

MEER INZICHT IN PRAKTIJKVOERING

Diagnose-behandeling-combinaties ondersteunen medisch specialisten

J.J. Zuurbier
D.P. Van Berge Henegouwen
G. van Andel
J.Th. de Bruijn
R.W. Schuring

Het vastleggen van diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) is een belangrijke stap op weg naar een andere vorm van honorering voor de medisch specialist en de ziekenhuisorganisatie. 'Loon naar werken' staat hierbij centraal. In maart gaf minister Borst van VWS nog eens duidelijk aan dat zij per 2003 een situatie voorstaat waarin lokaal wordt onderhandeld over prijs en volume van DBC's: een grote verbetering ten opzichte van het huidige systeem.

Het traject dat leidt tot DBC-registratie is in grote lijnen als volgt. De wetenschappelijke verenigingen stellen concepttyperingslijsten voor DBC's op. Een eerste registratie aan de hand van deze lijsten vindt plaats in een beperkt aantal pilot-ziekenhuizen. De wetenschappelijke vereniging analyseert de gegevens die dit oplevert, waarna een definitieve DBC-typeringslijst wordt samengesteld. Aan de hand daarvan vindt vervolgens landelijk registratie plaats. Tot slot wordt een werklastmeting voor de geleverde medisch specialistische zorg per DBC verricht. De leden van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) zijn in 1999 als eerste gestart met het landelijk registreren van DBC's. Gefaseerd volgen andere specialismen dit traject. Zo zijn per 1 september de leden van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie landelijk DBC's gaan registreren. De meeste overige wetenschappelijke verenigingen verkeren thans in de fase van het samenstellen van de definitieve DBC-typeringslijst, en doen ervaringen op met de DBC-registratie in pilot-situaties.

De DBC-registratie kan behalve voor financiering en honorering ook worden gebruikt voor gericht medisch management (voorbeeld 1: slokdarmresecties) en voor het opstellen van procesgerichte verbeterprojecten (voorbeeld 2: hematurie).

Slokdarmresecties

Een topklinisch ziekenhuis voert slokdarmresecties uit. Het ziekenhuis heeft hiervoor een bovenregionale functie, waardoor de patiëntenstroom snel toeneemt. De toename van het aantal ingrepen door het succesvolle medische beleid ontstijgt het beschikbare ziekenhuisbudget. Dit betekent dat aanvullende middelen nodig zijn. Om onderhandelingen over deze benodigde middelen te kunnen voeren, legt de chirurg de slokdarmresectie enige tijd vast als aparte DBC. Na verloop van tijd maakt het ziekenhuis een uitdraai van alle ziekenhuisactiviteiten die voor de ingreep zijn verricht. Deze activiteiten worden voorzien van een afzonderlijke prijs, zodat een totaalbeeld ontstaat van de slokdarmresectie. Deze gegevens zijn voor het ziekenhuis basis voor onderhandelingen over de benodigde aanvullende middelen. In *tabel 1* is het gemiddelde behandelprofiel weergegeven, waarbij is uitgegaan van twaalf geregistreerde patiënten.

Uit het behandelprofiel wordt duidelijk dat per patiënt gemiddeld 25,7 verpleegdagen, waarvan 11,2 ICU- en 7,9 beademingsdagen, nodig zijn. Iedere patiënt heeft 17,7 radiodiagnostische onderzoeken nodig, waarvan de meeste röntgenonderzoek van de thorax betreffen. Bij deze patiënten worden gemiddeld 3,3 operatieve verrichtingen in 1,4 zittingen per patiënt uitgevoerd. Voor al deze onderdelen is met behulp van de CTG-tarieven een prijs berekend. Zo kan de

gemiddelde prijs van een slokdarmresectie voor dit ziekenhuis worden bepaald (*tabel 2*). Het honorariumdeel is voorzover mogelijk op de door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) aangegeven wijze berekend (*tabel 3*).¹ Omdat het tijdsbeslag van enkele onderdelen van het zorgproces nog niet bekend is, worden daar voorzichtige schattingen gebruikt. Om onrealistische opgaven te voorkomen, is alles naar beneden afgerond. Indien we dit tijdsbeslag vertalen in honorarium en een gemiddelde nemen van f 200,- per uur, komt dit neer op een honorariumdeel van f 7523,- per patiënt. Gezien de grote hoeveelheid werk die de zorg voor een dergelijke patiënt meebrengt, is dit een realistische benadering. De tabellen 1, 2 en 3 vormen samen de onderhandelingsbasis voor het verkrijgen van wachtlijstgelden om deze bovenregionale functie te vervullen. Uit tabel 2 wordt bijvoorbeeld duidelijk dat op basis van de geregistreerde belasting de totale verpleegkosten voor 12 patiënten f 111.544,32 (per patiënt f 9.295,36) bedragen. Waarschijnlijk liggen deze gezien de werkelijke kosten van ICU- en/of beademingsdagen hoger. Volgens deze berekening bedragen de totale ziekenhuiskosten per slokdarmresectie in dit ziekenhuis op basis van CTG-tarieven f 24.561,26. Om de werkelijke kosten te bepalen, is kostprijsinzicht per verrichting nodig.

