

EEN NORMAAL MENS VERZINT DIT NIET

DBC's leiden in de praktijk tot bizarre situaties

Het wordt niets met de DBC's en het zal ook nooit iets worden. Hoe een 'navelbreuk' administratief een 'flapoor' werd. En een patiënt op papier werd ontslagen om direct daarna weer te worden opgenomen.

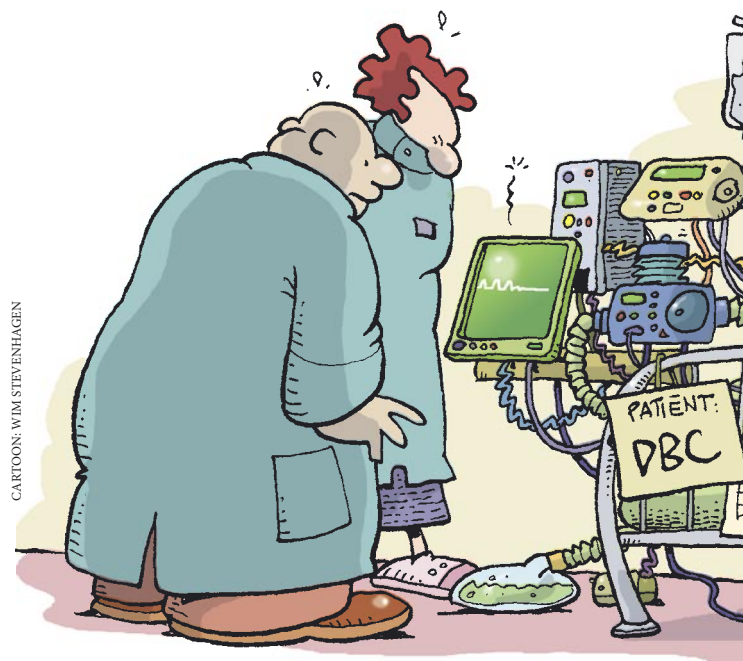
H.F. AARTS

Dit jaar beleefde ons land een wereldpremière: de invoering van een uniek, nieuw bekostigingssysteem in de gezondheidszorg, gebaseerd op de diagnose-behandeling-combinatie (DBC). Een nieuw, volstrekt transparant systeem gebaseerd op producttypering en output pricing, helemaal ontwikkeld door het bestuur van de Orde (niet de leden!). Eindelijk weten we precies wat elk zorgproduct inhoudt, wat het kost en wat de patiënt ervoor betaalt.

GEEN VERTROUWEN

Ik moet bekennen dat ik niets zag in de DBC en marktwerking.¹ Natuurlijk was het door minister Borst ingevoerde budget-systeem (zie *kader*) niet langer te handhaven. Maar ik vond dat geen argument om het door een ander, even slecht systeem te vervangen. Ik had en heb geen vertrouwen in marktwerking met zorgverzekeraars als zorgmakelaars. De zorgverzekeraars zijn niet geïnteresseerd in kwaliteit, maar zijn uit op winst en willen zo weinig mogelijk uitgeven. Het gaat ze om de centen en niet om de patiënten.

In deze mening stond ik niet alleen. Volgens de eerste onafhankelijke enquête onder medisch specialisten, in maart gepubliceerd in de *Specialisten Special van Vrij Nederland*, denkt 84 procent van alle collega's er precies zo over. Een klap in het gezicht van het Ordebestuur, dat slechts jubelende reacties registreert. Wat doe je dan als bestuur? Je zwijgt dit resultaat dood en begint een nieuw onderzoek, maar nu in eigen beheer. En dat loont de moeite. In MC van 17 juni kunnen we lezen dat ruim 80 procent van de respondenten niet meer tégen maar juist vóór de DBC is.²



