

TERUG NAAR HET ABONNEMENT

DBC's alleen geschikt voor financiering van goed omschreven zorg

Het op medische leest geschoeide DBC-systeem is niet geschikt om alle zorg mee te financieren. Feitelijk kan dat alleen bij duidelijk omschreven producten die zich goed lenen voor marktwerking. Voor de financiering van alle andere zorg is het aloude abonnementsysteem een betere oplossing.

GEERTJAN MELLEMA

In Medisch Contact staan bijna wekelijks artikelen over de problemen bij het invoeren van het systeem van de diagnose-behandeling-combinaties (DBC's). Er wordt opgeroepen tot staking¹ en er wordt openlijk geschreven over de mogelijkheid om een andere DBC te kiezen omdat die beter 'past'.² Vooral de medisch specialisten klagen over de vele extra administratieve handelingen die het nieuwe financieringssysteem meebrengt. Maar hoe terecht is dat? Voor een antwoord op die vraag moeten we terug in de tijd.

TE VEEL CODES

De Commissie Modernisering Curatieve Zorg³ (commissie-Biesheuvel) stelde in 1993 voor de ziekenhuiszorg

en medisch-specialistische zorg meer samen te voegen door het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf in te voeren en de zorg te omschrijven in termen van producten. Deze zorgproducten moesten verder worden gedefinieerd en worden voorzien van kostendeekkende productprijzen. Dit laatste omdat destijds in de financieringssystemen geen relatie bestond tussen vergoedingen, kosten en productie.

Het vigerende verrichtingsstelsel, zoals dat in de loop der tijd tot stand was gekomen en door de Commissie Overleg Tarieven Gezondheidszorg/het College Tarieven Gezondheidszorg was vastgesteld en voorzien van maximumtarieven, was - volgens de medisch specialisten - niet meer van deze tijd. De prijs-prestatieverhouding deed geen recht aan allerlei activiteiten die de specialist wel geacht werd te doen, maar waarvoor geen declaratiecode bestond (en die dus niet declareerbaar waren), zoals patiëntenvoorlichting en multidisciplinair overleg. Ook waren er te veel codes (circa 25.000), was het systeem niet goed onderhouden en was er geen CTG-nummer voor nieuwere technieken.

Bij het financieringssysteem voor de ziekenhuizen (de functiegerichte budgettering) bestond ook nauwelijks een relatie tussen de feitelijke kosten van geleverde diensten en de tariefstelling.

Het oude financieringssysteem kende nauwelijks een relatie tussen kosten en tarieven

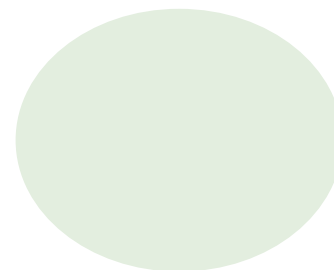
Het systeem was gebaseerd op de aantallen opnamen, verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken en dagbehandelingen. Daarmee was het scala aan activiteiten binnen het ziekenhuis niet voldoende gedekt. Het moest daarom eveneens worden vervangen door een systeem dat

meer recht deed aan wat er intramuraal werkelijk gebeurde.

TRANSPARANTIE

De Orde van Medisch Specialisten (Orde), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) pakten gezamenlijk het idee van de commissie-Biesheuvel voor productprijzen op. Dit resulteerde in 1994 in het project 'Producttypering medisch-specialistische ziekenhuiszorg'. Doel van het project was meer transparantie te verkrijgen in de kosten van de integrale dienstverlening van ziekenhuis en specialist.

Voor de invulling van het idee was de definiëring van producten noodzakelijk. De partijen kozen in nauw overleg met VWS voor een nieuw te ontwikkelen, Nederlands systeem van diagnose-behandeling-combinaties. De medisch specialisten eisten vervolgens het primaat op om de producten in de vorm



van DBC's te omschrijven. Hun wetenschappelijke verenigingen presenteerden na jaren van noeste arbeid hun DBC-lijsten.

Het eindresultaat is een per specialisme uitgewerkt, zeer gedetailleerd systeem. Het komt tegemoet aan >>

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

De uniforme opdracht aan de wetenschappelijke verenigingen ten spijt, zijn er 24 verschillende systemen ontstaan, met ieder een eigen instructie en een eigen systematiek.

