

# VEEL SWITCHEN ONDERGRAAFT HET DBC-SYSTEEM

*Nederlandse ziekenhuizen registreren en declareren verschillend*

Algemene ziekenhuizen wisselen veel vaker van DBC dan academische ziekenhuizen. Het is de vraag of het wel verstandig is om het B-segment uit te breiden nu het declareergedrag zo onevenwichtig blijkt. Verzekeraars zitten immers niet te wachten op grote financiële risico's.

HARM BRUINS SLOT  
PHILIP MOKVELD  
BAS GEERDES

Sinds 2005 wordt het budget in ziekenhuizen 'inverdiend' met diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Bij onderzoek van het declaratiebestand van één verzekeraar ontstond het sterke vermoeden dat er grote declaratieverschillen bestaan tussen ziekenhuizen. Om die reden is het onderzoek uitgebreid naar het landelijke declaratiebestand van Vektis.<sup>1</sup> Het is uitgevoerd op 2,5 miljoen reguliere initiële (zorgtype 11) DBC's van elf verzekeraars met tezamen 7,5 miljoen verzekerden.

De achterliggende gedachte bij het onderzoek is dat eenzelfde diagnose in elk ziekenhuis zou moeten leiden tot eenzelfde DBC of stroom DBC's.

Het DBC-systeem is te beschouwen als een goed werkend declaratiesysteem wanneer de som van alle handelingen en bewerkingen rond de DBC's leidt tot vergelijkbare declaraties per ziekenhuis binnen hetzelfde specialisme. Doen zich binnen één specialisme tussen de ziekenhuizen grote verschillen voor in het aantal DBC's en de typering, dan komt dat door de wijze waarop de registrerende specialist of het ziekenhuis de instructie interpreteert óf door comorbiditeitsverschillen tussen patiëntenpopulaties.<sup>2</sup>

Het gaat er hier niet om of de declaratie volgens de instructieregels juist is, maar om de verschillen tussen ziekenhuizen en specialismen zichtbaar te maken die ontstaan bij het registreren en declareren van grote aantallen DBC's. Hoewel per verzekerde registratieverschillen kunnen optreden door morbiditeitsverschillen (de casemix), zullen deze verdwijnen als het gaat om grote aantallen verzekerden. Van de intramurale schadelast van verzekeraars wordt immers 80 procent gegeneerd door 20 tot 30 procent van de diagnoses in elk specialisme.

## GEMAK

Bij het onderzoek in het nationale declaratiebestand zijn berekeningen gemaakt van het switchpercentage. Dit is een maat voor verandering van diagnose in opeenvolgende DBC's, of, anders gezegd, voor het gemak waarmee eventuele nieuwe zorgvragen worden geïdentificeerd. De grootste spreiding was te zien in de algemene ziekenhuizen (zie *figuur 1*). Het ziekenhuis met het grootste switchgetal declareerde viermaal zoveel DBC's met een andere diagnose in een reeks van elkaar opvolgende DBC's dan het ziekenhuis met het laagste switchpercentage. Zonder verdere medisch-inhoudelijke analyses en materiële controle is het niet mogelijk een uitspraak te doen over

de juistheid van de declaratie.<sup>3</sup> Hoewel sommige algemene en topklinische ziekenhuizen specifieke functies kennen, bepalen de wet der grote getallen en de 80/20-regel dat casemixverschillen niet tot uiting kunnen komen in de switchpercentages. Men kan ervan uitgaan dat 80 procent van de patiënten die door

## De grootste spreiding is te zien in algemene ziekenhuizen

een algemeen of topklinisch ziekenhuis stroomt, volstrekt vergelijkbaar is.

## NEONATOLOGIE

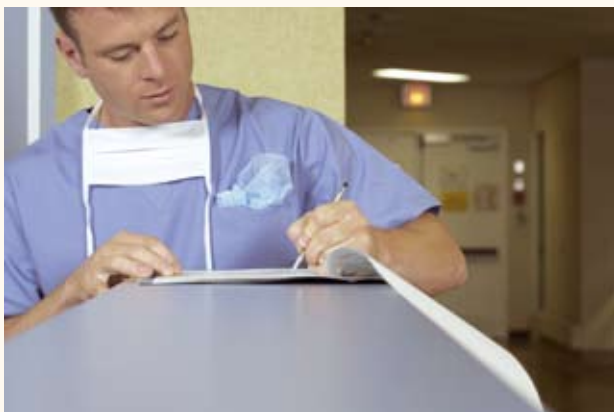
De instructies voor het openen en sluiten van DBC's zijn per specialisme soms aanzienlijk verschillend. Wel gelden ze per specialisme in gelijke mate voor alle ziekenhuizen: een academisch of een algemeen ziekenhuis declareert voor een liesbreuk dus dezelfde DBC.

