

Patiënten de dupe van onwerkbaar DBC's voor bariatrische chirurgie

De marktmeester laat het liggen

Maurits de Brauw,
chirurg, AntoniusMesosGroep,
Nieuwegein

Bart van Wagenveld,
chirurg, Sint Lucas Andreas
Ziekenhuis, Amsterdam

Beiden lid van de Beroeps
Belangen Vereniging van de
Nederlandse Vereniging voor
Heelkunde

Correspondentieadres:
mbrauw@mesos.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

De huidige methodiek om een nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) te creëren, leidt tot onwerkbaar gedochten. Dat kan er bij patiënten met overgewicht toe leiden dat zij niet de operatie krijgen die de meeste gezondheidswinst oplevert. Met dank aan marktmeester NZa.

De incidentie van obesitas en van morbide obesitas in het bijzonder neemt sterk toe in ons land. Een bariatrische operatie is tot nog toe de enige bewezen effectieve behandeling met goede langetermijnresultaten.¹ In Nederland werden vorig jaar ongeveer drieduizend operaties verricht. De verwachting is dat dit aantal aanzienlijk zal stijgen de komende jaren.¹

In het bestaande budgetsysteem zijn de ziekenhuiskosten van deze innovatieve zorg nog niet opgenomen. Voor de medisch specialisten is er geen adequate honorering. Tot dusverre hebben zij ontoereikende 'alsof'-codes voor de bariatrische patiënten gehanteerd. Bij zowel ziekenhuizen en specialisten als zorgverzekeraars bestaat grote behoefte deze geaccepteerde behandelingen onder te brengen in een diagnosebehandelcombinatie (DBC). Het tot stand komen van de DBC's voor bariatrische chirurgie blijkt echter een moeizaam proces.

Veertien vragen

De aanvraag van een nieuwe DBC vergt een grondige onderbouwing met daarin de omvang van het probleem, het beschikbare wetenschappelijke bewijs voor het nut en de effectiviteit van de verschillende behandelingen, de

verwachte aantallen te behandelen patiënten, de raakvlakken met andere specialismen, de beschrijvingen van de achterliggende zorgprocessen, de zorgprofielen voor elke soort behandeling, de essentiële verrichtingen, de normtijden per processtap, een tariefsberekening met honorarium, de productgroepen en de (financiële) consequenties van het instellen van de DBC.² In een document van 26 pagina's hebben wij deze veertien vragen voor een nieuwe DBC-aanvraag beantwoord. Een van de moeilijkste onderdelen is het schatten van de ziekenhuiskosten. Kostenopgaven van vijf representatieve ziekenhuizen verschillen onderling met 30 procent. Voor de inschatting van de tijdsbesteding van betrokken specialisten wordt telefonisch vergaderd, overleg gevoerd via de e-mail en een bijeenkomst in Emmen belegd met ervaren bariatrische chirurgen afkomstig uit elf ziekenhuizen. Het completeren van de DBC-aanvraag kost anderhalf jaar. De geschatte tijdsinvestering bedraagt 120 uur voor ons chirurgen. De DBC-aanvraag behelst de multidisciplinaire preoperatieve screening van morbide obese patiënten (conservatieve behandeling), vier verschillende operaties (met elk een open en endoscopische variant) en een vervolgcodering voor het postoperatieve traject.

Teleurstellend

De voltooide DBC-aanvraag wordt ingeleverd bij de beoordelaars: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), DBC-Onderhoud en het College

*Het completeren
van de DBC-aanvraag
kost anderhalf jaar*



Als ziekenhuizen fors verlies lijden op de bariatrische behandelingen, zullen de patiënten daarvan uiteindelijk de dupe worden.

