



BEELD: ROLAND HOKRUZEN

EEN RAMMELEND SYSTEEM

DBC's zijn ongeschikt voor compliceerde en multidisciplinaire zorg

Zonder maatschappelijk debat over de wenselijkheid en noodzaak ervan heeft de overheid het DBC/marktprincipe in de zorg doorgedrukt. Duidelijk is inmiddels dat het systeem wel redelijk voldoet bij eenvoudige ingrepen, maar bij complexe zorg kan niemand er meer een touw aan vastknopen.

ROBERT KREIS

Respectievelijk Bolhuis en Sanders hielden in dit blad een pleidooi voor het systeem van de diagnose-behandeling-combinaties (DBC's).^{1,2} De argumenten van Bolhuis zijn dermate aanvechtbaar en die van Sanders zo selectief dat een weerwoord op zijn plaats is.

Ter inleiding zij vermeld dat wij midden in een driedelig proces zijn gerold: de invoering van de basisverzekering, de DBC-systematiek en de marktwerking in de zorg. In essentie hadden en hebben deze drie zaken niets met elkaar te maken; ze zijn door een soort koppelverkoop met elkaar verweven geraakt. Het maatschappelijk nut en het voordeel van de basisverzekering dreigen hierdoor overigens te vertroebelen.

De DBC - feitelijk een aan een diagnose en behandeling gekoppelde lumpsum - is voor de verzekeraars een hulpmiddel om met ziekenhuizen te onderhandelen en ze onderling te vergelijken. Daarmee zijn de DBC's onlosmakelijk aan de zo gewenste marktwerking in de zorg gekoppeld.

GEFORCEERD

Bolhuis stelt dat de critici van het DBC/marktsysteem geen bruikbaar alternatief bieden. Maar heeft er ooit een klimaat bestaan waarin dat mogelijk was? Een artikel van mijn hand met een uitgewerkt alternatief werd bijvoorbeeld door de redactie van MC geweigerd omdat 'de markt nu eenmaal een gegeven was'. Voorlichting en congressen vanuit de overheid, de Orde en de KNMG werden gedragen door een keur aan sprekers met allen dezelfde boodschap: de DBC's en de markt komen er hoe dan ook; de vraag is hoe ermee om te gaan. Typerend hiervoor is het grote KNMG-congres van 30 november met de pseudo-grappige titel 'Blijft de dokter overeind?', bedoeld om in het heftige gezondheidszorgklimaat - waaraan de betrokken organisaties zelf hebben bijgedragen - de kneepjes van het 'staande blijven' te leren.

Het wrekt zich nu dat er nooit een maatschappelijk debat heeft plaatsgevonden over de vraag of we het DBC/marktprincipe in de gezondheidszorg wel willen en nodig hebben en er geen alternatieven zijn om problemen op te lossen. Op brede schaal werd en wordt besluitvorming er doorgedrukt op basis van op bestuurlijk niveau voorgenomen standpunten, waarbij de noodzakelijke partners en adviesorganen al of niet financieel worden ingekapseld. Gewoonte, tunnelvisie en coalitiedwang leiden vervolgens tot een onomkeerbaar proces. Het verbaast niet dat op deze manier een schisis is ontstaan tussen de besturen van (publieke) organisaties en hun leden. De ervaringen rond de Europese grondwet dreunen wat dit

betreft nog na, maar leiden er vooralsnog toe dat op bestuurlijk niveau de weerstand tegen het referendumprincipe is gegroeid.

De ledenvergadering van de Orde over de DBC's resulteerde in een positief advies, uitsluitend omdat uitzicht werd geboden op de oplossing van een historisch probleem: de ongelijkheid in beloning van de diverse specialismen. Een combinatie van onwil en onvermogen in diverse geledingen - waaronder de voormalige LSV - om dit op zich eenvoudige probleem op te lossen heeft dus de basis gelegd voor de ontwikkeling van de DRG/DBC-financieringssystematiek.

In dit klimaat heeft de overheid kans gezien in grote haast de zorg in de markt te zetten en hiervoor de DBC-systematiek geforceerd in te voeren. Triest genoeg zijn hierdoor de oorspronkelijke opzet en doelstelling van de producttypering - een initiatief vanuit de heelkunde - volledig uit het zicht verdwenen. Tevens is de basis gelegd voor het doorschuiven van de schuldvraag bij een eventuele mislukking.

