

Verbeterd DBC-systeem is bijna af

Het nieuwe declareren komt eraan

beeld: Shutterstock

Robert Crommentuyn

Het DBC-systeem gaat ingrijpend op de schop. In lommerrijke bossen werken artsen en techneuten samen aan een nieuw, overzichtelijk declaratiesysteem. Althans, dat is de bedoeling.

Landgoed Beukenrode ligt verscholen in de bossen van de Utrechtse heuvelrug. 'Aangenaam vertoeven' wordt hier met hoofdletters geschreven. 'Een prettige omgeving om in een ongedwongen sfeer te werken aan het nieuwe informatie- en declaratiesysteem voor ziekenhuizen', zegt adjunct-directeur Joost Warners van DBC-Onderhoud. Eerder deze maand reisden medisch specialisten van verschillende disciplines af naar Beukenrode om samen met vertegenwoordigers van ziekenhuizen en verzekeraars aan de slag te gaan met de 'techneuten' van DBC-Onderhoud. Het was voor de zesde keer dat deze zogeheten Clinical Expert Teams de details van het nieuwe systeem voor ziekenhuizen uitwerken. En dat alles in het kader van het project DBC's op weg naar Transparantie (DOT).

Vergissingen

Het is voor de meeste medisch specialisten geen nieuws dat het bestaande DBC-systeem een

aantal belangrijke tekortkomingen kent. Dit declaratiemodel werd in 2005 ingevoerd met drie hoofddoelen: beter inzicht in de kosten van ziekenhuizen, loon naar werken voor medisch specialisten en inkomensharmonisatie tussen specialisten. Door de grote hoeveelheid DBC's is de gewenste transparantie niet goed van de grond gekomen. Omdat elk medisch specialisme zijn eigen DBC's definieerde, is er grote diversiteit ontstaan. Dat heeft weer tot allerlei vergissingen en onduidelijkheden bij het registreren en declareren geleid. Het blijkt bovendien lastig aanpassingen onder te brengen in het DBC-systeem.

Na de introductie in 2005 regende het klachten van artsen en burgers. Al snel nam de politieke druk toe om het systeem grondig te herzien. In 2006 lanceerde ziekenhuisvereniging NVZ de grondslagen van het verbeterplan dat nu wordt uitgevoerd. Toen dacht voormalig NVZ-voorzitter Joan Leemhuis-Stout nog dat het nieuwe systeem in 2007 kon worden ingevoerd.

In werkelijkheid bereikten ziekenhuizen, artsen, overheid en toezichthouders in dat jaar pas overeenstemming over DOT. Nu is de haast groot. Over twee weken moet het nieuwe informatie- en declaratiesysteem inhoudelijk klaar zijn. Begin volgend jaar gaan de eerste ziekenhuizen ermee proefdraaien en in 2010 volgt algemene introductie.

Verzet

Op Beukenrode is van die tijdsdruk weinig te merken. Warners kan in alle rust uitleggen waar het bij DOT om draait. 'Het centrale idee is dat er een systeem komt dat declareerbare zorgproducten automatisch afleidt uit de diagnose en de daaraan gekoppelde verrichtingen. In de nieuwe werkwijze noteert de behandelend arts zijn diagnose in een softwareprogramma. Daar wordt het gekoppeld aan de basisregistratie van verrichtingen van het ziekenhuis. Die set aan gegevens stuurt het ziekenhuis naar een 'grouper'. Dat is een landelijk programma dat uit de aangeboden gegevens declareerbare zorgproducten destilleert. De grouper maakt bij het afleiden van die zorgproducten gebruik van het internationale diagnoseclassificatiesysteem ICD-10.'

De grote winst van deze werkwijze moet zijn dat de administratieve lasten op termijn afnemen. Het nieuwe systeem genereert immers automatisch zorgproducten uit de basisregistratie die niet meer hoeven te worden gevalideerd. Daarnaast komen er veel minder zorgproducten dan dat er DBC's zijn en worden ze bovendien 'medisch herkenbaar'.