<< de wens om zoveel mogelijk combinaties van diagnose en behandeling in kaart te brengen. Helaas zijn er - hoewel de opdracht aan de 24 wetenschappelijke verenigingen dezelfde was - 24 verschillende systemen ontstaan, met ieder een eigen instructie en een eigen systematiek. Dat maakt onderlinge vergelijking moeilijk en verhoogt de transparantie niet. Daarnaast is door het streven van de medisch specialisten om alles zo goed mogelijk in kaart te brengen, het aantal DBC's uit de hand gelopen. Er zijn er nu circa 350.000 gedefinieerd en er komen er nog bij, omdat er lacunes zijn geconstateerd die moeten worden opgevuld. Ook zullen vakgebieden als de geestelijke gezondheidszorg en de revalidatie-geneeskunde nog een DBC-lijst produceren.

FIJNMAZIG

Gelet op de wijze waarop het systeem is ontstaan, kunnen medisch specialisten

dan ook niet zeggen dat het systeem hun wordt opgelegd. Zij hebben het zelf zo ingericht.

De vraag is nu of er met dit fijnmazige, op medische leest geschoeide registratiesysteem een goed declaratiesysteem is ontwikkeld, dat recht doet aan de oorspronkelijke uitgangspunten.

De reacties van diverse medisch specialisten laten zien dat zij die mening niet zijn toegedaan. Hoewel fijnmazig, is het systeem niet compleet. De specialisten moeten soms 'creatieve oplossingen' bedenken om een activiteit toch geregistreerd en daarmee gedeclareerd te krijgen. Ook andere artsen begrijpen soms niets meer van de DBC's.⁴ Bij een echt transparant systeem zou dat niet het geval zijn.

Moet dan gehoor worden gegeven aan de roep om maar een ander systeem in te voeren, zoals Roex en Berden opperen?⁵ Zij stellen een *Population Based Funding* voor, waarbij de ziekenhuizen

op basis van determinanten en prevalentie van ziekten in het adherentiegebied worden gehonoreerd. Dat systeem lijkt veel op het abonnemententariëfsysteem, zoals wij dat voor de huisartsen kennen en zoals dat al eerder is voorgesteld.^{6,7} Hoewel zo'n systeem verleidelijk lijkt, is het toch beter om eerst te bezien wat al is bereikt met de ontwikkeling en de invoering van het DBC-systeem.

Voor de medisch specialisten:

- De diverse wetenschappelijke verenigingen hebben binnen hun eigen kring uitgebreid gesproken over de diverse activiteiten die zij uitvoeren en hebben deze vervolgens in kaart gebracht.
- Er is per DBC een soort norm vastgesteld, zowel qua activiteiten als qua tijdsbeslag, waardoor de onderlinge vergelijking tussen specialisten en ziekenhuizen beter mogelijk is.

Voor de ziekenhuizen:

- Meer inzicht in de kosten en betere managementinformatie.⁸
- Omschrijving van het product dat wordt geleverd, waardoor onderhandelingen over prijs en kwaliteit mogelijk zijn.

Voor de zorgverzekeraars:

- Duidelijker inzicht in kosten en behandelingen
- Zorg wordt transparant, waardoor de financiering beter kan worden afgestemd op de werkelijke kosten.
- Door de invoering van het zogenaamde B-segment, met vrij onderhandelbare prijzen per DBC en op basis van een onderliggend zorgprofiel, kan echt worden vergeleken wie wat doet voor welke prijs. Dit maakt duidelijk dat er soms tussen de ziekenhuizen grote verschillen zijn.⁹ Verder kan worden gesteld dat hierdoor daadwerkelijk gestalte kan worden gegeven aan de door de politiek zo gewenste marktwerking.
- Zorgverzekeraars kunnen op basis hiervan beter invulling geven aan zorginkoop. Zo kunnen hogere eisen worden gesteld aan de snelheid en de kwaliteit van de te leveren zorg.¹⁰

Er zijn ook nadelen:

- Het systeem is zo gedetailleerd geworden dat het onwerkbaar wordt geacht. Toenmalig CTG-voorzitter Scheerder heeft hiervoor al in een vroeg stadium gewaarschuwd en gepleit voor cluste-

- ring om het DBC-systeem werkbaar te houden als declaratiesysteem.¹¹
- Het systeem is gebaseerd op de huidige stand van zaken en moet worden onderhouden. Dat zal veel tijd en dus geld kosten.
 - Het systeem is zo ingewikkeld geworden dat bijna niemand het meer snapt. Slechts een enkeling weet wat wel en wat niet mag worden gedeclareerd.
 - Het systeem is fraudegevoelig.
 - Het DBC-systeem beschrijft een gemiddelde. Deze omschrijving komt

DBC-systeem is niet geschikt als financieringssysteem

- ook op de nota. Dat leidt tot veel misverstanden, vooral bij patiënten.¹²
- Bij de administratieve afhandeling kan het een en ander mis gaan, waardoor de zorgverzekeraar nota's niet kan accepteren en betalen.
 - Het is een verrichtingensysteem. Elk verrichtingensysteem leidt tot oneigenlijke incentives voor specialist en/of ziekenhuis. Kijk naar de effecten van het B-segment, waarvan wordt gemeld dat het effecten heeft op het A-deel, dat niet direct bij meer ingrepen tot meer geld leidt.