beeld: Laif, HH

voor zorgverzekeringen (CVZ). De NZa is als marktmeester de eindverantwoordelijke voor het vaststellen van het DBC-tarief.² DBC-Onderhoud is een private organisatie die namens de specialisten, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties hulp biedt bij het creëren of bijstellen van DBC's.³ Het CVZ is onder meer verantwoordelijk voor de samenstelling van het pakket te verzekeren zorg.⁴ De reactie van de beoordelaars NZa, DBC-Onderhoud en CVZ op onze DBC-aanvraag is dat de totale kosten van deze DBC macro-economisch niet méér mogen bedragen dan die van de 'alsof'-codes en dat slechts één DBC wordt toegekend. Vanzelfsprekend is deze uitkomst zeer teleurstellend. Het fundament van de DBC-financiering is het ontwerpen van een transparant systeem van werkelijke kostprijzen en tijdsbesteding per behandeling. De belangrijkste reden voor de aanvraag van een nieuwe DBC is juist dat de bestaande DBC's voor een hernia diaphragmatica en een maag-ulcus niet toereikend zijn voor de behandeling van morbide obese patiënten. In dit geval lijkt een primaire taak van de NZa, de tariefstelling, te worden verward met de oude preoccupatie van het voormalige College tarieven gezondheidszorg (CTG), namelijk het vasthouden aan een budgettair kader. De beperktheid van deze visie blijkt uit het feit dat de zorgverzekeraar de kosten van behandeling binnen drie jaar

terugverdiend. Als ziekenhuizen fors verlies lijden op de bariatrische behandelingen, zullen de patiënten daarvan uiteindelijk de dupe worden. Juist omdat de huidige bekostiging niet toereikend is, worden te weinig patiënten in Nederland behandeld in vergelijking met omliggende landen.⁵ Dit betekent dat deze patiënten aantoonbare gezondheidswinst en een langer leven wordt onthouden.

Perverse prikkel

Het toekennen van slechts één DBC doet geen recht aan de variatie aan inzet en kosten van de verschillende behandelopties. Is het leidende principe van de beoordelaars het totale aantal DBC's te beperken? Slechts één DBC betekent dat via een casemix van de vier operatieve behandelingen een gemiddelde kostprijs wordt berekend. Dit zorgt voor een perverse prikkel die zal leiden tot een voorspelbaar verkeerde selectie van patiënten en procedures. De snellere maagbandoperatie wordt bij één DBC-prijs zeer winstgevend voor ziekenhuizen (en zelfstandige behandelcentra), terwijl de complexe bypassprocedures een aanzienlijk verlies opleveren voor ziekenhuizen en specialisten. Zo ontstaat een stevige financiële stimulans om (te) zware patiënten met de minder effectieve maagbandoperatie te behandelen. De gezondheidswinst van de behandeling wordt daardoor kleiner.

In de huidige DBC's is voor postoperatieve controle maximaal een jaar gereserveerd, terwijl de International Federation for the Surgery of Obesity (IFSO) daarvoor minstens vijf jaar rekent.



Wij maken vervolgens bezwaar tegen deze wijzigingen in de oorspronkelijke aanvraag. De beroepsverenigingen en de Orde steunen ons hierin. Na uitvoerig informeel overleg met NZa, DBC-Onderhoud en CVZ, stemmen de beoordelaars in met twee DBC's mits deze passen in de DBC-systematiek, en de totale kosten van de behandelingen met niet meer dan 5 miljoen euro toenemen. We dienen onze aanpassingen in bij de beoordelaars. In de vier hierop volgende maanden vernemen wij niets meer van ze.

Levenslang

DBC-Onderhoud maakt in het 'Aprilpakket 2008' de resultaten van onze aanvraag bekend.⁶ Twee DBC's zijn toegekend op basis van een diagnostisch onderscheid, de body-mass index. Deze indeling komt slechts gedeeltelijk overeen met de indicaties voor een lichtere maagbandoperatie en met die voor een zwaardere bypassoperatie. Binnen de twee toegewezen DBC's zijn slechts twee operatieve ingrepen te coderen. Er is geen mogelijkheid de preoperatieve zorg te registreren of te declareren. Dit betekent dat ziekenhuizen en specialisten het bewerkelijke multidisciplinaire preoperatieve traject waarbij 30 procent van de morbide obese patiënten afvalt, niet kunnen declareren. Verder is volstrekt onduidelijk of en in welke mate de activiteiten van de ondersteunende specialisten in de honorariumcomponent van de DBC zijn verwerkt.

