ziekenhuizen onderhandelen jaarlijks met de staat over de te leveren zorg en bijbehorende uitgaven in het komende jaar.

DRG's zijn een belangrijk instrument om klinische patiënten in te delen in groepen die per definitie klinische betekenis hebben, vergelijkbare kosten veroorzaken en kostenhomogeen zijn. Het DRG-systeem, ook wel *casemix*

sche zorg ondergebracht. Vanzelfsprekend zijn ze niet allemaal van toepassing op elk ziekenhuis. Dit hangt af van het zorgprofiel. Zo is de DRG harttransplantatie slechts in één ziekenhuis in Zuid-Australië van toepassing.

De DRG's zijn ingedeeld in 23 exclusieve *principal diagnosis categories*

KOSTEN VAN EEN DRG

DRG	omschrijving	EquiSeps
A06Z	tracheostoma of beademing	16,2
B05Z	opheffen carpale-tunnelsyndroom.....	0,53
B70A	CVA met catastrofale complicaties	5,8
C16A	lensprocedure (implantatie kunstlens)	0,7
D01Z	cochleaire implantatie	13,0
G07A	appendectomie met ernstige of catastrofale complicaties	2,7
I03A	heuprevisie met ernstige of catastrofale complicaties	9,3
I03B	artroplastiek met ernstige of catastrofale complicaties	5,4
Y01Z	ernstige huidverbranding	39,1

Kosten van enkele diagnosis related groups (DRG), uitgedrukt in zogeheten EquiSeps. Daarin zijn per DRG de totale werklast en gebruikte mensen en middelen uitgedrukt. Eén EquiSep is ongeveer 1200 euro waard.

<< Aan het ziekenhuis als totaal wordt vervolgens ook nog een wegingsfactor toegekend, de *hospital severity index*, omdat grotere ziekenhuizen doorgaans de meer complexe patiënten binnen dezelfde DRG behandelen. De specifieke wegingsfactor voor bijvoorbeeld het Queen Elizabeth Hospital (QEH) in Adelaide, de hoofdstad van Zuid-Australië, bedraagt 1,04; dat wil zeggen dat daar een opslag van 4 procent wordt toegekend. Het QEH is een academisch ziekenhuis met een klinische bedden capaciteit van 351. Behalve endocraniële neurochirurgie, grote traumatologie, brandwondenzorg, radiotherapie, kindergeneeskunde en klinische verloskunde zijn vrijwel alle subspecialismen vertegenwoordigd. Als bijzondere functie worden zo'n honderd niertransplantaties per jaar uitgevoerd. Er werken 1854 mensen, het aantal opnamen bedraagt 45.080, het aantal dagbehandelingen 27.433 en het aantal polikliniekbezoeken 210.687 voor een adherentiegebied van ongeveer 210.000 inwoners.

Het QEH maakt afspraken gebaseerd op het in het vorige jaar geleverde aantal EquiSeps en WOOS. Deze maken respectievelijk 59 procent en 15 procent uit van het totale budget van dit ziekenhuis.

CODERING EN VERIFICATIE

Essentieel in het systeem is de codering en verificatie. Dit gebeurt retrospectief op basis van het medisch dossier en de ontslagbrief. Daarmee draagt de medicus

gevonden. Zo ja, dan moeten zij aangegeven binnen welke groep de uitgevoerde ingreep valt. Zo nee, dan moet de juiste diagnose worden aangegeven; dit betreft de gerelateerde diagnoses voorzover die van toepassing zijn. Hiermee wordt de eventueel aanwezige comorbiditeit opgespoord en meegenomen.

Dit proces wordt gefaciliteerd door een softwareprogramma (3encoder), onder meer om (neven)diagnosen te vertalen in DRG-codes. De coderingsafdeling van het QEH bestaat uit zeven fte's waarvan er twee zijn gespecialiseerd in heelkunde en twee in interne geneeskunde. De overige drie fte's zijn werkzaam ten behoeve van de casemix; zij aggregeren de data en monitoren de gerealiseerde aantallen EquiSeps en WOOS met de vooraf afgesproken getallen. Zij leveren ook de gegevens aan om een vergelijking van werkelijk gemaakte kosten per DRG met die van andere ziekenhuizen mogelijk te maken. Dit, om een zo laag mogelijke kostprijs te kunnen realiseren en de uitgaven te beheersen.

