

DBC's en ziekenhuiszorg

Publicatie Nr. 28/29 - 10 juli 2002

Jaargang 2002

Rubriek Diagnose-Behandeling-Combinaties

Auteur W.H. van Harten, N.S. Klazinga

Pagina's

Behalve uitroeptekens ook vraagtekens

Aan geen enkel financieringssysteem zitten enkel voordelen. Ook niet aan het DBC-systeem, hoewel de berichtgeving daarover dat wel suggereert. De voortvarendheid waarmee het systeem wordt doorgevoerd is opmerkelijk, gezien de vele tegenstrijdige belangen en de onduidelijkheid over de eerste registratieresultaten.

Met de nodige fanfare is in december 2001 het concept Gezamenlijk Plan van Aanpak gepresenteerd, waarin de Orde van Medisch Specialisten, de (academische) ziekenhuizen, de zorgverzekeraars en de overheid de uitgangspunten hebben vastgelegd voor de invoering van diagnose-behandeling-combinaties (DBC's).¹ Gezien de uiteenlopende belangen van de verschillende partijen en de voorgeschiedenis is dat opmerkelijk te noemen en een felicitatie waard. Tegelijk is het verstandig zich te bezinnen op de vraag of dit nu het optimale financieringsmodel voor ziekenhuis- en specialistenkosten is. Het ogenschijnlijk brede draagvlak voor de ontwikkeling van DBC's toont aan dat bij vrijwel alle betrokken partijen het besef leeft dat er iets moet veranderen in de financiering van de ziekenhuiszorg. De overheid heeft veel geld gestoken in het project. Logischerwijs zal de projectgroep graag positieve ervaringen willen rapporteren en zijn de brancheorganisaties er beducht voor dat er bij eventuele mislukking met zwartepieten gaat worden gestrooid.

Aan geen enkel financieringssysteem zitten echter uitsluitend voordelen. Daarom deze poging enkele kanten van het voorgestelde systeem te belichten en naast de uitroeptekens ook een paar vraagtekens te zetten. Daarbij worden het perspectief van de verschillende belanghebbenden en de effecten op de ontwikkelingen in het ziekenhuisbeleid behandeld.

Draagvlak

Waardoor is er vanaf 1999 een draagvlak ontstaan voor de DBC's?

De Orde van Medisch Specialisten zocht naar een mogelijkheid om de honorariumproblematiek op te lossen. De ziekenhuizen zaten in hun maag met een

budgetteringssysteem dat steeds minder aansloot bij de ontwikkelingen in de praktijk en zochten naar een kans om het strakke budgetkader te doorbreken. Zorgverzekeraars waren uit op nieuwe sturings- en inkoopmethoden. Het ministerie van VWS was van mening dat er iets moest gebeuren om het vastgelopen ziekenhuissysteem in beweging te krijgen. De academische ziekenhuizen zagen (en zien) eigenlijk niet zoveel in het model, maar zijn, in het kader van een totaaldeal over hun academische budgetten, door overheid en verzekeraars overgehaald om toch maar aan te schuiven.

Inmiddels hebben in het DBC-project de verschillende wetenschappelijke verenigingen typeringslijsten opgesteld die aansluiten bij de ervaringen van de medisch specialisten (meestal vrijgevestigd) in de dagelijkse praktijk en die in belangrijke mate zijn gebaseerd op het tarievenstelsel. Daarmee lijkt het primaat van het model bij de bekostiging van de medisch-specialistische zorg te liggen.

In de koploperziekenhuizen blijkt het niet eenvoudig om een sluitend, geautomatiseerd registratiesysteem op te zetten. Bij de academische ziekenhuizen doen per locatie enkele specialismen mee om zo op landelijk niveau tot een virtueel academisch DBC-ziekenhuis te komen. In die sector worstelt men met onvolledige aansluiting van de huidige DBC-typeringen bij de topreferente-zorgcategorieën en met het feit dat de op tarievenstelsel gebaseerde typeringslijsten (natuurlijk) niet aansluiten bij de in die kring meer gebruikelijke ICD-benaderingen.