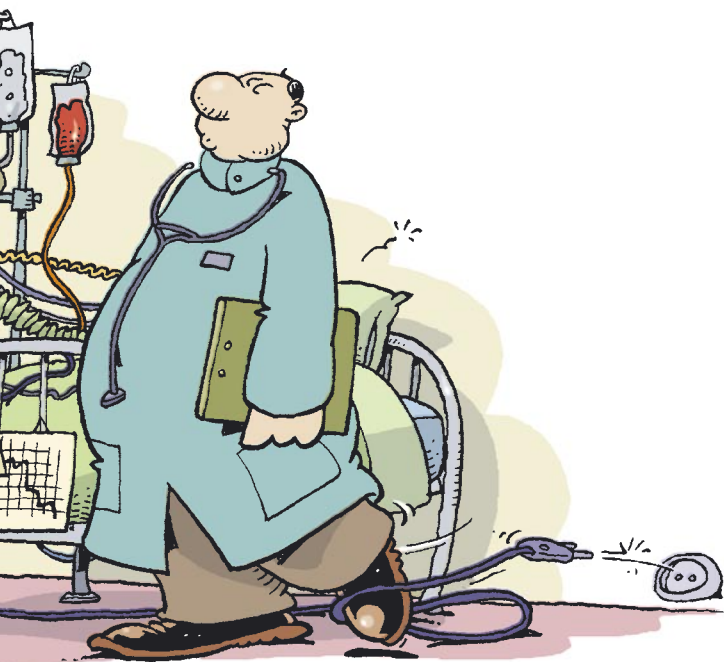
CARTOON: WIM STEENHAGEN

Tien jaar is aan de DBC gewerkt en jaren lang hebben ziekenhuizen en medisch specialisten proefgedraaid om de invoering ervan zorgvuldig voor te bereiden. Vele honderden miljoenen heeft dit al gekost, meer dan het opheffen van alle wachtlijsten zou hebben gekost. In plaats van verpleegkundigen en operatie-assistenten zijn legers DBC-administrateurs, ICT-medewerkers en speciaal opgeleide DBC-deskundigen de ziekenhuizen binnengetrokken. Desondanks konden de problemen niet worden opgelost. Integendeel ze stapelen zich nog steeds op. Maar volgens minister Hoogervorst waren dit slechts aanloopproblemen. Met ingang van dit jaar zouden alle problemen tot het verleden behoren. Eindelijk is de DBC nu klaar en ingevoerd. Het resultaat tart elke verwachting.

BRILJANTE OPLOSSINGEN

De eerste maanden van dit jaar is het ziekenhuis nog niet in staat de DBC's in rekening te brengen. De ICT-systematiek van het ziekenhuis en de verzekeraars sluiten na jaren van voorbereiding nog steeds niet op elkaar aan. Maar dat is niet erg, want wij

medisch specialisten zijn ook niet in staat al onze verrichtingen om te zetten in bruikbare DBC's die door de software worden gevalideerd. Als ik onze verrichtingen precies probeer te vertalen naar bijpassende DBC's valt zeker eenderde uit omdat er geen passende DBC's bestaan. De uitval is dus enorm. Uitval betekent dat het ziekenhuis niets kan declareren, ook ons honorarium niet. Met enige creativiteit lukt dit al een stuk beter: we moeten de band tussen de werkelijke diagnose en de diagnose uit de DBC loslaten. Het kan gewoon niet anders. Een geplande latere koppeling tussen de medische registratie aan de DBC's is uitgesloten. Er klopt gewoon niets van.



Op 10 juni kregen we voor het eerst geld overgemaakt op basis van de nieuwe DBC-systematiek. Uit teruggestuurde rekeningen van boze patiënten bleek tot mijn verbazing dat wat als DBC werd gedeclareerd, niet vanzelfsprekend ook is gefactureerd. Ik geef enkele voorbeelden van problemen die reeds vele jaren spelen en die gedurende vier jaar denkwerk en proefdraaien op briljante wijze door een leger van topdeskundigen als volgt zijn opgelost.