LOSOPPELEN

Hoe kunnen we het goede van het DBC-systeem behouden en het voor alle partijen werkbaar en transparanter maken zonder het gelijk maar overboord te gooien?

Hiervoor is het noodzakelijk dat we erkennen dat een op medische leest geschied DBC-systeem niet geschikt is als financieringssysteem. Het DBC-systeem moet dan ook worden losgekoppeld van het declaratietraject en beschikbaar blijven voor de definiëring van zorgproducten door middel van het opstellen van zorgprofielen, zodat aan de hand daarvan de kostprijzen kunnen worden bepaald. De door alle partijen zo gewenste transparantie blijft dan over.

Verder moet er een duidelijke, politieke keuze worden gemaakt over de vraag welk deel van de zorg wordt opgesteld aan de marktwerking. Zorg in zijn geheel is geen markt¹³ en marktwerking op zich is ook niet zaligmakend.¹⁴

Maar delen van de zorg lenen zich daar wel degelijk voor. Niemand kan ontkennen dat de zelfstandige behandelcentra (ZBC's) als een luis in de pels fungeren en duidelijk maken dat circumscrip te producten van electieve aard (heup- en knieervangende operaties, cataracten, liesbreuken) concurrerend kunnen worden aangeboden. Producten die niet nauwkeurig kunnen worden omschreven, zoals de zorg voor een patiënt met diabetes, met een interstitiële longaan-doening of met een carcinoom, zijn te

complex en niet eenduidig en lenen zich niet voor echte marktwerking. Daar dient de zorg vrij te blijven van economische en financiële prikkels.

Het B-segment met de vrij onderhandelbare prijzen dient in die zin te worden aangepast, maar ook te worden uitgebreid. Het vigerende DBC-systeem kan dan voor dit gedeelte zijn werk blijven doen.

Als financieringssysteem voor het overblijvende A-segment wil ik met Roex en Berden, met Breed en Post, en met Blijham¹⁵ pleiten voor een vervanging van het DBC-systeem door een simpel abonnementssysteem, op basis van het bestaande systeem van klinische en/of poliklinische adherentie per specialisme, eventueel gecorrigeerd voor leeftijd en dergelijke. Bovendien geldt toch voor het A-segment dat het gebudgetteerd is. Het DBC-systeem dient nu alleen ter financiering, terwijl de budgetten voor ziekenhuiszorg vaststaan. Het budget op een andere manier verdelen, moet mogelijk zijn.

Direct gevolg van bovengenoemde hybride oplossing is dat enerzijds de effecten van de beoogde marktwerking plaatsvinden op die gebieden waar ook concurrentie verantwoord kan worden toegelaten en dat anderzijds de spoedeisende en de meer complexe zorg buiten de concurrentiestrijd kunnen blijven.

Voordeel is ook dat de administratieve belasting van medisch specialisten, maar ook van de administratieve diensten van ziekenhuizen en zorgverzekeraars, sterk zal afnemen doordat het aantal declarabele DBC's (die dan ook echt

SAMENVATTING

- De commissie-Biesheuvel lanceerde het idee van productprijzen, onder andere om meer transparantie te verkrijgen.
- Het systeem is te gedetailleerd geworden en niet transparant.
- Een op medische leest geschied registratiesysteem is niet geschikt als financieringssysteem.
- De goede aspecten van het DBC-systeem moeten behouden blijven voor het vrij onderhandelbare B-segment, dat zal moeten bestaan uit circumscrip te zorgproducten van electieve aard.
- Een dergelijk B-segment leent zich uitstekend voor marktwerking.
- Het A-segment, dat spoedeisende en meer complexe zorg omvat, leent zich niet voor marktwerking en moet anders worden gefinancierd, bijvoorbeeld door een abonnementssysteem.
- Deze opzet leidt tot vereenvoudiging van het systeem en minder administratieve lasten, waardoor er geld vrijkomt voor de zorg.

De literatuurlijst staat bij dit artikel op onze site: www.medischcontact.nl.

extra geld opleveren) in aantal fors worden beperkt. Het vrijkomende geld kan dan weer van administratie naar zorg. En dát willen we eigenlijk allemaal. ■

G.H. Mellema,
arts, MHA, medisch adviseur, De Amersfoortse Verzekeringen

Correspondentieadres: G.H. Mellema, Medisch Adviseur, De Amersfoortse Verzekeringen, Postbus 42, 3800 AA Amersfoort, e-mail: gh.mellema@amersfoortse.nl.



DBC-FORUM

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

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