In de DBC-prijzen is alleen de netto-operatietijd als tijdsbesteding opgenomen, wat over-

eenkomt met de helft van de door ons berekende werkelijke tijdsbesteding van chirurgen. DBC-Onderhoud blijkt voor het indienen onze oorspronkelijke aanvraag geheel te hebben herschreven en ons tijdsbestedingsonderzoek bij elf ziekenhuizen naar eigen inzichten te hebben aangepast, zonder ons als indieners op de hoogte te stellen. Wij hebben geen kans gehad de nieuwe aanvraag op inhoud te beoordelen en eventueel te corrigeren. Ook bij navraag kan DBC-Onderhoud geen enkele onderbouwing aangedragen voor deze wijzigingen. Het gevolg is dat een maagbandoperatie bij een morbide obese patiënt een chirurg aanzienlijk minder oplevert dan bijvoorbeeld een kijkoperatie voor een liesbreuk beiderzijds. Dit is niet proportioneel, omdat een bariatrische operatie technisch zeer veeleisend is en slechts een klein aantal chirurgen deze kan verrichten. Bovendien is het gehele postoperatieve traject uit de DBC's verwijderd. Dit is onbegrijpelijk. Na het plaatsen van een maagband is een zeer frequente controle nodig met het in stappen aanpassen van de doorgankelijkheid. Gastric-bypasspatiënten moeten levenslang worden vervolgd wegens mogelijke metabole complicaties. De nationale werkgroep en de International Federation for the Surgery of Obesity (IFSO) eisen een minimale controleduur van vijf jaar na een operatie. In de huidige DBC's is een controle van maximaal een jaar voorzien, hetgeen onvoldoende zorg biedt voor patiënten en niet in overeenstemming is met de richtlijnen van de beroepsgroep.⁷

Wantrouwen

Deze DBC's voor bariatrische chirurgie, met alleen de mogelijkheid een operatieve ingreep te coderen, leiden in de praktijk tot

De NZa verhindert goede, normale marktwerking



De literatuurlijst en een uitgebreid DBC-dossier vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

SAMENVATTING

- De huidige procedure voor de aanvraag van een nieuwe DBC is langdurig, omslachtig, ondoorzichtig en verspilt tijd van professionals.
- NZa, DBC-Onderhoud en CVZ hanteren oneigenlijke argumenten bij de beoordeling van een DBC-aanvraag.
- De DBC's voor bariatrische chirurgie veroorzaken perverse prikkels en maken behandeling in Nederland erg onaantrekkelijk.
- Preoperatieve zorg en het postoperatieve traject zijn na een bariatrische operatie niet te declareren en maken de DBC's onwerkzaam.
- Morbide obese patiënten zullen de dupe worden van deze onwerkzame DBC's.
- De procedure voor het aanvragen van een nieuwe DBC moet worden herzien, evenals de rol van de beoordelaars.

een onwerkzame situatie. Het ziekenhuis en specialisten kunnen kosten en werkzaamheden voor, tijdens en na een operatie niet adequaat registreren. De NZa heeft recentelijk een verbod uitgevaardigd op 'alsof'-coderen: dit levert een economisch delict op. Niet coderen is geen oplossing, maar wel coderen kan niet. Noodzakelijk gebruik van 'alsof'-codes levert voorspelbare krantenkoppen op: 'Specialisten frauderen op grote schaal met maagverkleiningsbehandelingen'. Uit de houding van de NZa, DBC-Onderhoud en CVZ spreekt een groot wantrouwen tegenover de indieners uit de beroepsgroep die de DBC-aanvragen verzorgen. Is dit vanwege het vermeende eigenbelang van de beroepsgroep?


Negeren

Wantrouwen is niet de enige verklaring. De beoordelaars negeren ook de objectieve gegevens uit een studie naar de kosten van de maagband door een afdeling Gezondheidswetenschappen, die meer dan 1200 euro hoger uitkomt voor de operatie.⁸ De beoordelaars NZa, DBC-Onderhoud en CVZ hanteren een geheel eigen ondoorgroendelijke methode om tot een nieuwe DBC te komen. De onderbouwing op basis van literatuuronderzoek, praktijkgegevens en bijeenkomsten door de betrokken beroepsgroep is genegeerd. Ziekenhuizen en specialisten krijgen een te laag tarief voor hun zorg. Moeten morbide obese patiënten alsnog uitwijken naar België, waar de tarieven lager zijn door subsidie

van de vaste ziekenhuiskosten door de Belgische overheid?