Kindje A opereer ik wegens een congenitale naevus. De moeder vraagt of ik in dezelfde narcose ook de navelbreuk wil corrigeren. Natuurlijk! Dat spaart een narcose, opname en kosten uit. De validatiemodule weigert de DBC Navelbreuk. Reden: navelbreuk kán niet bij plastische chirurgie. Ik raadpleeg de deskundigen. 'Ja, dat klopt, u kunt dat niet in rekening brengen. Hoewel ik dat eigenlijk niet hardop mag zeggen, kunt u dat beter ook niet meer doen en de patiënt na ontslag naar de algemeen chirurg verwijzen. U kunt ook een andere DBC-code proberen.' Ik kies voor 'Flapoor', want daar doe ik ongeveer even lang over. Nu is het

goed, denk ik. Maar bij de validatie is slechts één DBC vermeld. Weer bellen: 'Dat klopt, dokter. U kunt per dagopname of opname slechts één DBC in rekening brengen en niet de parallel DBC's.' Hoe kan dat nou? Ik heb toch twee operaties gedaan en tot nu toe kon ik altijd de eerste operatie in zijn geheel en elke volgende operatie in dezelfde zitting voor de helft in rekening brengen. 'Ja, dat is nu veranderd, het beste is dat u maar één verrichting per opname doet en zoveel mogelijk parallelle DBC's voorkomt.'

Inmiddels is de afrekening van dit kind binnen en blijkt alleen de DBC Flapoor te zijn betaald, de naevus waar het kind eigenlijk voor kwam, niet. Hoe kan dat nu weer? Weer bellen. 'Dokter, de parallel-DBC's worden automatisch gekoppeld aan de laatst ingevoerde DBC. Dat wordt dan de hoofd-DBC.' Gelukkig, nu snap ik het. Het ingenieuze systeem weet natuurlijk dat het oor aan het hoofd zit en daarom wordt de Flapoor-DBC de hoofd-DBC.

Meneer B heeft twee grote plaveiselcelcarcinomen: één op zijn romp en één op zijn hoofd. Ik vul tweemaal de DBC-code hiervoor in. Deze invoer passeert de validatiemodule niet. Bellen maar. 'Dat klopt, dokter. U kunt niet in één opname op dezelfde dag twee gelijke DBC's doen, dat accepteert het systeem niet. Eén DBC per zorgvraag.' Maar ik heb toch gewoon tijdens dezelfde operatie tweemaal dezelfde ingreep uitgevoerd? 'Helaas, maar als u één DBC opvoert als dagopname en de ander als een poliklinische verrichting, dan lukt het volgens ons wel.' Maar die poliklinische verrichting is er helemaal niet geweest en daarvoor krijgt de patiënt dus wel een extra rekening? 'Ja, dat klopt. Sorry hoor, maar wij hebben dit ook niet bedacht.'

Meneer C heb ik samen met de KNO-arts geopereerd, ik het uitwendige deel en de KNO-arts het inwendige deel van de neusoperatie. Beiden sturen we onze eigen DBC in. Voor beide ingrepen geldt een opnameduur van vier dagen. Hoe gaat dat dan, betaalt de patiënt nu acht dagen opname terwijl hij slechts vier dagen is opgenomen? Bellen: 'Dat is een probleem, dokter, waar we nog niet uit zijn. Er komen meer problemen op ons af dan we ooit voor mogelijk hadden gehouden. Maar als u nu na twee dagen de patiënt ontslaat en weer opnieuw twee dagen opneemt voor de KNO, is het probleem opgelost. Kan dat niet, zegt u? Dan kan het ziekenhuis misschien alleen administratief de patiënt ontslaan en weer opnemen, probeert u dat maar eens. En als dat ook niet lukt, kunt u ook proberen voor een van beiden de ingreep als poliklinische ingreep te laten registreren. Als dat werkt, moet u er wel rekening mee houden dat de vergoeding in dat geval een stuk lager ligt.'