Hematurie

Op de afdeling Urologie vindt ruim twee jaar registratie van DBC's plaats. In 1999 is 238 maal de zorgvraag hematurie geregistreerd. Deze zorgvraag leverde 33 maal (13,8%) de diagnose 'carcinoom' op, 56 maal (23,5%) een overige diagnose (urolithiase, infecties, prostaathyperplasie) en 149 maal (62,7%) werden geen afwijkingen gevonden. De door de Nederlandse Vereniging voor Urologie gedefinieerde DBC's zijn een samenstelling van zorgvraag, diagnose en therapie. De zorgvraag hematurie levert derhalve verschillende DBC's op. Indien iemand wordt geëvalueerd in verband met hematurie en er worden geen afwijkingen gevonden, betreft het de DBC 'hematurie/geen diagnose/geen therapie'. Indien van deze DBC een diagnose-behandel-profiel wordt opgesteld, wordt in afwezigheid van een ingestelde behandeling een nauwkeurig profiel verkregen van de diagnostiek die in dit ziekenhuis bij een patiënt met hematurie wordt verricht. Dit profiel kan eenvoudig worden vergeleken met de NVU-richtlijnen voor de te verrichten diagnostiek bij patiënten met hematurie. De DBC-registratie is hiermee eveneens te gebruiken als toetsingsinstrument voor de kwaliteit van de afdeling met betrekking tot de geleverde zorg aan patiënten die zich poliklinisch melden met hematurie.

Van deze DBC kan uit de registratie tevens de gemiddelde doorlooptijd worden afgeleid: het duurt gemiddeld zes weken voor de diagnostiek bij patiënten met hematurie rond is. Omdat meer dan 10 procent van de patiënten een maligne aandoening heeft, beschouwt de afdeling Urologie deze doorlooptijd als te lang en vanuit kwalitatief oogpunt ongewenst. Gebaseerd op de richtlijnen van de NVU omvat de diagnostiek voor patiënten met hematurie meestal minimaal: anamnese, lichamelijk onderzoek, urine-onderzoek, IVP en een cystoscopie. Om tot een efficiëntere logistieke organisatie te komen, is een multidisciplinaire werkgroep in het leven geroepen. Hierin hebben zitting een uroloog, een radioloog, het hoofd van de polikliniek urologie, een medewerker planning van de radiologie, en een medewerker van het kwaliteitsbureau. Eerst is de huidige routing in kaart gebracht. Op basis hiervan zijn knelpunten en verbeterpunten besproken. Daarna wordt een nieuwe route uitgezet, waarbij ernaar wordt gestreefd de doorlooptijd van zes weken terug te brengen naar één week. De implementatie van de nieuwe werkafspraken wordt onder meer gepresenteerd tijdens een nascholingsavond voor huisartsen.

Bij evaluatie bleken de wachttijden voor het verrichten van een cystoscopie (gemiddeld 6 weken) en het uitvoeren van een IVP (gemiddeld 2 weken) de belangrijkste knelpunten te zijn. Op basis van de DBC-registratie is bekend dat er gemiddeld vijf patiënten per week worden

gezien met hematurie. Bij het opstellen van de nieuwe route worden dan ook wekelijks vijf plaatsen gereserveerd voor een cystoscopie en een IVP. Tevens is tijd gereserveerd voor poliklinische vervolgspraken. Op deze wijze wordt de doorlooptijd teruggebracht tot ruim één week. Het project loopt op dit moment nog.

Verbetering

Door DBC-registratie ontstaat transparantie. Dit biedt mogelijkheden voor medische managementinformatie, kwaliteitsbeleid en procesgerichte verbetering. Het ziekenhuis kan alle verrichtingen en de kosten die voor een DBC worden gemaakt, exact in kaart brengen. Dit betreft alle polikliniekbezoeken, de diagnostische en therapeutische verrichtingen, alsmede ligdagen. Aldus is het mogelijk om per specialist of per vakgroep een gemiddeld diagnose-behandel-profiel van iedere afzonderlijke DBC of van een cluster van DBC's samen te stellen. Dit profiel geeft niet alleen inzicht in aard en omvang van de diagnostische en therapeutische verrichtingen, maar levert ook informatie over de doorlooptijd op de polikliniek en de gemiddelde verpleegduur. Dit biedt de specialist de mogelijkheid het geleverde medisch product kritisch te evalueren en zo nodig bij te stellen. Tevens kan een procesgerichte evaluatie plaatsvinden. Daarnaast kunnen deze diagnose-behandel-profielen eenvoudig worden vergeleken met de door de wetenschappelijke verenigingen opgestelde standaarden en richtlijnen. Hiermee is een doeltreffend kwaliteitstoetsingsinstrument verkregen dat bijvoorbeeld bij visitaties kan worden gebruikt.