DOT is niet onomstreden. De Orde van Medisch Specialisten heeft zich lang verzet tegen het gebruik van de ICD-10 als classificatiesysteem. Liever waren de medisch specialisten verdergegaan met hun eigen typeringslijsten. Deels is die kritiek wel terecht, zegt Warners. 'Een aantal vakken past moeilijker in het systeem. Vooral vakken die minder samenhangen met de menselijke anatomie en vakken met veel verrichtingen, zoals radiologie, kindergeneeskunde, psychiatrie en anesthesiologie. Voor vakken als radiologie en kindergeneeskunde is de anatomie niet relevant. Die bestrijken de hele mens, in casu het hele kind. Door daar geforceerd het ICD-10-systeem overheen te leggen, dreigt het vak te versplinteren, met grote onoverzichtelijkheid tot gevolg.' Een aantal disciplines is daarom vooralsnog uit het ICD-

10-stramien gehaald. Al zullen ze er vanaf 2011 wel in moeten passen. 'Maar daarmee is er wel een langere overgangstermijn gecreëerd.'

Geen politiek

Voor het overgrote deel van het zorgaanbod wordt er wel degelijk winst geboekt, aldus Warners. 'Nu is het bijvoorbeeld zo dat er voor één behandeling verscheidene DBC's kunnen bestaan. Het carpaletunnelsyndroom (CTS) is een goed voorbeeld. Dat kan worden behandeld door een neurochirurg, een orthopedisch chirurg of een plastisch chirurg. Die hebben elk hun eigen DBC. In het nieuwe systeem gelden straks bij dezelfde diagnose in principe dezelfde zorgproducten.'

Volgens Warners worden zaken niet alleen maar versimpeld, maar vooral ook beter toegesneden op de realiteit van de werkvloer. 'Voor de huidige consult-DBC's zullen zorgproducten in de plaats komen die de praktijk beter weerspiegelen. Het consult van een orthopeed is immers heel iets anders dan dat van een reumatoloog. Die zaken worden weer uit elkaar gehaald.'

De doelstelling om het aantal declarabele producten te verkleinen, wordt gehaald, aldus Warners. 'We streven naar maximaal drieduizend zorgproducten, maar het lijkt erop dat we in de buurt van de vijftienghonderd uitkomen. Naar verwachting zullen enkele honderden zorgproducten samen goed zijn voor 80 procent van de omzet. Ter vergelijking: nu zijn meer dan duizend DBC's nodig om 80 procent van de omzet te omschrijven.'

De sessies in de Clinical Expert Teams zijn bedoeld om tot optimale medische herkenbaarheid van de zorgproducten te komen, zegt Floriaan van Bemmelen, projectleider van de expertteams. 'In de expertteams wordt niet formeel onderhandeld. Er wordt geen politiek bedreven. Deelnemers zitten er ook op persoonlijke titel, al komen ze steeds vaker namens een van de wetenschappelijke verenigingen. De vraag is natuurlijk: wat is medisch herkenbaar? Wij vinden: "een product dat gevoelsmatig samenhangt met de praktijk".' Van Bemmelen geeft als voorbeeld het zorgproduct voor heup- en knieoperaties. 'Als je de ICD-10 strikt volgt, wordt dat mogelijk één product, maar dat stuitte op verzet bij de mensen uit de praktijk. De verschillen zijn toch te groot en nu zijn ze toch ondergebracht in twee producten.'

Laatste loodjes

In een vergaderkamer van het rustieke landhuis doet een gezelschap van acht mensen

Beter toegesneden op de realiteit van de werkvloer

'De disharmonie tussen de inkomens is nu groter dan ooit tevoren'

ondertussen het echte werk. Aan de ene zijde van de tafel zitten de 'technuten' van DBC-Onderhoud: Lucien Bögels, Martijn Ludwig en Peter Dohmen. Tegenover hen zit 'het veld' in de personen van Lieve Vandamme van de zorgadministratie van het UMC Utrecht en haar collega Ruud Dool van Erasmus MC. Zij vertegenwoordigen de federatie van universitaire ziekenhuizen NFU. En verder de kno-artsen Wilco Grolman, Henri Marres en Gert Jan van Zeben. Op de agenda staan de laatste loodjes van het maken van zorgproducten voor de kno-geneeskunde.