Als voorbeeld kan bij de urologie de cystectomie gelden. Standaard zit daar de lymfklierdissectie en urinedeviatie in het tarief. Bovendien wordt van een gemiddeld aantal complicaties uitgegaan. Een combinatie met een hemicolectomie vraagt om een nieuwe DBC, maar het is de vraag of de veel grotere kans op soms ernstige complicaties als gevolg van de combinatie van ingrepen voldoende is afgedekt. Vaak zal dan de categorie “overige” worden gebruikt. Bij topreferente oncologische-patiëntencategorieën zal men dit frequent tegenkomen en zijn er per geval verschillende scoremogelijkheden. Samengevat: Het DBC-project is een project met een breed draagvlak vanuit een diversiteit aan uiteenlopende en mogelijk tegenstrijdige belangen; een registratiesystematiek waarvan de uitgangspunten nog niet sluitend en de resultaten van de eerste registraties niet bekend zijn. Bovendien is er een vooruitzicht op verregaande, deels nog onduidelijke aanpassingen van het financieringssysteem met een horizon van 4 tot 5 jaar. Aan ambitie echter geen gebrek.

Belanghebbenden

Wat betreft het perspectief van de verschillende belanghebbenden het volgende.

Voor de patiënt lijkt slechts één element van het DBC-systeem van direct belang: het verhogen van de transparantie. Dit klantperspectief blijft in de tot op heden geproduceerde rapportages echter nogal onderbelicht. In de komende tijd moet helder worden of de DBC-typering ook te gebruiken is als productspecificatie voor de patiënt als gebruiker. Dit is vooral van belang als in het zorgstelsel de mogelijkheid ontstaat dat patiënten de behandelingen uit eigen zak gaan betalen. Zoals bekend heeft informatie over de prijs als zodanig niet veel effect op patiëntenaanbod of patiëntenstromen.

De zorgverzekeraar is afnemer van de DBC's. Omdat de zorgverzekeraar een groter financieel risico gaat dragen en daarom meer speelruimte nodig heeft, heeft deze belang

bij een zo transparant mogelijke opbouw van de DBC's. Dat biedt de mogelijkheid tot het stellen van kritische vragen en tot vergelijking van kwaliteit en prijzen tussen verschillende aanbieders.

In het zorgstelsel is het de bedoeling dat zorgverzekeraars zich minder als kostenbeheersers en meer als vertalers van de vraag van de verzekerde gaan opstellen. Die inkooprol kan gemakkelijker worden met DBC's. Als er echter een mechanisme ontbreekt om de inhoudelijke vraag in "koopgedrag" te vertalen, dreigt een eenzijdig financiële oriëntatie. Ervaringen in sectoren als hulpmiddelen en farmacie leren dat verzekeraars hun, op zich legitieme, rol op het gebied van kostenbeheersing blijven benadrukken. Vanwege de administratieve belasting zal de verzekeraar een balans zoeken tussen het aantal DBC's en de beheersbaarheid van het systeem. Hier kan een tegenstelling ontstaan met de professional, die in de regel een grote mate van detaillering nastreeft.

De medisch specialist wil zijn inspanningen in het kader van de DBC fatsoenlijk beloond zien en zijn dagelijkse activiteiten voldoende herkennen in de DBC's. In een nieuwe gedaante wordt gestreefd naar een vorm van fee for service-model, waarbij al te grote transparantie over de inhoud van DBC's vragen kan oproepen over de legitimatie van de bedragen als zodanig én over de onderlinge verschillen tussen specialisten. Eigenlijk ontstaat dus een situatie die veel weg heeft van het "CTG-tarievenboek". Het risico van aanzwengeling van bureaucratie en administratieve belasting komt gemakkelijk om de hoek kijken.

Het adagium "loon naar werken" zal iedere specialist graag onderschrijven en een basis-uurtarief lijkt min of meer acceptabel. Bij de verdere uitwerking van de DBC's zal echter blijken of er voldoende financiële ruimte bestaat om bij de inkomensharmonisatie, die als gevolg van de invoering zal optreden, alle specialismen tevreden te houden. Dat de Orde de resultaten van de werklustmeting niet vrijgeeft, onderstreept het feit dat de DBC-discussie vanuit de specialist gezien in wezen een onderhandeling over honoraria betreft.

Nederland is uniek in de wijze waarop DBC's tevens worden gebruikt als een instrument voor het vaststellen van specialistenhonoraria én voor de inkomensharmonisatie tussen specialismen. Overal elders zijn diagnosis related groups (DRG's) primair een systematiek voor de bekostiging van klinische ziekenhuiskosten. Internationaal vertoont de Nederlandse methodiek dan ook meer overeenkomsten met systemen van bekostiging van specialisten dan met die van ziekenhuizen.

