

## Eenvoudig geld besparen in de ziekenhuiszorg is mogelijk als de minister het wil...

**G**eld weghalen bij de zorg en tegelijkertijd de zorg niet aantasten: dat kan met een beetje politieke wil. De oplossing ligt in het rigoreus op de schop te nemen van het falende declaratiesysteem voor ziekenhuizen. Een eenvoudig alternatief is voorhanden.

Sinds enige jaren gebruiken ziekenhuizen een menulijst van behandelingen, de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Deze DBC's geven inzicht in de geleverde diensten van ziekenhuizen en dienen bovendien als prijslijst. Doordat ambtenaren en medici meer dan 30.000 producten hebben onderscheiden is dit bureaucratie monster niet transparant, zorgt voor een grote administratieve last en lokt fouten en fraude uit (Blank, 2005; Bos, 2005; Dees, en De Haas, 2005). Hasaart (2011) onderstreept in haar proefschrift het failliet van het systeem door te wijzen op het grote aantal foute declaraties.

In 2010 is besloten tot een aanzienlijke indikking van het systeem onder de naam DOT (DBC's op weg naar transparantie). De teller voor het aantal producten in DOT staat op 4400, nog steeds te veel. Het systeem blijft ondoorzichtig, discussies over indelingen blijven bestaan en de drang om patiënten iets hoger in te delen (*upcoding*) ook. Er zijn tussen 2006 en 2008 ongeveer 1 miljard aan extra declaraties (Stoffelen, 2011; Hasaart, 2011).

Beleidsmakers trappen in de val van de verfijningsparadox. Zij denken onze complexe wereld recht te doen door te trachten de verscheidenheid in kaart te brengen en te verwerken in het declaratiesysteem. De verfijning vereist echter een uitgebreide registratie met bijbehorende hoge administratiekosten. Daarnaast leidt de verfijning tot onduidelijkheden en interpretatieverschillen in de afbakening: registratiefouten liggen op de loer. Deze leiden tot onjuiste declaraties, maar er speelt ook nog iets anders. Bij de bepaling van de prijskaartjes rekenen ziekenhuizen de kosten op verschillende manieren toe aan DBC's. Er ontstaat dus een grote foutenmarge om het prijskaartje. Het voorgestelde DOT-systeem is weliswaar een versimpeling ten opzichte van de DBC-systematiek, maar lijdt nog steeds aan hetzelfde euvel. Er is een eenvoudig alternatief: DOE, dat staat voor "DBC's Op weg naar het Einde". De econoom Lancaster heeft in 1966 al een systeem bedacht om vergelijkbare goederen met verschillen in kwaliteit en karakteristieken in een zogenoemde hedonische prijsindex uit te drukken. Lancaster paste dit toe op onroerend goed waarbij met een regressieanalyse de bijdrage van iedere karakteristiek, zoals het aantal kamers, de vloeroppervlakte en het bouwjaar, aan de prijs van een woning werd bepaald. Deze methode is ook eenvoudig toe te passen op een ziekenhuisbehandeling. Denk daarbij aan karakteristieken als korte of lange opname, wel of geen operatie, wel of geen radiotherapie en wel of geen revalidatie. Het aantal

opnamen, onderscheiden naar vier producten, verklaart al meer dan 95 procent van de variatie in kosten van ziekenhuizen (Blank *et al.*, 2011).

Dus een kleine groep van karakteristieken is waarschijnlijk al ruim voldoende is om de kostenstructuur nauwgezet in kaart te brengen. De kracht van dit systeem is dat voor slechts een klein aantal karakteristieken de bijdrage aan de prijs hoeft te worden bepaald. Bovendien is het systeem zo grofmazig en zo eenvoudig te controleren dat "foute" declaraties nauwelijks zullen voorkomen. Het systeem is eenvoudig in te voeren, er kan weinig mee gerommeld worden en doet recht aan de verscheidenheid in behandelingen. Tegelijkertijd bespaart het op het administratieve lasten en op kosten gemoeid met "foute" declaraties.

Te vrezen is dat de beleidsmakers en bestuurders in de zorg het systeem te eenvoudig vinden. Het vereist een ingrijpende verandering in de *mind set* van de spelers in de zorg. De verleende zorg is dikwijls minder uniek dan men veronderstelt en complexe systemen zijn niet eerlijker te maken door complexe regelgeving, wel duurder en ondoorzichtiger. Graag zou ik willen verwijzen naar Cicero: "*Summum ius summa iniuria*" -het hoogste recht is het hoogste onrecht. Inmiddels is er ook een heel leger managers, controllers, ict-mensen, toezichthouders en administratief personeel dat zijn brood verdient met dit systeem. Kortom, vereenvoudiging zou nog wel eens wat weerstand kunnen oproepen, maar de politieke druk om te bezuinigen en de kwaliteit van zorg te handhaven zou wel eens een goede voedingsbodem kunnen zijn om deze weerstand te doorbreken. Tegen de Nederlandse beleidsmakers zou ik daarom willen zeggen: DOE 't.

### LITERATUUR

- Blank, J.L.T. (2005) *Diagnose Bureaucratie Circus*. ESB, 90(4471), 428.
- Blank, J.L.T., A.C.M. Dumaij en B.L. van Hulst (2011) *Ziekenhuismiddelen in verband. Een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009*. *ISPE Studies Research reeks*, 2011(3).
- Bos, C. (2005) *Hoe verder met DBC's - Het moet simpeler*. *Zorgvisie*, 35(35), 8.
- Dees, A. en F. de Haas (2005) *Het post-dbc-tijdperk*. *Zorgvisie*, 35(7), 20-21.
- Hasaart, F. (2011) *Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care - A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Stoffelen, A. (2011) *Artsen sjoemelen voor 1 miljard aan extra inkomsten bij elkaar*. *De Volkskrant*, 4 november. 1916

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.