Of de DRG's in praktijk voldoen, hangt ook samen met de mate van misbruik ofwel creatief coderen, *DRG creep* genoemd. Voorbeelden hiervan zijn het registreren van CTG's bij niet-opgenomen zwangeren als dagopnamen en het toevoegen van sociale problemen als lucratieve comorbiditeit.

Eens per maand stuurt het ziekenhuis overzichten van DRG's, WOOS en

Slechts enkele medische codeurs volstaan om diagnoses te coderen

de verantwoordelijkheid voor het vastleggen in het dossier en de ontslagbrief van alle relevante klinische gegevens, zoals de (neven)diagnosen, eventueel verrichte ingrepen en complicaties. Het maken van de vertaling naar de juiste DRG is de verantwoordelijkheid van speciaal daartoe opgeleide medisch codeurs. Zij hanteren hiervoor een systeem dat bestaat uit de volgende stappen:

- Op basis van de primaire diagnose kiezen zij de passende diagnosecategorie of MDC.
- Zij stellen vast of er wel of niet een chirurgische procedure heeft plaats-

de daarbij behorende EquiSeps aan het Department of Health. Ter verificatie wordt eens per kwartaal een steekproef genomen. De bevindingen worden teruggekoppeld aan de casemix unit.

Tot nu toe toetste een onafhankelijke derde de coderingspraktijk twee keer. Een aantal definities is aangescherpt en creatieve interpretaties bijgesteld. Dit heeft overigens nog niet geleid tot financiële consequenties.

ENORM VERSCHIL

In vergelijking met het aantal DRG's in Australië is het aantal DBC's in Neder-



Er zijn grote zorgen over het up to date houden van het zeer ver-

land (plusminus 30.000) enorm. De lijst met DRG's toont een grote mate van aggregatie; deze globale indeling blijkt in de praktijk te voldoen.

In Nederland maakt men zich grote zorgen over het feit of het ontwikkelde en zeer verfijnde DBC-systeem up to date kan worden gehouden. Daarin zit namelijk een aanzienlijke bedreiging voor de stabiliteit van het systeem. Het zou immers onacceptabel zijn als de toegewezen betaling geen of weinig relatie heeft met de werkelijke inspanning. In Australië wordt gemiddeld eens per twee jaar een aangepaste DRG-lijst uitgegeven, vooral om nieuwe behandelwijzen te kunnen vergoeden.

In Zuid-Australië was er een zes jaar lange aanloopfase met een groot aantal leerpunten. Aanvankelijk werden de waarde van een klinische EquiSep en een poliklinische WOOS bepaald door de werkelijke kostprijs te verdisconteren en te beschouwen als een openeindfinanciering. Na de invoering bleek dat de kosten zeer snel stegen en onbeheersbaar werden. Om hierop greep te krijgen heeft de overheid vervolgens de *casemix funding* gebruikt om van een vastgesteld budget te kunnen uitgaan. De laatste jaren is er dus sprake van een



BEELD: ALPHONSE ROEX

afijnde DBC-systeem in Nederland.

vastgesteld budget met beperkte jaarlijkse toename.

Een belangrijk verschil met de Nederlandse situatie betreft het feit dat de Australische *casemix funding* uitsluitend een betalingssystematiek voor ziekenhuizen is. Specialisten zijn hierin niet meegenomen. Zij zijn of in dienstverband van ziekenhuis of universiteit, of ze zijn vrijgevestigd. De eerstgenoemden kunnen ook binnen of buiten het ziekenhuis een privépraktijk voeren tot 65 procent van hun salaris. Doorgaans doet het ziekenhuis de financiële administratie. De vrijgevestigde medisch specialist ontvangt een vast bedrag voor een sessie van 3,5 uur. Over mogelijke tegengestelde prikkels in het financieringssysteem tussen specialisten en ziekenhuizen, de hoogte van specialisteninkomens of verschillen tussen specialisten en specialismen maakt niemand zich zorgen. Het is in de *doctors lounge* van het QEH dan ook geen onderwerp van gesprek. Dit is waarschijnlijk te danken aan het feit dat de meeste specialisten ook in hun particuliere praktijk patiënten kunnen zien. Doorgaans zitten de snijdende specialismen het hoogst in de inkomensboom.