BESCHAMEND

Bolhuis stelt dat het zinvoller is om met de tevreden gebruikers het systeem verder uit te werken.¹ Zijn er tevreden gebruikers? Natuurlijk wel. Zelfs onder de meest extreme omstandigheden zijn er mensen die hun voordeel weten te halen. De belangrijke vraag of er een breed draagvlak bestaat voor de ontstane situatie, wordt hiermee opnieuw vermeden. Het zou voor iedere organisatie

eens. Het is zonder meer verbijsterend dat in een periode dat het communistisch systeem ineens stortte, in Nederland een kolchoz-financiering voor de zorg werd geïntroduceerd. Bolhuis en Sanders vermelden niet dat voordat beide systemen hun intrede deden er een simpel tariefstelsel bestond dat een markteconomie niet zou misstaan, dat een goedkope gezondheidszorg opleverde, waarvoor in het buitenland veel belangstelling bestond en waarvan de bezwaren eenvoudig waren op te lossen.

Punt is dat men toen om politiek-ideologische redenen een compleet ander systeem wenste. Met de combinatie van het budget/lumpsumstelsel, de ingezette reductie van de capaciteit van zorginstellingen en het grote verpleegkundig tekort, is toen een periode van ellende in de zorg van start gegaan waarvan de gevolgen nog steeds merkbaar zijn.

EIGEN WERKELIJKHEID

Los van de marktaspecten van het DBC-systeem roemt Bolhuis het grote voordeel van de transparantie van de 'werkelijke kosten'. Hij doet dat aan de hand van een voorbeeld waaruit blijkt dat hijzelf zoals zovelen die dit systeem aanprijzen, de essentie van het DBC-principe niet begrijpt.

Bolhuis beschrijft een casus waarbij een chirurg wegens huidkanker een stukje weefsel weghaalt. Tijdens de operatie ziet de chirurg nog een verdacht stuk, dat hij ook verwijdert. Bolhuis maakt zich nu druk over het feit

Gewoonte, tunnelvisie en coalitiedwang leiden tot een onomkeerbaar proces

beschamend moeten zijn te constateren dat bijvoorbeeld een analyse in Vrij Nederland oplevert dat ruim 80 procent van de medisch specialisten tegen marktwerking in de zorg is, terwijl een dergelijke vraagstelling in de eigen organisatie - in fundamentele zin - niet aan de orde is geweest. Ik pleit er nog steeds voor om hierover in de Orde een referendum te houden.

Bolhuis en Sanders memoreren dat de voorgaande systemen van functiegerichte budgettering (FB) en lumpsum niet werkten. Zeker wat betreft de laatste systematiek ben ik dat volledig met hen

dat er vroeger twee rekeningen werden geschreven - hetgeen overigens onjuist is - terwijl het DBC-systeem er rekening mee houdt dat er misschien wel drie stukjes moeten worden weggehaald. Hij concludeert wat tendentieuus dat een en ander misschien minder aantrekkelijk is voor de betreffende specialist, maar wel meer in overeenstemming met de werkelijkheid. Over wiens werkelijkheid hebben we het dan? Hoe moet je een patiënt bij wie één stukje huid is verwijderd uitleggen dat hij moet betalen voor de mogelijkheid dat er drie stukjes huid hadden moeten worden weggehaald? >>

<< Omdat dat de werkelijkheid van de heer Bolhuis is?

Op eenzelfde wijze prijst reumatoloog Moens de eenvoud van het DBC-systeem van zijn vereniging aan.³ Deze systematiek heeft overigens wat weg van het drieklassentarief voor particulieren

voorgestane systeem zijn echter goed duidelijk te maken. Stel een reumatoloog ziet een patiënt met handklachten en vermoedt een carpale-tunnelsyndroom. Hij vraagt elektromyografisch onderzoek door de neuroloog aan, die een DBC zal openen. De reumatoloog

wordt gehouden en verantwoordelijkheden worden doorgeschoven, is verbijsterend.

De intrinsiek aan het DBC-systeem verbonden complexiteit maakt ook duidelijk waarom in de landen waar deze systematiek is ingevoerd, de premies met tientallen procenten zijn gestegen. Het is niet te verwachten dat de ontwikkelingen in Nederland veel anders zullen zijn. In de Verenigde Staten ging de invoering van het systeem bovendien gepaard met een financiële uitkleding van vele zorginstellingen en een aantoonbare welvaart van de verzekeraars. In de praktijk zijn de lasten van het systeem kennelijk ongelijk verdeeld.

