

SELECTIEF GEHEUGEN

Complex DBC-systeem te danken aan de wetenschappelijke verenigingen

Boze specialisten trekken van leer tegen een 'onwerkbaar DBC-systeem'. Blijkbaar is men vergeten hoe dit systeem is ontstaan. De medisch specialisten zelf waren immers nauw betrokken bij de invoering van de DBC's.

FLORIS SANDERS

Op het artikel van H.F. Aarts van 26 september ('Ambtenaar bedenkt DBC') in NRC Handelsblad is door enkele medisch specialisten, onder wie R.M. Backus, in de krant met instemming gereageerd. Nog groter was de bijval in de wandelgangen van de Nederlandse ziekenhuizen. In het artikel van Wubby Luyendijk van 1 oktober, ook in NRC, onder de veelzeggende titel 'Het hartfilmpje en de DBC-administrateur', krijgt collega Diepersloot, bestuurslid van de Orde van Medisch Specialisten, nog even de ruimte om de deadline van een jaar die Ordevoorzitter Pieter Vierhout heeft afgekondigd te ventileren. Luistersteams gaan de ontwerpfouten in het DBC-systeem opsporen en oplossen. Lukt het niet, dan gaat 'de stekker eruit' onder het motto 'DBC moet. Maar dan wel goed'.

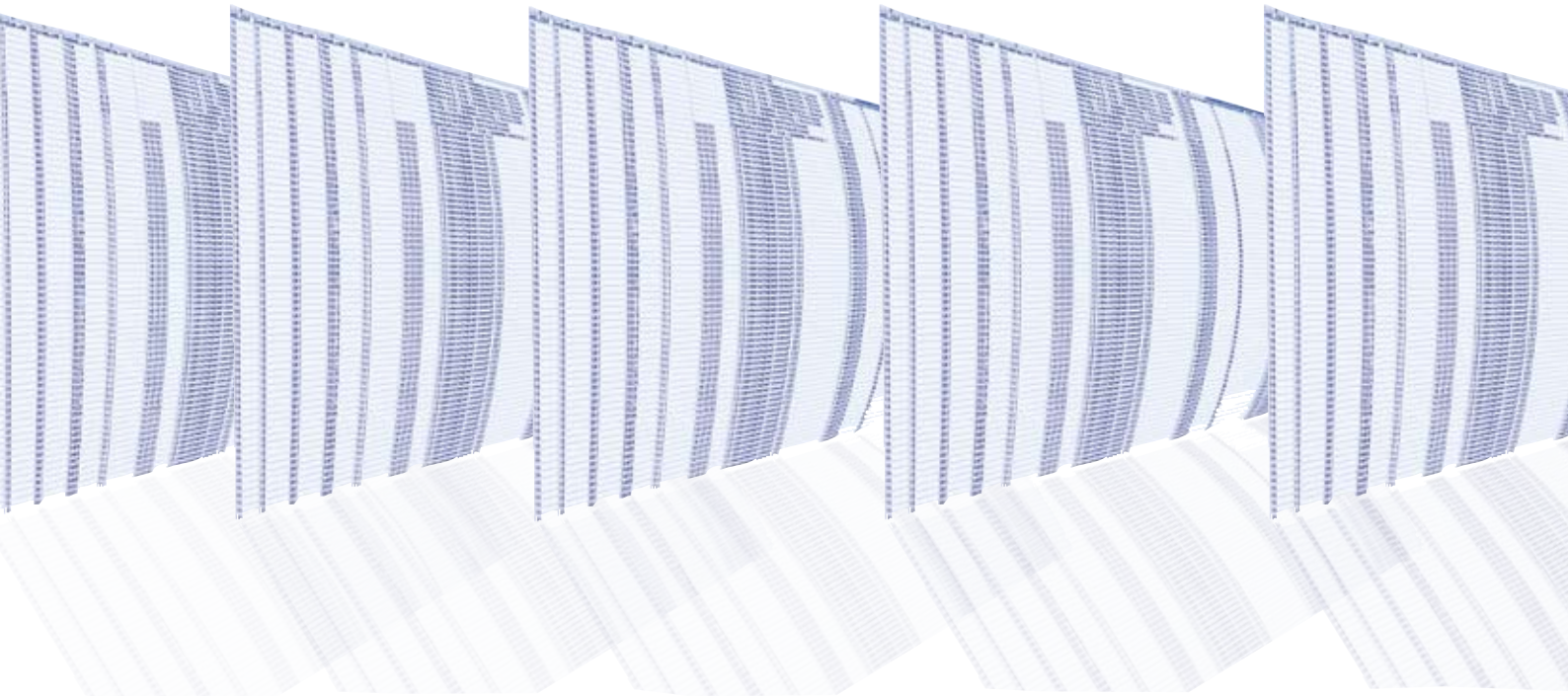
Merkwaardig en dubbelhartig, omdat het getuigt van een heel selectief geheugen ten aanzien van de betrokkenheid van medisch specialisten, wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten bij de invoering van de DBC's in de Nederlandse specialistische gezondheidszorg.