Een gedeclareerde DBC wordt niet vanzelfsprekend ook gefactureerd

's Nachts mijn bed uit voor mevrouw D, die wegens fracturen na een verkeersongeval is opgenomen door de algemeen chirurg. Zowel de plasticus als de oogarts is nodig voor de glas verwondingen in haar gezicht. In de bestaande systematiek krijgt in dit geval alleen de chirurg een vergoeding, omdat hij de patiënt heeft opgenomen. Hoe gaat dat nu in de DBC-systematiek? >>

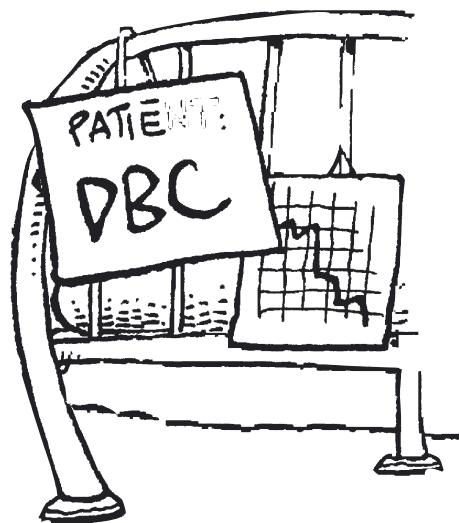
<< Bellen: 'Helaas voor u en de oogarts kan alleen de chirurg de P-waarde-opname declareren. De patiënt wordt immers maar eenmaal opgenomen.' Maar, is mijn verweer, we zouden deze absurditeit toch afschaffen? 'Dat klopt, dokter, maar de politiek ... u weet het wel. We hopen dat dit in de toekomst gaat veranderen, want het is inderdaad erg gek. Dat vinden wij ook.'

Dus als ik samen met een andere collega opereer of een grote decubitusoperatie doe bij een patiënt die door de internist is opgenomen en ik daar alle peri- en postoperatieve zorg voor verleen,

Tien jaar denken en vier jaar proefdraaien om dit allemaal te verzinnen

krijgt nog steeds alleen de specialist die de patiënt heeft opgenomen daarvoor betaald en ik niet? 'Dat klopt, dokter, maar als u ervoor zorgt dat de patiënt snel wordt ontslagen, kunt u dezelfde patiënt later weer opnemen op uw eigen naam en als u dan de operatie doet, heeft u dit probleem niet meer.'

Meneer E komt bij mij terecht nadat hij in een andere stad diverse malen aan zijn hand is geopereerd door een ander specialisme. Een moeilijke, langdurige operatie. In die gevallen geeft de DBC de mogelijkheid met de zorgvraagcodering een opwaardering toe te kennen 'status na een of meerdere ingrepen in hetzelfde operatiegebied'. Helaas komt deze opwaardering niet door de validatie. 'Dat klopt, dokter. Die vorige operaties heeft u immers niet zelf gedaan en daarom herkent het systeem de heroperatie niet. Het systeem gaat er nu van uit dat het een nieuwe patiënt is, en u begrijpt wel dat er geen heroperatie kan



plaatsvinden bij een nieuwe patiënt.' Dus de verzekering betaalt de schade alleen als ik zelf de deuk in mijn auto heb gereden? 'Ja, dokter daar komt het wel op neer.'

FRAUDE

En dan de patiënten die bellen dat ze de rekening niet betalen. 'Het is niet tegen u, hoor dokter, maar er staan zoveel zaken op mijn rekening die helemaal niet zijn gebeurd, inclusief rekeningen van specialisten die ik nooit heb gezien, dat hier sprake moet zijn van fraude.' Ik leg de patiënt dan uit dat behalve de minister hier niemand meer iets van begrijpt, maar dat we vermoeden dat deze rekeningen juist heel slim zijn: als vroeger de patiënt dacht dat hij een te hoge rekening had, was het onmogelijk te achterhalen waar de fout zat. Nu is het systeem inzichtelijk geworden en kan de patiënt onmiddellijk zien wat hij niet aan behandelingen heeft gehad, maar waar hij wél voor moet betalen. Dit bedoelt de minister natuurlijk met transparantie en patiëntvriendelijkheid.