De massale reclameactiviteiten maken het aannemelijk dat de nieuwe situatie ook voor Nederlandse verzekeraars potentieel aantrekkelijk is. Het belang van vergroting van de omzet en daarmee van de macht, overstijgt kennelijk dat van de directe winst. In dit licht stemmen de ervaringen in het verleden met de weggesluisde 'onaanvaardbare reserves' van de oude ziekenfondsen in talloze stichtingen, bv's en holdingen, extra somber wat betreft de gelijkwaardigheid van transparantie bij de wederzijdse contractanten.

HERIJKING COMPONENTEN

In feite ligt de kern van de DBC-problematiek in de verwaarlozing van de componenten - het hele stelsel van consulten en verrichtingen - die noodzakelijk zijn voor diagnostiek en behandeling. Een herijking van deze componenten, zoals gecodeerd in de 'oude' CTG-tabellen, is onvermijdelijk voor een werkelijk inzicht in en weergave van het diagnostisch en behandeltraject van een ziekte of aandoening. De som van deze componenten kan enerzijds tot een feitelijke rekening en anderzijds tot een (onderhandeld) gemiddeld DBC-tarief worden verwerkt. De patiënt ontvangt de feitelijke DBC-rekening en sluisd die na controle direct door naar de verzekeraar, die overeenkomstig het ziekenhuis betaalt. Over een overeengekomen periode verrekent de verzekeraar met het ziekenhuis het verschil tussen de som van alle feitelijke DBC-rekeningen en de som van overeengekomen gemiddelde DBC's.

De vraag blijft wel wie het risico van ondercalculatie loopt. In principe moet dit de 'hoofdaannemer' zijn, oftewel de poortspecialist. Dit maakt overigens duidelijk dat het DBC-systeem meer

De drie brandwondencentra leveren zorg voor een ongedekte cheque

van de jaren zestig en zeventig, dat mede door de ondoorzichtigheid en 'subjectieve interpreteerbaarheid' is verlaten.

zal een DBC declareren ergens in groep B2-D6 (60-90-minutengroep, overeenkomend met een honorarium van 144 tot 216 euro). Als daarna de patiënt naar de chirurg wordt verwezen, zal ook die weer een DBC openen. Het is gemakkelijk te bedenken hoeveel geld in dit geval wordt rondgepompt. Stel nu dat de patiënt direct naar een chirurg was verwezen. Die heeft voor de diagnostiek en behandeling één DBC van 127 euro en bij een niet-operatieve behandeling een honorarium van 31 euro!

Alleen al voor de honorariumcomponent van één aandoening kan dus een zeer gevarieerde hoeveelheid rekeningen worden gepresenteerd, waaraan voor de buitenstaander geen touw is vast te knopen. Alle ingecalculerde mogelijkheden daarbovenop doen de totale DBC-rekening uitstijgen boven het niveau van een eigen risico of de mogelijkheid tot vooruitbetalen, zeker in het geval van een restitutiepolis.

ONHOUDBAAR

Als men zich realiseert dat bovengenoemd voorbeeld slechts een simpele aandoening betreft, wordt snel duidelijk hoe ingewikkeld de situatie zal zijn bij complexe en multidisciplinaire zorg, zoals de brandwondeneeskunde. Sinds een jaar zijn diverse geledingen van het Rode kruis Ziekenhuis in Beverwijk verwickeld in een vruchteloze correspondentie met wetenschappelijke verenigingen, het departement, DBC-onderhoud en de 'veegploeg' van de Orde om een financieel-administratieve onderbouwing van de brandwondenzorg te verkrijgen. Binnen het nu vigerende stelsel blijkt dat onmogelijk, hetgeen resulteert in de onhoudbare situatie dat de drie brandwondencentra zorg leveren voor een ongedekte cheque. De nonchalance waarmee een aan alle kanten rammelend systeem in de lucht



DBC-FORUM

De artikelen van Bolhuis en Sanders zijn online onderaan dit artikel aanklikbaar.

