

# DBC'S MET EEN KLEINE D

*Reumatologen laten behandeling prevaleren boven diagnoses*

De reumatologen gebruiken een beperkt aantal DBC's. In hun interpretatie van het systeem staat de behandeling centraal, niet de diagnose. De ervaringen daarmee zijn positief: de reumatologen ondervinden minder nadelen van de systematiek. Ze pleiten ervoor hun eenvoudige raamwerk breder toe te passen.



BEELD: HEIN BERNELOT MOENS

HEIN BERNELOT MOENS

**E**r is veel rumoer rond de DBC's. Terecht, want de praktische problemen voor specialisten en administratieve medewerkers zijn legio. De veelbesproken spooknota's zijn inderdaad voor alle partijen onbegrijpelijk. Maar spooknota's zijn niet nieuw, alleen anders. Er is onzekerheid bij specialisten over hun inkomen, en het doel om 'loon naar werken' te realiseren is nog niet in zicht. Sommigen roepen om het hardst dat de 'stekker eruit moet', terwijl anderen de problemen erkennen, maar met de Orde en VWS willen blijven zoeken naar een betere en werkbare invulling van het systeem. Bij monde van Boereboom heeft het ministerie op het Rode Hoed symposium in oktober 2005 in klare taal aangegeven dat het vasthoudt aan de DBC-systematiek. Terecht hebben Dofferhoff en Bolhuis ervoor gepleit om te zoeken naar verbetering van het systeem, zodat recht wordt

gedaan aan de algemeen onderschreven doelstellingen: loon naar werk, transparantie in de geleverde zorg en reduceren van de onverklaarbare inkomensverschillen tussen specialisten, met behoud van een adequaat uurtarief.<sup>1,2</sup>

## LOYAAL

Ook de reumatologen hebben loyaal meegewerkt aan het ontwikkelen van een typeringslijst en het opstellen van normtijden. Voor- en tegenstanders hebben fel gediscussieerd over de manier waarop de beroepsgroep ermee zou moeten omgaan.<sup>3,4</sup> Na de introductie van de DBC's in de koploperziekenhuizen en later in alle ziekenhuizen waren er van de kant van reumatologen relatief weinig vragen en problemen. De meesten hebben geen overmatige administratieve last ervaren en de validering van reumatologische DBC's leverde aanmerkelijk minder problemen op dan die van veel andere specialismen. Een fout in de valideringstabel, die in eerste instantie

zonder overleg met de beroepsgroep is opgesteld, veroorzaakte overigens een deel van de uitval. Dit probleem is in juli 2005 verholpen.

Op basis van de factoren die hebben bijgedragen aan de relatief eenvoudige introductie van DBC's in de reumatologie, doen we een voorstel voor een eenvoudiger producttypering.

## EENVOUDIG

De reumatologen kenden al sinds 1980 de Standaard Diagnoseregistratie van Reumatische ziekten (SDR) met landelijke aggregatie van gegevens. Hierdoor was het opstellen van een lijst met DBC-diagnosen eenvoudig. De DBC-werkgroep heeft initieel vooral aandacht besteed aan de vraag hoe deze diagnoses bij de dagelijkse praktijk konden worden gepast. Daarbij varieerden de meningen tussen een verfijnd systeem met een normtijd voor elke diagnose en een systeem dat min of meer was gebaseerd op de jaarkaartsystematiek. Immers, het

## 1. PRODUCTGROEPEN DBC'S REUMATOLOGIE

	ZORGTYPEN	DIAGNOSE	BEHANDELING	NORMTIJD	BEHANDEL-CATEGORIE
1	INTERCOLLEGIAAL CONSULT	alle diagnoses	alle behandelingen	45 min.	B1
2	SPOEDEISENDE ZORG	alle diagnoses	alle behandelingen	60 min.	B2
3 <i>setting: POLIKLINISCH</i>					
	regulier	diagnosegroep 1	alle behandelingen	60 min.	B2
		diagnosegroep 2		90 min.	C3
		diagnosegroep 3		90 min.	C3
	vervolg	diagnosegroep 1	alle behandelingen	45 min.	B2
		diagnosegroep 2		75 min.	C2
		diagnosegroep 3		90 min.	C3
	alle typen	alle diagnoses	geneesmiddelenverstrekking*	150 min.	D2
	alle typen	alle diagnoses	dure geneesmiddelen*	150 min.	D6
4 <i>setting: DAGBEHANDELING</i>					
	alle typen	alle diagnoses	geneesmiddelenverstrekking	300 min.	E3
			dure geneesmiddelen	300 min.	E6
			overige behandelingen	45 min.	B3
5 <i>setting: KLINIEK</i>					
	alle typen	alle diagnoses	dure geneesmiddelen	300 min.	E6
			overige behandelingen	300 min.	E5

De productgroepen in de reumatologie en de bijbehorende behandelcategorieën. De prijs van de behandelcategorieën is te bepalen met het model in tabel 2.