De spreiding van de academische ziekenhuizen ligt volledig binnen het bereik van de algemene en topklinische ziekenhuizen. Het zou te verwachten zijn dat de derdelijnsfunctie van academische ziekenhuizen en de daarmee samenhangende grotere comorbiditeit in hun patiëntenpopulatie leidt tot een groter percentage aanvullende zorgvragen. Dit blijkt echter niet uit het onderzoek (zie *figuur 1*). Kortom: er is iets anders aan de hand.

Er bestaat in de cardiologie, de kindergeneeskunde en de gynaecologie/verloskunde een duidelijk grotere spreiding dan in de dertien andere specialismen (zie *figuur 2*). De cardiologische typeringslijst is net als de meeste typerings-

## 1. DBC-SWITCH: EEN VOORBEELD

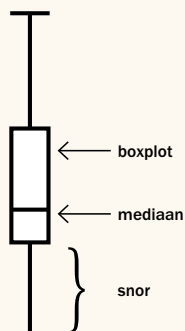
ziekenhuis	verzekerde	heelkunde	prestatiecode	switch diagnose	datum openen tbc
X	A	3	110001000101	0	6-sep-05
X	A	3	110001600203	1	20-okt-05
X	A	3	110001290203	1	9-okt-05
X	A	3	110001000101	1	6-sep-05
X	A	3	110001290101	1	6-sep-05
X	A	3	110003000103	1	7-jan-05
Y	B	3	110001000101	0	30-aug-05
Y	B	3	110001710201	1	30-aug-05
Y	B	3	110001000101	1	5-jul-05
Y	B	3	110001000202	0	7-jun-05
Y	B	3	110001610203	1	17-feb-05



BEELD - PHOTOS.COM, SHUTTERSTOCK

## GEBRUIKTE METHODIEK

Bij het onderzoek waren 2,5 miljoen reguliere initiële DBC's (zorgtype 11) betrokken die in 2006 waren geopend en gesloten. Omdat in principe alleen een nieuwe zorgvraag kan leiden tot een reguliere initiële DBC, heeft het onderzoek zich tot die DBC's beperkt. Per medische discipline, ziekenhuis en verzekerde zijn de DBC's chronologisch gesorteerd naar openingsdatum (zie tabel 1). Vervolgens is de diagnose (zoals vastgelegd in de prestatiecode) per regel vergeleken met de regel erboven. Als de diagnose daarvan afweek, werd de DBC 'gemarkt' met switch=1. Door het aantal diagnose- en behandelswitches per ziekenhuis, discipline of ziekenhuis en discipline bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal erbij betrokken DBC's ontstaan respectievelijk het landelijke switchpercentage per discipline, per ziekenhuis of per discipline per ziekenhuis. Het getal dat zo wordt berekend is een maat voor de frequentie waarmee DBC's met een andere diagnose of behandeling worden geopend. Om de spreiding van de switchpercentages, de scheefheid van de verdeling en de eventuele uitbijters zichtbaar te maken, zijn de switchpercentages gepresenteerd in een *boxplot*. Alleen ziekenhuizen en disciplines met respectievelijk meer dan 1000 en 100 DBC's zijn meegenomen in de analyse.



### Boxplot

Een *boxplot* is een grafische beschrijving van populatiegetallen, weergegeven met behulp van de mediaan, bovenste en onderste kwartielen alsmede minimum- en maximumwaarden. De box bevat 50 procent van alle waarnemingen en elke snor (naar boven en beneden) nog eens 25 procent.

De plaats van de mediaan is een maat voor de scheefheid van de totale verdeling. De snorren geven de minimum- en maximumwaarden aan. Is een waarde verder dan anderhalf maal van de box verwijderd, dan is sprake van een uitbijter.

>>

<< lijsten diagnosegericht, maar kent als bijzonderheid dat bij verandering van diagnose een nieuwe reguliere initiële DBC mag worden geopend. Zo krijgt een patiënt bekend met coronair lijden bij het vaststellen van een ritmestoornis een nieuwe DBC. De gynaecologie en verloskunde hebben een typeringslijst waarin de zwangerschap is opgeknipt in meerdere DBC's, gebonden aan de zwangerschapsduur. De kindergeneeskunde, met twee typeringslijsten, laat de grootste spreiding zien. Hier veroorzaakt de neonatologie enorme spreiding doordat haar typeringslijst sterk symptoomgericht is. Na uitsluiting van de neonatologie, is de spreiding bij kindergeneeskunde vergelijkbaar met de dertien andere specialismen.