Dubbelrol

De huidige procedure voor het aanvragen van een nieuwe DBC duurt te lang, is ondoorzichtig en levert een onbruikbaar product op. Specialisten zouden niet moeten meewerken aan de huidige procedure. De procedure is juridisch niet controleerbaar en de verantwoordelijkheden zijn niet goed beschreven. Uiteindelijk is de NZa verantwoordelijk voor deze onwerkzame DBC. De NZa belemmert reële prijsvorming en verhindert daardoor goede normale marktwerking. DBC-Onderhoud speelt een dubbelrol en verandert op eigen initiatief en zonder overleg het tijdsbestedingsonderzoek in de DBC-aanvraag.

Naar onze mening moet de rol van de beoordelaars worden herzien. Allereerst dient DBC-Onderhoud onafhankelijk te zijn van de NZa. Dit moet zijn gewaarborgd, zodat DBC-Onderhoud onpartijdig de informatie uit 'het veld' op een goede manier kan vertalen in een DBC-aanvraag. Vervolgens vellen de NZa en het CVZ een voorlopig oordeel over de aanvraag. Dit oordeel moet gemotiveerd en openbaar zijn. Ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en specialisten kunnen via hoor en wederhoor invloed uitoefenen op het resultaat, voordat een definitieve beslissing over een nieuwe DBC wordt genomen. 

Reacties zorgautoriteit NZa en DBC-Onderhoud

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) laat weten dat de DBC's voor bariatrische chirurgie het declareren van een operatieve behandeling van patiënten met morbide obesitas mogelijk moesten maken. Dit omdat deze behandeling sinds kort onder verzekerde zorg valt. 'De vastgestelde DBC's bieden hiertoe de mogelijkheid', aldus de NZa. De zorgautoriteit ontkent dat de DBC's zich beperken tot het operatieve traject. 'Zowel het pre- als het postoperatieve traject zijn in deze DBC's - zoals gebruikelijk - meegenomen. De overige (niet-operatieve) zorg voor deze groep chronische patiënten is niet nieuw, maar bestaat al langer. Deze zorg kan dan ook worden gedeclareerd binnen de bestaande set DBC's.'

Uitbreiding met meer DBC's vindt de NZa niet nodig en wenselijk. 'Dit gezien de roep vanuit het veld het aantal DBC's zo beperkt mogelijk te houden.' Op de vraag of de berekende tijdsbesteding in de DBC's voor bariatrische chirurgie reëel is,

geven de NZa en DBC-Onderhoud geen antwoord.

Zowel de NZa als DBC-Onderhoud hebben begrip voor de kritiek van de Vereniging voor Heelkunde op de onduidelijkheid van de procedure die geldt voor de aanvraag en totstandkoming van een nieuwe of gewijzigde DBC. 'Hierin speelt de onbekendheid met de rolverdeling tussen de NZa en DBC-Onderhoud een belangrijke rol', aldus DBC-Onderhoud. 'Per 1 augustus 2008 zijn nieuwe aanvraagprocedures ingegaan waarmee een groot deel van de onduidelijkheid is weggenomen. DBC-Onderhoud heeft in deze een adviserende rol, de besluitvorming ligt bij de NZa.' De NZa voegt toe dat DBC-Onderhoud het inhoudelijk onderbouwde voorstel doet in samenspraak met de aanvragers en marktpartijen. De NZa toetst het voorstel marginaal aan de hand van de daarvoor geldende beleidsmatige toetsingskaders. Zij kijkt bij haar toetsing naar diverse criteria, waaronder redelijkheid en proportionaliteit. **RC**

Referenties [voor op de website]

1. Greve JWM, Janssen IMC, Ramshorst B van. Maagverkleining bij volwassenen met morbide obesitas in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 2007; 151; 1116-20.
2. www.nza.nl: missie.
3. www.dbconderhoud.nl: format dossiereisen.
4. www.cvz.nl : over het CVZ.
5. Brauw LM de. Bariatrische chirurgie in Europa. Najaarsvergadering NVGIC 2007 Zeist.
6. www.dbconderhoud.nl: aprilpakket 2008.
7. Bariatrische Werkgroep Nederland. Consensus Bijeenkomst Utrecht, 25 februari 2008, in press 2008.
8. Mastrigt GA van, Dielen FM van, Severens JL, Voss GB, Greve JW. One-year cost-effectiveness of surgical treatment of morbid obesity: vertical banded gastroplasty versus Lap-Band. Obes Surg 2006; 16 (1): 75-84.