VIJFSTERRENHOTEL

Hoe zat het ook alweer? In de jaren tachtig en negentig werden ziekenhuizen geheel via een budgetstelsel betaald. De tarieven die de ziekenhuizen in rekening brachten bij de patiënten en de verzekeraars dienden slechts om dat budget te vullen, en hadden elke relatie met de realiteit verloren. Wie nu klaagt over spooknota's door de DBC's, moet nog eens kijken naar het bedrag voor een ligdag in het ziekenhuis of voor het gebruik van de poliklinische OK in het oude systeem. Daarvoor kon je een heel weekend in een vijfsterrenhotel verblijven, inclusief diners en drank.

Het budgetstelsel stimuleerde bepaald niet tot het behandelen van de patiënten die dat nodig hadden. Voor dure ingrepen als heupvervangende operaties en staaroperaties ontstonden lange wachtlijsten. Het was daarom tijd voor een nieuw systeem van prestatiebekostiging.

De Commissie Modernisering Curatieve Zorg, beter bekend als de commissie-Biesheuvel (1994), adviseerde dat er voor de medisch-specialistische zorg die ziekenhuizen en medisch specialisten gezamenlijk leveren, een geïntegreerd systeem van prestatiebekostiging moest komen. De invoering van de Wet integratie medisch-specialistische zorg in 1998 maakte het medisch specialisten die in ziekenhuizen werken onmogelijk om nog langer los van het ziekenhuis te declareren. Het declaratierecht kwam bij het ziekenhuis te liggen: de verzamelnota was een feit. De hoeveelheid te leveren zorg wordt door het ziekenhuis met de verzekeraar gecontracteerd en de >>



<< medisch specialisten zijn daar sindsdien aan gebonden.

EIGEN MODEL

In een artikel op persoonlijke titel (MC 7/1999: 244) geven toenmalig voorzitter Scheerder en secretaris Van Vliet van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) aan dat financiering van het (beoogde) geïntegreerde budget op velerlei wijzen kan plaatsvinden. Zij schrijven: 'Het ligt voor de hand dat het huidige verrichtingsstelsel van de specialisten niet meer zal worden gebruikt. Meer ligt het in de rede de tarieven voor het ziekenhuis met een generiek percentage te verhogen dan wel aan te sluiten op de mogelijkheden van nog te ontwikkelen tariefstellingen voor de DBC-producten.'

De Landelijke Specialistische Vereniging maakte deel uit van het breed samengestelde Platform Modernisering Curatieve Zorg dat na de rapportage van Biesheuvel in het leven werd geroepen voor de implementatie van de aanbevelingen. Daarin speelde de ontwikkeling van de producttypering voor de ziekenhuiszorg een belangrijke rol: diagnose-behandeling-combinaties moeten het vehikel voor de geïntegreerde bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten gaan worden. Het Nederlandse zorgstelsel heeft een paar karakteristieken die een eigen model noodzakelijk maakten: anders dan in het buitenland wordt vrijwel de gehele poliklinische zorg vanuit ziekenhuizen aangeboden en het was

nadrukkelijk de bedoeling om de honorering van medisch specialisten onderdeel te maken van de productprijs. Pogingen om een elders ontwikkeld DRG-systeem te importeren mislukten mede, maar zeker niet uitsluitend, daardoor.