\* Geneesmiddelenverstrekking: betreft verstrekking vanuit het ziekenhuis, en dus ten laste van het ziekenhuisbudget, onderscheiden in reguliere en 'dure' geneesmiddelen conform de landelijke indeling.

oude financieringssysteem kon worden gezien als een eenvoudig DBC-systeem, maar dan zonder diagnoses. Er waren maar enkele 'behandelcombinaties': de korte kaart, de lange kaart, de lichte en zware dagopname en de opname respectievelijk de verpleegdag. Deze invalshoek leidde in 2002 tot een lijst met drie diagnosecategorieën en twaalf behandeltypen. Met de voor alle specialismen gedefinieerde zorgtypen en de omwille van de eenvoud, weggelaten zorgvraag resulteerde dit in vijftien productgroepen met zes verschillende normtijden (tabel 1). Vanwege verschillen in de kosten voor het ziekenhuis zijn er meer productgroepen dan normtijden. De drie diagnosecategorieën zijn gebaseerd op medisch inzicht en niet op de statistische analyse die op de Centrale Gegevensanalyse Omgeving (CGAO)-gegevens werd uitgevoerd. Deze statistische exercitie leverde in 2003 (en opnieuw dit jaar) slechts grove informatie op, die vooral illustreert dat er nog steeds onvol-

komenheden zitten in de registratie van onderliggende DBC's en verrichtingen. De diagnosecodes laten wél toe dat het DBC-systeem is te gebruiken waarvoor het óók is bedoeld: praktijkanalyse, selectie van groepen voor analyse van medisch handelen (zorgprofielen) en wetenschappelijk onderzoek. Het hono-

een beperkt aantal 'vette' DBC's dan voor een groot aantal 'magere' DBC's. Na de rondrekening zal het totale aantal uren dat uit de aangepaste normtijd komt immers niet groter zijn. Uiteindelijk is het honorarium voor twee DBC's van 30 minuten hetzelfde als dat voor één DBC van 60 minuten. Daarom beschouwen we

### *Honorarium voor twee DBC's van 30 minuten hetzelfde als dat voor één DBC van 60 minuten*

rarium van de specialist wordt echter vooral bepaald door de gekozen behandeling en de zwaartecategorie van de aandoening, die lichte, middelmatige of zware tijdsinspanning vereist.

#### VET EN MAGER

Aan de leden van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie is uitgelegd dat het praktischer is om te kiezen voor

de zorg voor bijvoorbeeld patiënten met reumatoïde artritis (de meest frequente DBC in de reumatologie) als een 'jaarkaart', die ook de behandeling van regelmatig voorkomende complicaties van deze ziekte omvat. Er is gekozen voor een instructie die betrekkelijk weinig ruimte voor parallelle DBC's laat. Zo wordt de tweemaandelijks toediening van infliximab in dagbehandeling vastgelegd >>

<< in één DBC per jaar en niet in een aparte DBC voor elke dagbehandeling. De praktijk leert dat dit gelukkige keuzen zijn geweest, daar parallelle DBC's niet automatisch worden geaccepteerd in de validering en dus extra administratieve ongemakken veroorzaken. De technische verantwoording hiervan is begrijpelijk, maar moeilijk uit te leggen aan praktisch werkende artsen.

Achteraf kunnen we slechts vaststellen dat de informatie die de werkgroepen van de wetenschappelijke verenigingen over het DBC-project hebben gekregen op dit punt onvoldoende is geweest. Twee aandoeningen bij één patiënt en één specialist zijn dagelijkse realiteit en dus zullen er altijd parallelle DBC's zijn. Het systeem moet hier aan de werkelijkheid worden aangepast en niet andersom.

Overigens kan het probleem voor veel chronische ziekten worden omzeild door 'vette' DBC's. Dit systeem blijft dicht bij de jaarkaart en het onder andere door Mellema bepleite abonnementsstelsel.<sup>5</sup>

#### ONHAALBAAR IDEEAAL

Natuurlijk zullen andere specialisten aanvoeren dat een 'klein' vak zo eenvoudig is in te delen, maar dat dit voor een 'groot' vak niet opgaat. Dat hoeft echter niet zo te zijn. Veelgehoorde problemen betreffen de moeilijk in te delen ingrepen, of het doen van meer verrichtingen in één sessie. Het ideaal om diagnose en behandeling gedetailleerd vast te leggen

blijkt onhaalbaar; dat heeft de ervaring inmiddels wel bewezen.