Nu begin ik te begrijpen dat al die knappe koppen tien jaar denktijd en vier jaar proefdraaien nodig hebben gehad om dit allemaal te verzinnen. Een normaal mens verzint dit nog niet in een heel leven.

BUDGETTEN EN P-WAARDEN

Sinds de jaren negentig worden medisch specialisten gebudgetteerd aan de hand van het aantal productieparameterwaarden (P-waarden) dat ze produceren. Die parameters zijn: eerste polikliniekbezoek (voor ons vak 1 P en die is 44,81 euro waard), dagopname (6 x P-waarde) en opname (9 x P-waarde). Per jaar krijgen we te horen hoeveel P's er van de zorgverzekeraars mogen worden gedaan. Het totaal aan P-waarden bepaalt ons honorariumbudget. Produceren we minder, dan krijgen we natuurlijk minder; produceren we meer (bijvoorbeeld om wachtlijsten te verminderen), dan wordt de meerproductie niet uitbetaald. Een sublieme methode om de wachtlijsten te verminderen!

Als we om de doelmatigheid te bevorderen en de kosten van de zorg te verminderen operaties gaan uitvoeren in dagopname die voorheen in opname plaatsvonden, volgt een lagere honorering voor hetzelfde werk als dank. Gaan we bepaalde verrichtingen poliklinisch uitvoeren in plaats van in dagopname (een enorme besparing in de kosten), dan krijgen we er zelfs helemaal niets meer voor, want aan poliklinische behandelingen zijn geen P-waarden toegekend. Doelmatig werken wordt bestraft in plaats van beloofd! Om de kwaliteit van de zorg te bevorderen en de kosten te verminderen, wordt in gevallen waarbij meerdere specialismen tegelijk een patiënt opereren, slechts één P-parameter toegekend, uitsluitend aan dat specialisme dat de patiënt heeft opgenomen. Een stimulans om meerdere opnamen te realiseren waar het in één keer kan ...

Ook subliem is de maatregel dat ongeacht wat wij bij de patiënt doen er hetzelfde (de P-waarde) voor wordt betaald. Een of meer grote, ingewikkelde, dure operaties gedurende een maandenlange opname levert hetzelfde aan honorarium op als een veel kleinere ingreep tijdens een opnameduur van twee dagen. Een aanmoediging om geen dure patiënten meer te behandelen!

SAMENVATTING

- Bestaande DBC-problemen zijn in de afgelopen jaren niet opgelost, maar nemen in aantal juist toe.
- Aangedragen oplossingen deugen niet of zijn medisch-ethisch onaanvaardbaar.
- Het is in het belang van de zorg om te stoppen met de DBC.

Artikelen over DBC's vindt u in het DBC-dossier op onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.



En dan de bureaucratie en de extra kosten die deze ellende meebrengt. We moeten niet alleen de P-systematiek registreren, maar ook de oude CTG-registratie blijven bijhouden. Nu is daar nog de DBC-registratie bijgekomen, zodat we momenteel voor elke verrichting drie aparte registraties moeten bijhouden. Gekkenwerk. De eerste belofte van minister Hoogervorst om een einde te maken aan de wildgroei in bureaucratie en de daarbij behorende kosten is dus al niet nagekomen.