Hoewel er dus drie specialismen zijn die een zeer grote spreiding vertonen, varieert het switchpercentage van de overige specialismen ook aanzienlijk per ziekenhuis. Dit is echter niet te verklaren vanuit de typeringslijsten of door casemixverschillen.

#### ZORGZWAARTE

De analyse van de verschillen tussen ziekenhuizen vraagt om een andere statistische benadering. Met *boxplots* (zie kader

op blz. 115) is het namelijk niet mogelijk om een eventuele samenhang tussen switchpercentages van verschillende disciplines binnen één ziekenhuis zichtbaar te maken.

De 97 Nederlandse ziekenhuizen kunnen per specialisme en oplopend naar switchpercentage in een landelijke rangorde worden gezet. Kijkend naar het specialisme Heelkunde bevinden de topklinische en academische ziekenhuizen zich in de lagere regionen van deze rangorde (zie *figuur 3*). De twee algemene ziekenhuizen, met het laagste en het hoogste switchpercentage, verschillen maar liefst een factor 17. Dit is op geen enkele manier te verklaren uit zorgzwaarte of comorbiditeit.

#### OPENEN EN SLUITEN

De rangorde naar switchpercentage van alle disciplines en voor ieder ziekenhuis bij elkaar maakt duidelijk of er trends zijn te ontdekken. De tien algemene ziekenhuizen met de hoogste gemiddelde rangordes, hebben in alle disciplines ook hoge landelijke switchpercentages. Het omgekeerde geldt voor de vijf algemene en vijf academische ziekenhuizen met de laagste gemiddelde rangorde.

Conclusie is dat ziekenhuizen als geheel kunnen verschillen in de manier waarop de registratie van DBC's plaatsvindt. Er zijn dus ziekenhuizen met hoge switchpercentages in alle specialismen en ziekenhuizen die zeer spaarzaam omgaan met het openen en sluiten van nieuwe reguliere initiële DBC's. Over de wijze waarop deze 'cultuur' tot stand komt, kan weinig met zekerheid worden gezegd. Wel is opvallend dat opleidingsziekenhuizen over het algemeen de laagste switchpercentages scoren.

#### DECLARATIECULTUUR

Er is een aantal conclusies te trekken. Om te beginnen bestaan er landelijk grote registratie- en declaratieverschillen binnen een specialisme, maar er zijn ook ziekenhuizen die in alle specialismen eenzelfde registratiepatroon laten zien.

Dit gaat het sterkst op voor algemene ziekenhuizen. Deze verschillen onderling sterk in hun registratie- en declaratiecultuur. Dit heeft belangrijke consequenties voor alle bij de DBC-systematiek betrokken instanties en specialisten.

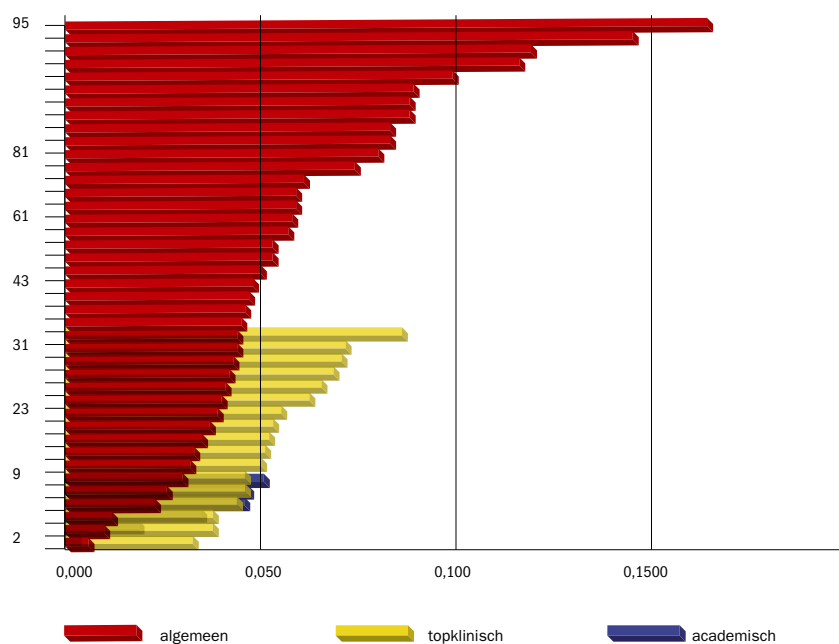
Voor de specialisten zelf heeft dit gevolgen, omdat één van de doelstellingen van de invoering van de DBC's was

## 2. SWITCHGEDRAG NAAR DISCIPLINE



Figuur 2: switchpercentages per discipline. In elke boxplot zijn alle ziekenhuizen vertegenwoordigd met meer dan 1000 verzekerden in één discipline. De uitbijters zijn aangegeven met een kruisje.