Achteraf is het aan de diagnose toegekende gewicht misschien de grootste misvatting in de DBC-systematiek. Bij vrijwel elke diagnose zijn meer diagnose- en behandelstrategieën mogelijk en zowel het honorarium van de specialist als de kosten voor het ziekenhuis worden veel meer bepaald door de gekozen strategie dan door de diagnose. De terugweg naar een gedetailleerd verrichtingsstelsel is echter ook niet aantrekkelijk. Een indeling in behandelcategorieën gebaseerd op de zwaarte

dig, omdat kosten en honorarium minder aan de diagnose dan aan het gekozen behandeltraject zijn gekoppeld. Mutatis mutandis kan een dergelijk behandelingsgeoriënteerd systeem ook worden toegepast voor chirurgische vakken, als meer ingrepen in één sessie of narcose worden gedaan.

#### BEHANDEL-CATEGORIEËN

Wat is de praktische vertaling hiervan? Wij kunnen niet zinvol overleggen of onderhandelen over duizenden verschillende DBC's. Ziekenhuizen en verzekeraars beperken zich voorlopig

## Vergaande detaillering leidt tot minder transparantie

van de behandeling kan een oplossing zijn: de DBC met een kleine d, waarin de behandeling het zwaarst weegt en de hoofddiagnose als aanvullende informatie wordt geregistreerd.

In het DBC-systeem voor de reumatologie is al toegewerkt naar productgroepen in de vorm van een beperkt aantal behandelcategorieën met elk een eigen normtijd. Dit model gaat gepaard met verlies aan informatie over de diagnose(n). Een acceptabel nadeel als het alternatief tot administratieve chaos leidt. In de praktijk is het nadeel overigens beperkt als de arts de belangrijkste diagnose registreert. En dat kan eenvoud-

tot onderhandelingen over B-segment-DBC's en dat is al een hele klus. De nu geproduceerde overzichten op basis van veel te grote aantallen DBC's leiden tot een overdaad aan informatie. Dan zijn er de verschillen in prijzen en de nog aan te passen normtijden. Niemand weet nog met welke mate van detaillering we deze willen gaan indelen. Onderhandelingen over minuten meer of minder? Is een prijsverschil van 100 euro relevant? Vergaande detaillering leidt tot afnemend overzicht, en dus minder transparantie.

In plaats van één eigen productstructuur voor elk specialisme, waarbij opnieuw een onoverzichtelijke wirwar

## 2. BEHANDEL-COMBINATIES EN KOSTEN

kosten ziekenhuisdeel	NORMTIJDEN SPECIALISTEN IN MINUTEN					
	0 - 30	31 - 60	61 - 90	91 - 150	151-300	>300
< € 100	A1	B1	C1	D1	E1	F1
€ 100-500	A2	B2	C2	D2	E2	F2
€ 500-1500	A3	B3	C3	D3	E3	F3
€ 1500-3000	A4	B4	C4	D4	E4	F4
€ 3000-8000	A5	B5	C5	D5	E5	F5
> € 8000	A6	B6	C6	D6	E6	F6
bijzondere categorie	A7	B7	C7	D7	E7	F7

De prijs van een behandelcombinatie bestaat uit de ziekenhuiskosten en het honorarium van de specialist (momenteel is de richtlijn voor het uurloon 140 euro) Een voorbeeld: behandelcombinatie A2 kost maximaal 500 euro (ziekenhuisdeel) plus 70 euro (specialistendeel), dus 570 euro.

van producten dreigt te ontstaan, kan beter een voor alle specialismen geldend raamwerk worden vastgesteld. Een voorstel hiertoe is weergegeven in *tabel 2*. Ik denk aan zes tot acht categorieën voor de normtijden en evenveel voor de ziekenhuiskosten. Dat leidt tot ongeveer vijftig mogelijke behandelcombinaties (BC's). Overheid, Orde, ziekenhuizen en verzekeraars kunnen gezamenlijk vaststellen welke mate van detaillering wenselijk is, maar gezien de spreiding binnen de huidige DBC's lijkt een bandbreedte zoals hier voorgesteld niet ver bezijden de realiteit. Voor bijzondere categorieën met bijvoorbeeld zeer hoge kosten blijft aparte ruimte. Het reumatologische DBC-model kan in tien behandelcombinaties worden beschreven (zie rechterkolom in *tabel 1*). Ook voor andere specialismen kunnen de DBC-werkgroepen van de wetenschappelijke verenigingen hun DBC's aan één van deze BC's toewijzen. Desgewenst kan men dan ook aangeven welke groepen diagnoses exclusief aan bepaalde BC's zijn gekoppeld. Daarbij is de ervaring van de reumatologen dat medisch-specialistisch inzicht leidend moet zijn en statistische homogeniteit slechts marginaal bijdraagt. Via het casemix-model kan de verdeling zodanig worden gemaakt dat de uitkomsten van de rondrekening erin worden verwerkt, zodat ook dit uitgangspunt van de DBC-systematiek intact blijft.