AMBITIES

Vanaf dat moment zijn de medisch specialisten verenigd in hun wetenschappelijke verenigingen *in the lead* bij de DBC-operatie. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde ontwikkelt een lijst met een slordige driehonderd medisch

ziekenhuizen en verzekeraars, en ook bijdragen aan inkomensharmonisatie tussen de verschillende specialismen. Daarbij moet het geschikt zijn voor manpowerplanning (verwachtingen over toekomstige vraag naar DBC's op basis van epidemiologische ontwikkeling geven vermenigvuldigd met normtijden een verwacht beslag op specialistische capaciteit), wetenschappelijk onderzoek mogelijk maken, en bijdragen aan kwaliteitsborging (door richtlijnen aan de DBC's te verbinden). De wetenschappelijke verenigingen ontwerpen daarop

De vereniging voor kindergeneeskunde ontwierp zo'n 3400 DBC's

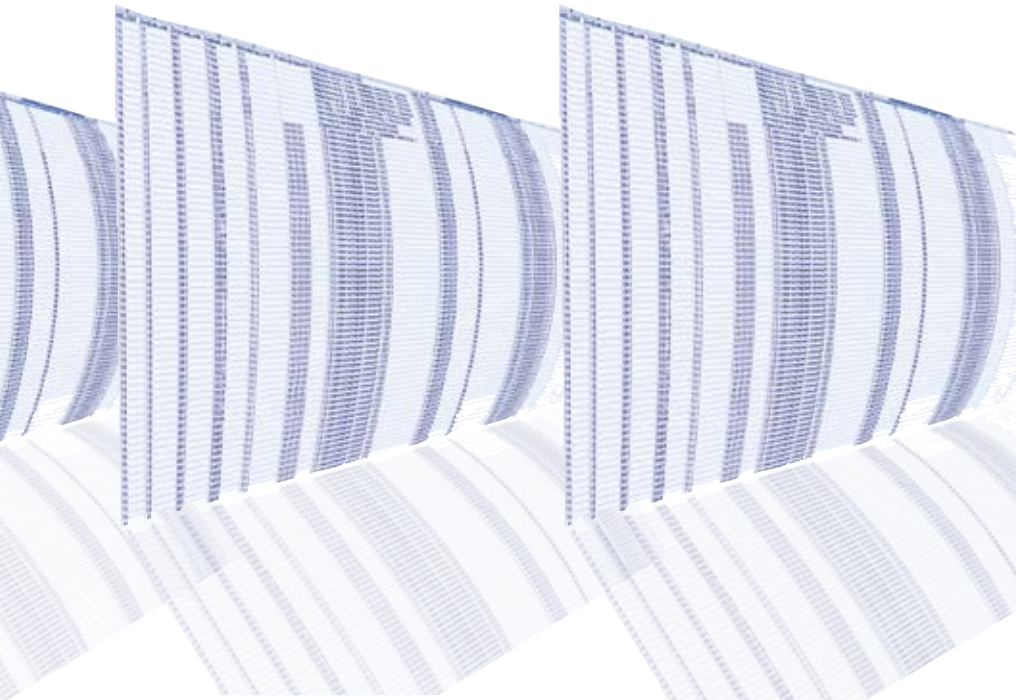
herkenbare zorgproducten voor het eigen specialisme. De andere wetenschappelijke verenigingen krijgen het verzoek hetzelfde te doen, en bij al die zorgproducten ook normtijden vast te stellen voor het werk dat de medisch specialist eraan heeft. Vermenigvuldigd met het (uniforme!) uurtarief voor medisch specialisten moet dat tot een rechtvaardig honorarium voor de medisch specialist leiden. Dat vond eerdergenoemde collega Aarts overigens iets minder aantrekkelijk.

De specialistische ambities rondom de DBC's stapelen zich dan verder op: het moet meer zijn dan een onderhandelings- en verrekeninstrument tussen

lijsten van soms duizenden DBC's (de vereniging voor kindergeneeskunde heeft er bijvoorbeeld zo'n 3400). Die zijn in de praktijk natuurlijk nauwelijks te hanteren.

SPOOKNOTA

De DBC's zijn echter vooral bedoeld om patiënten en verzekeraars op voorhand duidelijk te kunnen maken hoeveel een bepaalde behandeling in dat ziekenhuis gaat kosten en niet langer alles klakkeloos achteraf te vergoeden onder het motto 'wat de dokter doet is altijd goed'. Daarvoor zijn echt geen 60.000 DBC's nodig. Maar wel een integrale gemiddelde kostprijsberekening. Als bij een



SAMENVATTING

- Er heerst veel onvrede onder medisch specialisten over de bruikbaarheid van het DBC-systeem. Het is te ingewikkeld en fijnmazig en levert veel extra administratieve lasten op. Ook leidt het tot rekeningen die de patiënt niet begrijpt.
- De schuld daarvoor wordt vaak bij 'Den Haag' en de verzekeraars gelegd.
- De complexiteit van het DBC-systeem is echter veroorzaakt door de wetenschappelijke verenigingen. Zij zijn daarom verantwoordelijk voor de vereenvoudiging ervan. De Orde van Medisch Specialisten zou daarin het voortouw moeten nemen.