### 3. SWITCHPERCENTAGES HEELKUNDE



Figuur 3. Nederlandse ziekenhuizen geordend naar het switchpercentage van het specialisme Heelkunde. Het algemene ziekenhuis met het kleinste switchpercentage (0,006) staat onderaan, het ziekenhuis met het hoogste switchpercentage (0,164) geheel bovenaan. De topklinische en academische ziekenhuizen zitten in de lagere regionen.

om te komen tot 'inkomen naar prestatie' en harmonisatie van de inkomens. Hoewel niet is uitgerekend tot welke inkomensverschillen de registratie- en declaratieverschillen binnen en tussen specialismen leiden, geeft dit wel te denken. Daarnaast zijn er ziekenhuizen die over de volle specialistische breedte hoog of laag scoren, terwijl er geen enkele reden is om aan te nemen dat er grote zorgverschillen bestaan tussen algemene ziekenhuizen. Zijn de DBC-coördinatoren van de ziekenhuizen verschillend geïnstrueerd? Of zijn de validatiemodules verschillend afgesteld?

#### EVENWICHTIG

De registratie- en declaratieverschillen hebben ook grote betekenis voor instellingen die zich bezighouden met regelgeving rond de DBC's. Kennelijk laten de over het algemeen slecht geschreven en vaag geformuleerde 'instructies' ziekenhuizen en specialisten te veel ruimte voor eigen interpretaties. De instellingen zullen moeten nagaan of de invoering van maatstafconcurrentie, die de systematiek van functionele budgettering mogelijk moet vervangen, zal leiden tot een verdere toename van de verschillen

tussen ziekenhuizen. Maatstafconcurrentie is voor een niet onbelangrijk deel gebaseerd op een gemiddelde DBC-prijs per ziekenhuis. Idee is dat als hetzelfde werk met grotere aantallen DBC's wordt gedeclareerd, de gemiddelde DBC-prijs daalt, waardoor deze ziekenhuizen sterk worden bevoordeeld.

Als het declaratiesysteem niet evenwichtig blijkt te zijn, zal ook het ministerie van VWS moeten overwegen of het wel verstandig is om marktwerking verder te stimuleren door uitbreiding van het B-segment.

In 2008 is 20 procent van de intramurale zorg vrij onderhandelbaar. Dit betekent dat de prijzen tot stand komen in onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Het lumpsumsysteem als vangnet of als plafond is dan voor deze 20 procent verdwenen. Ook komt de ingekochte zorg volledig voor rekening en verantwoording van de verzekeraars. Een onevenwichtig declaratiesysteem is voor de verzekeraars een groot financieel risico want de verevening van de zorg verdwijnt voor segment B.<sup>4</sup> De zorgverzekeraars zullen derhalve worden gedwongen om de declaratiestromen via benchmarkingtechnieken,

### SAMENVATTING

- Er is onderzoek gedaan naar verschillen tussen ziekenhuizen in het registreren en declareren van reguliere en initiële DBC's op een bestand van 2,5 miljoen DBC's.
- Per specialisme en ziekenhuis is gekeken naar de wisseling van diagnoses in chronologisch gesorteerde DBC's.
- Hoewel elk specialisme gebruik maakt van dezelfde instructie, bestaan er grote verschillen tussen ziekenhuizen. Dit is het sterkst bij de algemene ziekenhuizen.
- Ook blijken er ziekenhuizen te zijn waar alle specialismen hoog scoren in het openen en sluiten van DBC's met aanvullende zorgvragen.
- Het aangetoonde onevenwichtige declaratiepatroon is zorgelijk voor beleidsmakers en zal verzekeraars moeten aanzetten tot meer systematische vergelijking en controle van declaraties.

meer dan tot nu toe, te onderwerpen aan systematische controles onder een declaratiemicroscop. ■

dr. H. Bruins Slot,  
chirurg n.p. adviserende geneeskundige Delta Lloyd Ohra

dr. P. Mokveld,  
kwantitatief onderzoeker Vektis

dr. B. Geerdes,  
chirurg n.p. adviserend geneeskundige bij Zorgverzekeraars Nederland

Correspondentieadres: bruins\_slot@planet.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

#### Referenties

1. Vektis is het centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars en verzamelt en analyseert gegevens over de kosten van de gezondheidszorg in Nederland. 2. Elke typeringslijst van een specialisme gaat vergezeld van een instructie hoe de typeringslijst moet worden gebruikt. 3. Materiële controle is de term die door verzekeraars wordt gebruikt om inhoudelijk de declaratie op juistheid te onderzoeken, bijvoorbeeld door middel van een dossieronderzoek. 4. Verevening is de correctie op ongelijk verdeelde risico's vanuit een centrale pot.