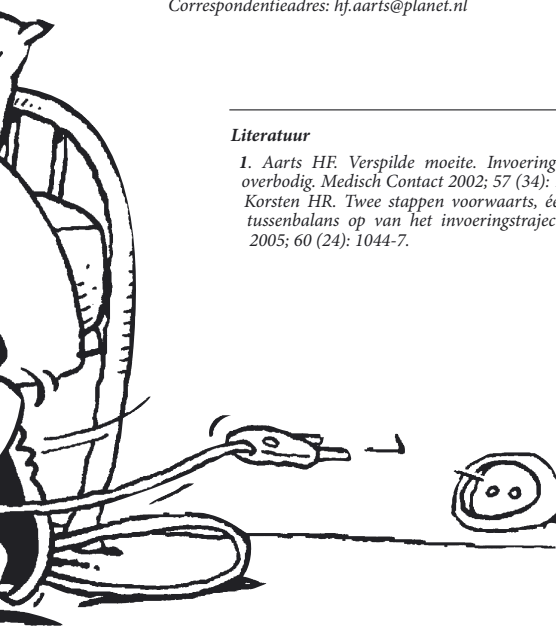
De minister beklagde zich er onlangs over dat het kabinetsbeleid zo weinig steun krijgt van de bevolking. Dat zou komen doordat het kabinet tekortschiet in het geven van uitleg. Daar gaat de minister iets aan doen. Ik wens hem veel sterkte als hij bovenstaande geniale regelgeving aan ons volk moet uitleggen. Het is alvast een goede oefening voor het moment dat hij bij een volgende parlementaire enquête moet uitleggen hoe dit alles heeft kunnen gebeuren en hoe hij jaar in jaar uit alle verontrustende signalen en aangedragen alternatieven uit het veld naast zich neer heeft gelegd. ■

dr. H.F. Aarts,
plastisch chirurg

Correspondentieadres: hf.aarts@planet.nl

Literatuur

1. Aarts HF. Verspilde moeite. Invoering van het DBC-systeem is overbodig. *Medisch Contact* 2002; 57 (34): 1194-6.
2. Diepersloot RJA, Korsten HR. Twee stappen voorwaarts, één stap terug. Orde maakt tussenbalans op van het invoeringstraject DBC's. *Medisch Contact* 2005; 60 (24): 1044-7.



ZORGGESCHIL



Lastig bewijs

Een 51-jarige verzekerde dient een aanvraag in voor een gedeeltelijke endoscopische verwijdering van de tussenwervelschijf, een klassieke facetdenervatie en plaatsing van een Dynesys (Dynamic Spinal Extension Device). De patiënte wil de ingreep in Duitsland laten verrichten, want daar kan zij snel terecht. Zij heeft haast bij deze operatie omdat zij vreest voor een breuk in het verbindende bot van haar spondylodese. Er zijn al twee wervels statisch vastgezet. Zij is bang in de WAO terecht te komen als er niets gebeurt. Verder voert de vrouw aan dat door de ingreep de kosten van medicijngebruik, fysiotherapie en huisartsenconsulten zullen afnemen.

De verzekeraar geeft geen toestemming, omdat een endoscopische operatie aan een reeds geopereerde rug door de internationale wetenschap niet voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden. Bovendien acht de verzekeraar een Dynesys te experimenteel. Het CVZ komt tot dezelfde conclusie. Volgens de jurisprudentie moeten beslissingen bij voorkeur op basis van gedegen wetenschappelijk onderzoek worden genomen. Als dat er nog niet is, moeten ook onderzoeken van mindere bewijskracht meetellen. Het plaatsen van een Dynesys voldoet volgens het oordeel van het CVZ hieraan niet.

Een dergelijke uitspraak deed het CVZ ook in het geval van een 56-jarige patiënte die een heupoperatie volgens de techniek van metaal-op-metaal resurfacing wilde ondergaan in Gent. De vrouw heeft een belangrijke congenitale heupdysplasie met artrose van een heup. Het CVZ kon ook nu uit literatuurstudie niet opmaken dat de nieuwe techniek beter is dan een conventionele heupprothese. De follow-upstudie was ontoereikend vanwege de korte onderzoeksduur. << ILS

In de rubriek Zorggeschil staan uitspraken van de geschillencommissie van het CVZ (zie MC 26/2004: 1069).

De gehele uitspraak kunt u lezen op www.medischcontact.nl/zorggeschil.