**JOS BLANK**  
Directeur van IPSE Studies  
en universitair hoofd-  
docent aan de TU Delft



**MARGREETH SMILDE**  
Tweede Kamerlid bij  
het CDA

## ...Maar zo eenvoudig ligt het niet.

**“C**omplexe systemen zijn niet eerlijker te maken door complexe regelgeving, wel duurder en ondoorzichtiger”, staat in de laatste alinea van de Nudge voor Beleid door Jos Blank. Met veel interesse las ik zijn bijdrage. Jos Blank heeft volkomen gelijk dat het financieringssysteem in ziekenhuizen ingewikkeld is. Zijn bijdrage maakt duidelijk dat we daarmee worstelen.

Iedereen vond dat het budgetsysteem geen recht deed aan de vraag naar zorg. Ook als het budget in november uitgeput is, hebben mensen de rest van het jaar nog zorg nodig. Budget prikkelt ook niet tot doelmatigheid en kwaliteit van zorg, alleen het beschikbare bedrag is leidend. Om die reden is gezocht naar een mogelijkheid voor een financiering die de prestatie van zorgverlening recht doet. En dan liefst integraal: want als een patiënt een specialist bezoekt, worden in dat proces allerlei schakels in het ziekenhuis betrokken. Het declaratiesysteem dat in 2005 bij de medisch specialisten zelf de voorkeur had via de DBC's (Diagnose behandelcombinatie) is van meet af aan ingewikkeld geweest. Het was lastig om goed in te vullen en leidde onbedoeld vaak tot fouten, en het bleek ook gevoelig voor manipulatie. Vanaf 2012 komt er een verbeterd en vereenvoudigd systeem, de DOT's (DBC op weg naar transparantie). De ingewikkelde naamgeving weerspiegelt de complexiteit van de materie. Voor zover ik ben geïnformeerd, gaat het om meer dan het terugbrengen van het aantal DBC's van ruim 33.000 naar 4200. Er is ook een verbeteringsslag gemaakt, waarbij minder fouten worden gemaakt, omdat bij het invullen van een code het systeem zelf een aantal zaken aanvult; zo wordt upcoding ook lastiger. Dat neemt niet weg dat het een ingewikkeld systeem blijft.

Jos Blank stelt voor het systeem van Lancaster als uitgangspunt te nemen, dat vergelijkbare goederen met verschillen in kwaliteit en karakteristieken uitdrukt in een zogenoemde hedonische prijsindex. Laat ik voorop stellen dat ik open sta voor slimme suggesties om die financiering eerlijk en transparant te krijgen. Maar bij de eenvoud van deze oplossing heb ik vraagtekens. Blank geeft het voorbeeld van een onroerend goed waarbij met een regressie-analyse de bijdrage van iedere karakteristiek wordt bepaald. Nu kan het aantal kamers in een huis verschillen, evenals de oppervlakte van de vloer en het bouwjaar, maar het ene onroerend goed verschilt in beginsel niet van het ander in zijn aard. Dat nu geldt niet voor mensen. Natuurlijk zijn er karakteristieken die voor allen gelden, zoals wel of geen operatie, wel of geen radiotherapie. Voor de eenvoudige, niet complexe zorg zou deze mogelijkheid wellicht

kunnen. Daarvan hebben we ook gebruikgemaakt bij de introductie van de DBC's in het B-segment: de zorg die via vrije onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuis geprijsd werd. Het B-segment was eerst klein, rond acht procent van de totale zorgverlening om te zien hoe dat zou gaan en dat behelsde precies dat type niet complexe zorg met min of meer een standaarduitvoering, zoals bijvoorbeeld staaroperaties.

Dat is slechts een deel van de zorg. Bij een verder gezonde patiënt is zo'n staaroperatie een standaardingreep, maar wanneer iemand daarnaast hartproblemen heeft of diabeticus is, dan komen er andere karakteristieken bij, die niet gemakkelijk te vatten zijn omdat deze voor iedere patiënt weer verschillend kunnen zijn. Daarom heb ik grote vraagtekens bij de stelling van Blank dat "een kleine groep van karakteristieken waarschijnlijk al ruim voldoende is om de kostenstructuur nauwgezet in kaart te brengen".

Daar komt nog bij dat wij vorige week bij de begrotingsbehandeling hebben gesproken over de noodzaak van outcomefinanciering. Nu betalen we de prestatie, de verrichting. Dat leidt, zo zien we, tot meer verrichtingen. Mooier is het om het daadwerkelijke medische resultaat van de geleverde zorg als uitgangspunt van financiering te nemen. Dat dwingt tot goed en gepast gebruik van zorg. Er is een motie van mij aangenomen om dit rond 2020 ingevoerd te hebben. Daarvoor moet nog veel gebeuren. Het is de vraag of de DOE van Jos Blank gebruikt kan worden voor de kostenstructuur van outcomefinanciering: is het daadwerkelijke medische resultaat van de geleverde zorg in een beperkt aantal karakteristieken te vatten? Ook bij patiënten met een complexe zorgvraag? Niettemin is het aantrekkelijk om te blijven nadenken over een administratief eenvoudige declaratiemethode. Of de DOE inderdaad levensvatbaar kan zijn binnen de gezondheidszorg, kan ik op dit moment niet overzien.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.