Het resultaat is een verrichtingenstelsel zonder de vertrouwde korte en lange kaarten, maar met een aantal cate-

gorieën van specialistische behandeling dat is te overzien. Onderhandelingen met zorgverzekeraars en ook verdeling van menskracht en middelen binnen het ziekenhuis kunnen hierop worden gebaseerd. De aantallen blijven dan herkenbaar voor de praktisch werkende specialist, net als de FB-parameters.

#### FLINKE VEREENVOUDIGING

VWS en de Orde willen vasthouden aan de DBC-systematiek. We moeten dus verder. Een flinke vereenvoudiging biedt een uitweg uit de dreigende impasse. Achteraf is wellicht de grootste fout in het ontwikkelde DBC-systeem dat te veel gewicht is toegekend aan de diagnose. Kenmerkend voor veel medisch handelen is immers dat de diagnose niet veel meer is dan een beschrijving van symptomen of differentiaaldiagnose. Veelal is er binnen een marge van onzekerheid wel consensus over de in te stellen behandeling.

De hier voorgestelde behandelcombinaties met minder gewicht voor de diagnose bouwen voort op de ingeslagen weg en behouden het DBC-systeem, maar blijven dicht bij het achter ons liggende verrichtingensysteem. De plaats van FB-parameters kan worden ingenomen door een overzienbare set behandelcombinaties. ■

dr. H.J. Bernelot Moens,  
reumatoloog, Ziekenhuis Groep Twente

Correspondentieadres: Postbus 546, 7550 AM Hengelo;  
e-mail: h.moens@zgt.nl

## SAMENVATTING

- Door een eenvoudig systeem dat gelijkenis vertoont met het abonnementsstelsel met korte en lange kaarten, hebben reumatologen minder problemen met DBC's dan andere specialisten.
- Bij het systeem van de reumatologen ligt de nadruk op de behandeling en de diagnoses in drie hoofdgroepen verdeeld.
- Op basis hiervan is een simpele productstructuur opgesteld, die in tien behandelcategorieën kan worden vertaald.
- Een voor alle specialismen mogelijk raamwerk van normtijden en ziekenhuiskosten kan helpen om de transparantie in het nu onoverzichtelijke DBC-systeem te verbeteren.



### DBC-FORUM

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

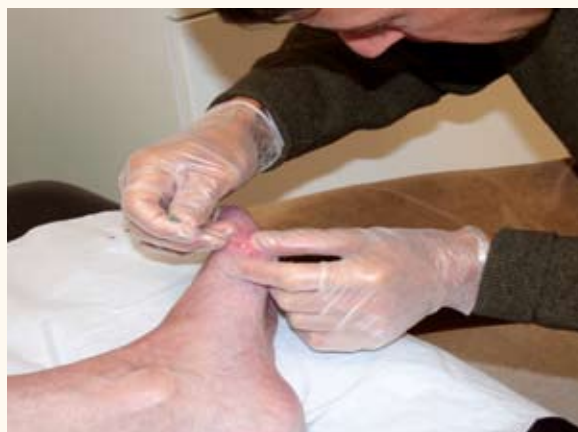
Discussieer mee op ons DBC-forum via  
[www.medischcontact.nl/dbcforum](http://www.medischcontact.nl/dbcforum)

#### Referenties

1. Dofferhoff ASM. DBC-systeem verdient kans. *Medisch Contact* 2005 (60); 40: 1587.
2. Bolhuis EE. In de kern een goed systeem. DBC's aanpassen aan eisen en wensen van gebruikers. *Medisch Contact* 2005 (60); 45: 1792.
3. Moolenburgh JD. Een mars der dwaasheid. *Medisch Contact* 2001 (56); 2: 63-5.
4. Moolenburgh JD. Internist roept op tot staking tegen DBC's (2) (ingezonden brief). *Medisch Contact* 2005 (60); 37: 1484.
5. Mellema GJ. Terug naar het abonnement. *Medisch Contact* 2005 (60); 38: 1507-9.



Enkelpunctie.



Materiaal verzamelen voor microscopisch onderzoek bij jichttoefus.

BEELD: HENI BERNELLOT MOENS