U kunt ook meediscussieren op het DBC-forum via www.medischcontact.nl/dbcforum

SAMENVATTING

- De invoering van het marktprincipe in de zorg maakte een geforceerde implementatie van het DBC-systeem noodzakelijk. Zorgverleners raken nu verstrikt in een zeer complexe, ondoorzichtige, bureaucratische en geldverslindende verrekeningsystematiek.
- Met name de complexe zorg, waaronder de trauma- en brandwondenzorg, is financieel-administratief niet meer in kaart te brengen. Voor de betrokken vakgebieden en instellingen een onhoudbare situatie.
- De vraag is in hoeverre er door de huidige stijl van bestuur bij grote trajecten als stelselwijzigingen, voldoende aandacht is voor het maatschappelijk draagvlak en de toetsing van het gewenste dan wel beoogde resultaat.
- In het geval van het huidige zorgstelsel kan op grond van de ervaringen in het buitenland worden betwijfeld of kostenreductie en transparantie haalbare doelen zijn en niet juist het tegendeel wordt bereikt.

geschikt is voor betrekkelijk eenvoudige ingrepen. Het werkt niet goed bij gecompliceerde en multidisciplinaire behandelings, tenzij er een stafmaatschapsstructuur bestaat en de DBC-codes uniform zijn en niet vakgroepspecifiek, zoals nu het geval is.

DUBBELBESLUITEN

We zijn verzeild geraakt in de typisch Nederlandse oplossing van dubbelbesluiten:

- we introduceren de markt in de zorg, maar zodra die er is gaan we die met maatregelen tegen;
- we forceren de introductie van de DBC-systematiek, maar vragen vervolgens, zoals Hoogervorst doet, om een verrekening volgens het tariefstelsel dat er inmiddels niet meer is.

Een verrekening volgens het tariefstelsel is mijns inziens alleen haalbaar op de wijze zoals hierboven beschreven.

Ziekenhuis en medisch specialist raken in toenemende mate verstrikt in een woud van regels en contraregels, van orders en tegenorders, van systemen en contrasystemen. De wereld van reclame, adviesbureaus, managementcursussen en administratiekantoren zullen er wel bij varen. Echter, dit alles moet wel binnen het macrokader zorg. Vraag is wat er dan overblijft voor die zorg en voor wie dat nog zorg is. ■

prof. dr. R.W. Kreis,
chirurg, voorzitter medische staf Rode Kruis Ziekenhuis,
Beverwijk

Correspondentieadres: rwkreis@zonnet.nl

Literatuur

1. Bolhuis E.E. In de kern een goed systeem. DBC's aanpassen aan eisen en wensen van gebruikers. *Medisch Contact* 2005; 60 (45): 1792-4. 2. Sanders F.B.M. Selectief geheugen. Complex DBC-systeem te danken aan de wetenschappelijke verenigingen. *Medisch Contact* 2005; 60 (46): 1857-9. 3. Bernelot Moens H.J. DBC's met een kleine d. Reumatologen laten behandeling prevaleren boven diagnoses. *Medisch Contact* 2005; 60 (48): 1924-7.

PRAKTIJKPERIKEL

Mobiele darmen



Opnieuw meldde ze zich op de huisartsenpost: een vrouw van rond de veertig met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en een ernstige somatisatiestoornis. Ondanks een goed doortimmerd protocol, waarin staat dat ze wekelijks contact heeft met zowel de huisarts als het RPC, werkt ze actief mee aan de burn-out van de talloze huisartsen op de post, die haar met nietsvermoedende empathie tegemoet treden.

Op mijn vraag wat ik voor haar kan doen, antwoordt ze dat ze 'nou weleens wil weten wat ze heeft'. Ze heeft het gevoel te stikken, dat haar tong haar slokdarm in slaat, dat ze niet meer kan slikken. Ook het ademen 'gaat stroef'. Het voelt alsof haar 'slokdarm en darmen verzakt zijn'. Ze heeft ook al drie dagen geen ontlasting gehad en die X-prepaid (!) helpt ook niks.

De verwachtingen zijn hooggespannen. Ze hoopt dat ik als jonge huisarts, hopelijk op de hoogte van de state of the art op maag-darmgebied, haar eindelijk eens van haar klachten zal verlossen. Na een ritueel lichamenlijk onderzoek (de X-prepaid heeft in elk geval een levendig voicemailbericht opgeleverd in de vorm van stormachtige borborygmi), leg ik haar uit dat er objectief niets is te vinden. Met zalvende empathie benadruk ik hoe akelig haar klachten voor haar zijn. Ze hoeft zich echter geen zorgen te maken. Ik leg haar vervolgens uit dat het mij niet zinvol lijkt opnieuw allerlei onderzoek te gaan inzetten. De afgelopen jaren heeft dat niet geleid tot het achterhalen van een oorzaak en ook niet tot verbetering van de klachten.

Ik vraag haar of dit consult haar verder helpt. Haar mimiek doet vermoeden van niet. Zonder te groeten verlaat ze mijn kamer. Op naar de volgende dienstdoende collega. Helaas. No cure, no X-prepaid. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.