Die zorgproducten zijn ondergebracht in zeven 'analysegroepen', waarvan er vijf klaar zijn. Twee vergen wat werk: de analysegroep 'Maligniteiten van het hoofd-halsgebied' en 'Aandoeningen van het oor en processus mastoideus'. Elke analysegroep bestaat uit een beslisboom die via ja/nee-vragen zorgproducten uitkristalliseert. De vertakkingen worden gemaakt op basis van de vraag of bepaalde behandelingen of diagnoses aanwezig zijn. 'Klinische opname' en 'overige operatieve en therapeutische ingrepen' zijn voorbeelden van zulke ja/nee-vragen. De beslisboom is voor de relatieve leek behoorlijk abstract en ook het gesprek tussen de leden van het expertteam is voor buitenstaanders al snel niet meer te volgen. Vragen als 'waar horen de maligne neoplasmata', 'waar valt de bloedneus nu onder', 'is de glomustumor nu wel of niet maligne', klinken nog concreet. Hoe de antwoorden op die vragen zich vertalen in veranderingen in de beslisboom en daarmee in de gedefinieerde zorgproducten, blijkt lastig te reconstrueren. Duidelijk is wel dat het gezelschap

zich gedreven en gestaag door de materie heen werkt en dat ze elkaar lijken te begrijpen.

Boven de pet

Later zegt Gert Jan van Zeben, kno-arts in het Atrium Medisch Centrum en voorzitter van de beroepsbelangencommissie van de knovereniging: 'Ik denk dat het wordingsproces van de zorgproducten 95 procent van de medisch specialisten boven de pet gaat. Ik zit erbij omdat de andere kant van de tafel alles weet van tabellen en niets van de inhoud van het vak. Als je als wetenschappelijke vereniging niet bij dit overleg bent, kun je er ook geen input leveren en zal er over je worden beslist.'

Van Zeben vindt het terecht dat het bestaande systeem wordt aangepast. Volgens hem is het DBC-systeem er niet in geslaagd om inkomensharmonisatie te bewerkstelligen. 'Er is nu een grotere disharmonie tussen de inkomens dan ooit tevoren. Dat komt omdat in de oorspronkelijke zorgprofielen altijd een stukje honorarium voor de ondersteuners is opgenomen. Dit kan niet worden aangepast, terwijl inmiddels duidelijk is dat dit tot een onevenredige toename van de honorering van deze specialismen heeft geleid. Zo wordt de aanvraag van radio-diagnostiek door de huisarts apart beloond aan de radioloog. En bij verwijzing van deze patiënt naar de medisch specialist voor dezelfde klacht wordt de radioloog nogmaals voor de radio-diagnostiek betaald.'

Het gebrekkige vertrouwen in het oude systeem leidt niet meteen tot optimisme over het nieuwe systeem. De totstandkoming daarvan verloopt volgens Van Zeben niet vlekkeloos. 'Tijdens bijeenkomsten als deze worden verrichtingen aan zorgproducten gekoppeld. Het is alleen jammer dat DBC-Onderhoud niet van tevoren een lijst met alle verrichtingen naar de wetenschappelijke verenigingen heeft gestuurd. De gebruikte lijst blijkt niet meer actueel en moet nu alsnog worden opgeschoond. Tegelijkertijd is er geen mogelijkheid om nieuwe ontwikkelingen in het vak aan de lijst toe te voegen. Dat hadden we graag anders gezien.'

Of de ambitieuze deadlines voor het nieuwe systeem worden gehaald, acht de kno-arts onzeker. 'Het moeilijkst moet nog komen: namelijk het koppelen van de normtijden aan de zorgproducten en het afspreken van uniforme registratieregels. En dan moet alles nog worden ondergebracht in een werkend ICT-systeem. Minister Klink heeft de Kamer beloofd dat er snel een overzichtelijk systeem ligt. Ik denk dat dat te veel is gevraagd.'



Het rapport *Het DOT-effect* – Een analyse van de gevolgen van het project 'DBC's op weg naar Transparantie' vindt u via de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