bepaalde behandeling gewoonlijk zes van de tien patiënten een röntgenonderzoek krijgen, komt er op elke nota 0,6 röntgenonderzoek te staan. Een ander ziekenhuis kan het met 0,4 röntgenonderzoek af, en werkt dus goedkoper. Terug naar het eerste voorbeeld: vier van de tien hebben geen röntgenonderzoek gehad, en zullen menen met een spooknota van doen te hebben. Dat ze erover klagen, komt doordat al die postjes op de nota gespecificeerd worden. En dat is weer nodig om het zelfstandig ondernemerschap van medisch specialisten in stand te houden. We hebben dus niet te maken met een weeffout maar met de intrinsieke en bedoelde eigenschappen van het systeem. Zoals ik bij het afrekenen van een pak melk ook betaal voor één miljoenste directeur van de zuivel-fabriek, die ik nooit gesproken heb.

MAXIMALE ZEKERHEDEN

Ik was ten tijde van het afsluiten van het DBC-akkoord tussen Zorgverzekeraars Nederland, de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten voorzitter van de Orde. Ik herinner me heel goed hoe traag de ontwikkeling van de DBC-lijsten en de verzameling van voldoende ziekenhuisgegevens om per DBC om een valide prijsberekening te kunnen maken, aanvankelijk verliep. Uiteindelijk bonden de verzekeraars, in de persoon van CZ-bestuursvoorzitter Mike Leers, de kat de belaan: een versnelling van het traject was dringend noodzakelijk als de DBC's in de

nabije toekomst daadwerkelijk moesten worden gebruikt. De wetenschappelijke verenigingen zijn daarop door de Orde bijeengeroepen en opnieuw bevraagd op het realiteitsgehalte van hun plannen op DBC-gebied. Als er voldoende steun zou komen, moest het lukken. Met heel veel externe begeleiding van een heuse projectorganisatie en ten koste van vele miljoenen zijn de DBC's er met jaren vertraging inderdaad gekomen. Niet tot vreugde van de praktiserend medisch specialisten naar blijkt. En dat begrijp ik heel goed.

Maar laat dan wel duidelijk zijn dat het niet de overheid is, noch de verzekeraars, noch de ziekenhuizen die om zo'n verijnd systeem van producttypering hebben gevraagd. Geen ambtenaar die het heeft bedacht. De complexiteit van het DBC-systeem is te danken aan de wetenschappelijke verenigingen en hun beroepsbelangencommissies die maximale zekerheden hebben willen inbouwen om met hun typeringslijsten alle denkbare verschillen tussen de specialistische praktijken achteraf te kunnen verklaren. Begrijpelijk, maar niet erg functioneel.

MAATSCHAPPELIJK BELANG

Hoe komen we uit die impasse na de tientallen miljoenen die de Nederlandse samenleving al in de ontwikkeling van de DBC's heeft gestoken? Door als medisch specialisten - wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten voorop - onze verantwoor-

ding te nemen en als de wiedeweerga de ontwikkelde DBC's te clusteren tot hooguit enkele tientallen groepen van kostenhomogene zorgvormen per specialisme. En dat is best mogelijk. Gelet op de historie geeft het geen pas om formuleringen te bezigen als 'we geven het systeem nog een jaar de tijd' of 'we trekken de stekker eruit'. Daarvoor is het maatschappelijk belang van een systeem dat eindelijk eens inzicht geeft in wat medisch specialisten en ziekenhuizen doen en wat dat kost, veel te groot.

Wie mij niet wil geloven, moet zich eens verdiepen in de effecten van de DBC's avant la lettre voor heup-, knie- en staaroperaties die onder Paars II door Els Borst zijn geïntroduceerd als boterbij-de-visfinanciering in het kader van de aanpak van de wachtlijsten. Die zijn daardoor als sneeuw voor de zon verdwenen. ■

F.B.M. Sanders,
radioloog in het Diaconessenhuis Utrecht/Zeist/Doorn,
oud-voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten,
voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Correspondentieadres: fbmsanders@chello.nl



DBC-FORUM

Doorgaan met de DBC's of
nu de stekker eruit?

Discussieer mee op ons DBC-forum via
www.medischcontact.nl/dbcforum