Door de honorering van specialisten in een ziekenhuisbekostigingsmodel te incorporeren worden de financiële prikkels voor specialist en ziekenhuis gelijkgericht. Dat is een vooruitgang ten opzichte van de huidige situatie.

Er bestaat echter ook een keerzijde: de huidige specialisme-georiënteerde DBC's kunnen een remmend effect hebben op de samenwerking tussen specialismen. Momenteel is er bijvoorbeeld wel een DBC voor de chirurg, maar niet voor de radioloog (daar blijft het oude systeem gelden?) als het gaat om de behandeling van het abdominale aneurysma. Bij de transiliacale stentplaatsing is steeds meer van teamwork sprake. De geïsoleerde orgaanperfusie of -behandeling in de oncologie is ook zo'n voorbeeld. Hoe snel en adequaat wordt zo'n ontwikkeling vertaald in nieuwe of gewijzigde DBC's?

Ook de ziekenhuisorganisaties hebben alleen belang bij DBC's als deze een toegevoegde

waarde betekenen. Het is niet duidelijk wat het transparant maken van producten en prijzen oplevert. Alleen als er meer patiënten en/of budget mee zijn te verdienen wordt het systeem interessant. Het bieden van inzicht in kostprijzen is in dit verband onlogisch; in meer marktconforme omstandigheden biedt het verschil tussen marktprijs en kostprijs immers nu net de onderhandelingsruimte. Evenals in elk financieringssysteem (ook het huidige) zal er een tendens tot gaming ontstaan: het “scoren” van zo ”aantrekkelijk” mogelijke DBC’s. In combinatie met ondernemerschap kan wellicht creatief worden ingespeeld op de speelruimte ten aanzien van substitutie en klantvriendelijkheid. Het vastlopen van het aanbodmodel was voor de overheid een belangrijke aanleiding om stappen te zetten op de weg naar DBC’s, waarbij het veld het perspectief wordt voorgehouden dat het budgetkader minder strak zal worden. Zolang de zorg echter overwegend als kostenpost wordt gezien, zal de overheid vooral inzetten op vergroting van de transparantie en het inzetten van marktprikkels binnen de bestaande budgetkaders.

Effecten

Het werken met DBC’s als afrekenmethode voor de zorg in het ziekenhuis als medisch-specialistisch bedrijf zal tot gevolg hebben dat budgetopbouw en activiteitenpatroon van de instellingen beter met elkaar overeenstemmen. Onvermijdelijk zullen vormen van interne kostprijsberekening volgen. Zolang dat niet volledig geautomatiseerd gaat, leidt het tot een toename van administratief personeel. Zoals vermeld, leidt het systeem tot nieuwe vormen van calculerend gedrag, zeker wanneer de actualisatie van DBC’s bij nieuwe, dure technologische ontwikkelingen niet snel genoeg volgt op de invoering daarvan in de praktijk.

Het “managen” van patiëntenstromen in goede of slechte zin wordt steeds belangrijker. Positief is de mogelijke prikkel tot het versnellen van doorstroming, negatief het risico van afschuiven van “dure” patiënten of patiënten in dure fases van hun ziekteproces. Het toenemend inzicht in productomschrijvingen en kostenopbouw kan ook leiden tot het toetreden van nieuwe aanbieders die concurrerend zijn: goedkoper, sneller of inhoudelijk anders.

Als de overheid de zorgsector als een (bijzondere) vorm van dienstverlening gaat beschouwen, kan dit tot een positieve omwenteling leiden. Blijft dit uit, dan zijn we met het DBC-systeem binnen het budgetkader opgescheept met een omwenteling van administratieve aard die weinig tot niets toevoegt aan het oplossen van problemen. Het vooruitzicht op volledige prijsdifferentiatie per instelling roept vragen op, alleen al vanwege de administratieve complexiteit. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de mate van vrijheid ten aanzien van de prijzen parallel moet lopen aan de mate waarin feitelijk van markt sprake is. Ook het aspect van het verwerken van huisvestingslasten in de prijs moet daarbij worden opgelost.

De relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis wordt eveneens beïnvloed.

Specialistisch handelen is een onderdeel van de productomschrijving en de kostenopbouw. Dit leidt ongetwijfeld tot een nieuwe verhouding ten aanzien van het afleggen van verantwoording over kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie. Er zijn nieuwe vormen van gezamenlijk ondernemerschap te verwachten. Het goed en creatief inspelen

op patiëntenvragen en het doen van extra inspanningen kunnen worden beloofd. In hoeverre de DBC-structuur bevorderend zal werken voor transmurale samenwerking en patiënt-georiënteerde ketenzorg moet nog blijken.

