

Diagnose Bureaucratie Circus



Jos Blank

*De auteur is werkzaam als
research manager bij ECORYS.
jos.blank@ecorys.com*

De letters DBC lenen zich uitstekend voor allerlei mooie betekenissen. Naast bovenstaande titel speelden nog de volgende opties door mijn hoofd: Diagnose Bedrog Circuit en Diagnose Betuwe Combinatie. Vooralsnog gaat het om een hoogwaardige act die ziekenhuizen en

specialisten nog onder de knie moeten zien te krijgen. Diagnose Bureaucratie Circus heeft daarom mijn voorkeur.

Diagnosebehandelcombinaties zijn met ingang van dit jaar ingevoerd in de Nederlandse ziekenhuizen. Alle mogelijk te leveren diensten aan een patiënt zijn uitgedrukt in een combinatie van de ziekte van de patiënt en de verrichtingen die bij een behandeling behoren. Aan deze DBC's hangen prijskaartjes, die centraal zijn vastgesteld of tot stand zijn gekomen via onderhandelingen tussen verzekeraar en ziekenhuis. Het systeem is in de plaats gekomen van de oude budgettering met zijn totaal ondoorzichtige en onsamenhangende budgetparameters en een ingewikkeld systeem van tarieven waarmee het geld werd binnengehaald. Betalen voor de diensten die daadwerkelijk worden geleverd, is een hele grote stap voorwaarts en kan de transparantie vergroten.

Helaas is in het proces van het ontwikkelen van de DBC's heel veel misgegaan. Het geheel lijkt nu bij de implementatie al op een echec uit te lopen. Insiders spreken van de 'Betuwelijn van de zorg'. Specialisten uiten zich buitengewoon negatief en roepen publiekelijk op tot het boycotten van het systeem. Sommigen zijn al bezig zich voor te bereiden op het post-DBC-tijdperk (Dees, 2005). Ook de zorgverzekeraars hebben al hun bedenkingen geuit (Bos, 2005). De administratieve lasten zijn volgens de specialisten extreem hoog en dit gaat ten koste van de kwantiteit en kwaliteit van de dienstverlening. Pikant is overigens dat dezelfde specialisten een belangrijke rol hebben gehad in de totstandkoming van de lijst met DBC's. Al jarenlang zijn werkgroepen van mensen uit de gezondheidszorg samen met onderzoeksbureaus en automatiserders bezig een lijst samen te stellen van DBC's en deze te implementeren in ziekenhuizen. Dit heeft uiteindelijk geleid tot het ongelooflijke aantal van dertigduizend DBC's. De kosten voor deze inventarisatie zijn al enorm te noemen.

Er kan hier nauwelijks nog sprake zijn van transparantie, want de informatie- en transactiekosten zijn hoog. Het vaststellen van kostprijzen op een dergelijk gedetailleerd niveau is buitengewoon arbeidsintensief en de kostprijzen zelf zullen een schijnnaauwkeurigheid hebben. De kosten voor de prijsonderhandelingen zouden bij een volledig afwerken van de totale lijst ook buitensporig hoog zijn. De betrokken partijen laten het zo ver niet komen. Er is mij al een casus bekend waarin een zieken-

huis en de verzekeraars de huidige 250 DBC's in het vrije marktsegment bij de onderhandelingen hebben ingedikt tot 35 DBC-clusters. Een gedetailleerde indeling leent zich ook eenvoudig voor fraude, het zogenoemde *upcoden* (Okma, 2001).

Eerder heb ik vanaf deze plaats ook al betoogd dat DBC's geen prikkels bevatten voor ziekenhuizen om efficiënter te gaan werken (Blank, 2005). Zo zal een ziekenhuis dat bij de behandeling van een bepaalde ziekte kiest voor een meerdaagse opname een hogere vergoeding ontvangen dan het ziekenhuis dat kiest voor een dagopname. Indien alleen ziekte als criterium zou gelden bij de bepaling van de vergoeding, dan kiest het ziekenhuis de voordeligste oplossing, namelijk via dagbehandeling.

Er is een eenvoudig alternatief dat wel transparant is, voor lage informatie- en transactiekosten zorgt, tot bedrijfseconomisch verantwoorde prijsstellingen en afspraken leidt, veel minder fraudegevoelig is en prikkels tot efficiëntieverbetering bevat. Neem de hoofdspecialismen als uitgangspunt en onderscheid binnen ieder hoofdspecialisme maximaal vijf clusters van diagnosegroepen, die qua kosten sterk heterogeen zijn. Dit leidt in totaal tot minder dan honderd diagnosegroepen. Voor kostprijsberekeningen kan deze informatie eventueel nog worden aangevuld met het aandeel 65-plussers. Oudere patiënten hebben gemiddeld iets meer zorg nodig bij dezelfde diagnose dan jonge patiënten. De grofmazigheid van de methodiek leidt in individuele gevallen tot individuele kosten die afwijken van de algemene vergoeding. De wet van de grote aantallen zorgt er echter voor dat de ziekenhuizen gemiddeld genomen geen nadeel of voordeel hebben van deze individuele verschillen. Het eenvoudige alternatief maakt een uitzondering voor zeldzame behandelingen waarvoor de wet van de grote aantallen niet van toepassing is. In dat geval zou de lijst van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen kunnen worden gehanteerd. Een gebrek aan inzicht in de wet van de grote aantallen, een gebrek aan inzicht in de feitelijke kostenstructuur van ziekenhuizen en de sterke behoefte om ieder mogelijk risico uit te bannen, dragen waarschijnlijk bij aan het sluiten van de ogen voor eenvoudige oplossingen.

De internationale literatuur laat zien dat de kostenstructuur van ziekenhuizen goed te beschrijven is met een beperkt aantal productindicatoren. In de econometrie noemen ze dat *parsimony*, in het Nederlands spaarzaamheid. Deze spaarzaamheid in de productbeschrijving leidt op zich zelf al tot aanzienlijke besparingen in administratie, informatie- en transactiekosten. Bovendien is de fraudegevoeligheid van het eenvoudige alternatief aanzienlijk geringer. ■

Literatuur

- Blank, J.L.T. (2005) Arbeidsproductiviteit in de zorg: who cares? *ESB*, 10 februari, 30-31.
Bos, C. (2005) Hoe verder met DBC's; Het moet simpeler, *Zorgvisie*, 35 (35), 8.
Dees, A. & F. de Haas (2005) Het post-dbc-tijdperk. *Zorgvisie*, 35 (7), 20-21.
Okma, K.G.H. (2001) Wortels en stokken. *ESB*, 14 juni, 26-28.