In Nederland is veel discussie over de registratietaak. De hiermee in Australië opgedane ervaring leert dat in het middelgrote QEH een betrouwbare registratie en codering kan plaatsvinden met negen medische codeurs plus een uitgekiend softwareprogramma. Zij halen de gewenste gegevens uit status en (elektronische) ontslagbrief en genereren de bijbehorende DRG's. Australische inhoudskundigen verbaasden zich over de Nederlandse werkwijze om medisch specialisten aan de basis van de DBC-registratie in te zetten. 'Ze zijn daarvoor niet opgeleid' en 'Heeft Nederland dan geen tekort aan dokters?', was hun commentaar. Dit roept terecht de vraag op of registratie door de medisch specialist wel wenselijk is.

In Australië wordt via de DRG's sterk gestuurd op verkorting van de opnameduur. Het tarief voor de *same-day patients* is relatief hoog. Daarnaast helpen het gestelde minimum en maximum en de consequenties die uitbijters voor de betaling hebben een actief beleid inzake de opnameduur in de hand.

NIEUWE RICHTING

De hier gemaakte vergelijking tussen het Nederlandse en het Australische systeem is summier en nogal caleidoscopisch. Dat neemt niet weg dat er een groot aantal overeenkomsten is te signaleren aangaande de gekozen systemen, problemen en oplossingen (richtingen). Daarbij valt op dat Australië qua ontwikkeling beduidend verder is. De hier vermelde ervaringsfeiten van onze 'tegenvoeters' zijn beslist relevant. Te meer omdat men in Zuid-Australië van mening is dat de *casemix funding* bijna aan het einde van zijn levenscyclus is gekomen. De beoogde efficiencywinst - via een verkorte opnameduur - en het toegenomen kostenbewustzijn in en tussen ziekenhuizen zijn bereikt. Een *population based funding* lijkt een nieuwe richting aan te duiden, waarbij de ziekenhuizen geld ontvangen op basis van leeftijdsopbouw, sociale determinanten en bijvoorbeeld prevalentie van ziekten in het adherentiegebied.

Voor de hele gezondheidszorg wil de overheid prikkels inbouwen om mensen zo lang mogelijk gezond te houden (preventie) in de eerste lijn (multidisciplinaire gezondheidscentra) en dan pas te verwijzen naar ziekenhuizen. Een ziekenhuis zoals het QEH met een oudere

SAMENVATTING

- *Invoer van een systeem van producttypering en outputpricing is een majeure operatie met een lange leercurve. Om tijd in deze te winnen is het zinvol elders opgedane ervaring te benutten. Australië biedt daarvoor mogelijkheden.*
- *In Australië is men tevreden over het in Nederlandse ogen beperkte aantal van 675 'diagnosis related groups' en het beperkte niveau van detaillering. De registratie en verwerking is relatief eenvoudig, de systematiek is beheersbaar en het up to date houden kost minder inspanning. Vergelijking van productie en kosten van ziekenhuizen is goed mogelijk.*
- *De registratie door een beperkt aantal speciaal opgeleide codeurs - en niet door medisch specialisten - ondersteund door een specifiek computerprogramma is aan te bevelen.*
- *Uitgaande van de grote waarde die wordt gehecht aan een korte opnameduur, is het DRG-systeem hierop aangepast door de inbouw van een minimum- en maximumopnameduur.*

populatie met multipale sociale gezondheidsterminanten is daar een voorstander van. Hierover bestaat bij collega-ziekenhuizen in stadsdelen met veel welgestelden echter de nodige twijfels. ■

dr. B. Berden,
lid Raad van Bestuur Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

dr. A. Roex,
Executive Director of Medical Services Queen Elizabeth Hospital, Adelaide (Zuid-Australië).

Correspondentieadres: b.berden@elisabeth.nl.

Wij zijn Anne-Marie Young, Libby Ganley en Lorraine Brown van het Queen Elisabeth Hospital in Adelaide en dr. Fernand Palmen van het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg erkentelijk voor hun bijdrage.

Een link naar het Australische ministerie en ons DBC-dossier vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