Knelpunten

Het sluitend definiëren en registreren van alle zorg in DBC's is de "proof of the pudding". Deze zorg lijkt reëel gezien de herhaalde en "last minute"-aanpassingen in het proefregistratiesysteem. Internationale ervaringen wijzen op een mogelijk probleem in dekking in zorgvormen die per patiënt een erg uiteenlopende intensiteit vragen. Zo zijn in de Verenigde Staten de revalidatiezorg en top-oncologische zorg nog steeds uit het DRG-systeem gelaten.

Ervaringen met het tarievenstelsel in het verleden leerden dat het actualiseren daarvan moeizaam was. Nieuwe ontwikkelingen kunnen door de zorgverzekeraars en vanuit de bureaucratie met veel toetsingscriteria worden omgeven alvorens tot introductie wordt overgegaan. Voeg daarbij de parallelle discussie met de zorgverzekeraars en specialisten over de bijbehorende honorariumkanten. Als dat niet slagvaardig wordt opgelost, zal het systeem vastroesten en is over enkele jaren weer een majeure operatie nodig.

Het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de diverse producten speelt op dit moment geen rol in het DBC-traject. Het is vooralsnog een economisch-administratieve exercitie. Toch is het als een kans te beschouwen om juist nu bij het ontwerpen van DBC's de relatie tussen kosten en kwaliteit beter zichtbaar te maken. Op dit gebied is in Nederland nog weinig wetenschappelijk werk verricht.² Met de nieuwe ideeën over resultaatsturing in de zorg is het aanbrengen van samenhang tussen kwaliteit en kosten in de ziekenhuisfinanciering van groot belang.

Opmerkelijk

De voortvarendheid waarmee het DBC-project, ondanks alle tegenstrijdige belangen en onduidelijkheden over de eerste ervaringen, wordt doorgevoerd is opmerkelijk. Het werken met DRG-achtige systemen is in diverse landen mogelijk gebleken, dus ook in Nederland zou het moeten kunnen. Opvallend is echter dat buitenlandse ervaringen met DRG's tot nu toe nauwelijks in de discussie een rol lijken te spelen en dat de inkomenseffecten voor specialisten centraal staan.

Het is nog onduidelijk of alle vormen van zorg in het systeem zullen passen. Het antwoord op de vraag hoe wordt omgegaan met het Budgetkader Zorg en met nieuwe behandelvormen, zal bepalend blijken voor het succes. Vooralsnog blijven er wat betreft de DBC's naast de uitroeptekens nog veel vraagtekens bestaan die om beantwoording vragen.

prof. dr. W.H. van Harten,
hoogleraar kwaliteitsmanagement van zorgtechnologie, Universiteit Twente, lid Raad van

Bestuur NKI/AvL
prof. dr. N.S. Klazinga,
hoogleraar sociale geneeskunde, AMC

Correspondentieadres: Prof. dr. W.H. van Harten, Nederlands Kankerinstituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Plesmanlaan 121, 1066 CX Amsterdam

SAMENVATTING

I Met het DBC-model als financieringssysteem voor de ziekenhuiszorg heeft Nederland internationaal gezien gekozen voor een zeer complexe variant. Opvallend is dat er verstrekkende keuzen worden gedaan zonder dat de eerste registratieresultaten in brede kring beschikbaar zijn.

I Nog niet duidelijk is of de registratie het totaal aan activiteiten in de ziekenhuis voldoende dekt.

I Het systeem leidt tot een toename van administratie. Daartegenover staat een betere aansluiting tussen activiteiten en budget.

I Cruciaal voor het realiseren van een meerwaarde ten opzichte van de huidige situatie zijn het loslaten van het Budget Kader Zorg en de wijze waarop met het incorporeren van innovatieve behandelingen wordt omgegaan.

I Vooralsnog ontbreekt gedachtevorming over de relatie tussen inhoudelijke kwaliteit en de DBC's als rekeneenheden.

Literatuur

1. Gezamenlijk Plan van Aanpak invoering DBC-systematiek. Utrecht, november/december 2001. 2. Schut FT et al. Hervorming zorgstelsel: wat is de slimste weg naar Rome? ESB, juni 2002.