Tot slot kan op basis van voornoemd profiel een nauwkeurige calculatie worden gemaakt van de gemiddelde kosten die een DBC genereert. Inzicht in de daadwerkelijk gemaakte kosten leidt tot bewustwording en een financieel efficiëntere praktijkvoering. Op basis van dit inzicht kan met de zorgverzekeraar worden onderhandeld over de benodigde middelen.

Een belangrijk winstpunt is ook het inzicht in de hele medische praktijkvoering dat door de DBC-registratie ontstaat. Op dit moment kan alleen via de LMR-registratie inzicht worden verkregen in de klinische praktijkvoering. Een belangrijk nadeel hiervan is dat de LMR een registratie achteraf is, die niet wordt verricht door de specialist zelf. In sommige situaties worden ook poliklinische diagnoses vastgelegd. Met de DBC-registratie kan nu voor het eerst integraal overzicht worden verkregen in de gehele poliklinische en klinische praktijkvoering. In het DBC-concept geeft de medisch specialist namelijk na de anamnese en het doorspreken van de behandelingsovereenkomst *vooraf* aan dat voor deze patiënt een DBC moet worden geopend. Dit kan zowel betrekking hebben op een klinisch als op een poliklinisch vervolgtraject. De DBC krijgt van de specialist een voorlopige typering, die later definitief kan worden gemaakt. Een patiënt kan tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis ook verschillende DBC-producten bij verscheidene specialisten afnemen.

Een nadeel kan zijn dat de DBC-registratie op dit moment een extra vastlegging is voor de medisch specialist. Hierover doen verschillende geluiden de ronde.

Perspectief

De beide voorbeelden tonen aan dat er zeer veel informatie bekend is. Wel moeten we ervoor zorgen dat de informatie klopt en up-to-date is. Zo is de prijs van een algemene verpleegdag in de eerste casus waarschijnlijk veel te laag. Bij het verder ontwikkelen van de DBC-systematiek moet aandacht worden besteed aan een adequate kostprijsberekening. Op het gebied van kostprijsbepaling moeten de ziekenhuizen nog een zeer grote inspanning verrichten. Slechts enkele ziekenhuizen beschikken over adequaat inzicht in de werkelijke kostprijs per verrichting. Belangrijk is dat in de toekomst op basis van kostprijsinzichten lokale verschillen in DBC-prijzen worden toegelaten en dat niet wordt gekozen voor landelijk uniforme DBC-prijzen. Het eerste voorbeeld toont eveneens dat de werklust voor de dokters heel anders is

samengesteld dan men uit de honorering met het achterhaalde verrichtingensysteem zou kunnen concluderen. Ook in dat opzicht lijkt de DBC voor duidelijkheid te kunnen zorgen.² Het gedetailleerde niveau van een DBC-registratie laat een hoge mate van transparantie toe. Daarmee kan binnen het ziekenhuis en op de werkvloer gestuurd worden, omdat de totale werkstroom van een zorgvraag kan worden gemeten. Uiteraard is voor het maken van afspraken op een ander niveau een dergelijke mate van detaillering niet nodig. Ook van belang is dat de richtlijnen voor de registratie duidelijk en eenvoudig zijn, zodat de juistheid ervan steekproefsgewijs kan worden gecontroleerd. Uit de praktijkvoorbeelden blijkt dat DBC-informatie niet alleen de basis kan zijn voor een rechtvaardiger honorering en financiering, maar ook kan worden gebruikt voor gericht medisch management, procesgerichte verbeteringsprojecten en als kwaliteitstoetsingsinstrument. De DBC-informatie ondersteunt op deze wijze de medisch specialist bij het organiseren van de processen waaraan hij als proceseigenaar leiding geeft. In een complexe en multidisciplinaire organisatie als een ziekenhuis, heeft een (medisch) manager dergelijke informatie nodig om alle processen rond de geleverde zorg zo doelmatig en efficiënt mogelijk te organiseren.³ DBC-registratie biedt medisch specialisten meer en betere mogelijkheden om op basis van adequate informatie invulling te geven aan hun rol van proceseigenaar en organisator van het diagnostisch en therapeutisch proces. Het gebruik van DBC's als basis voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg heeft in veel opzichten grote voordelen. Niet in de laatste plaats is zo op reële wijze te begroten (zie voorbeeld 1). De ontstane transparantie biedt ziektekostenverzekeraars en overheid inzicht in wat met de middelen wordt gedaan. Door het soms zeer gedetailleerde inzicht in de ontwikkeling van de morbiditeit van de bevolking kunnen betere beleidslijnen worden uitgezet. De zorgverzekeraar weet welke waar hij voor zijn geld krijgt. Ziekenhuizen en dokters kunnen begroten en krijgen betaald voor wat ze aan inspanning in de zorg steken.

J.J. Zuurbier,
Project DBC 2003, Q-Consult Arnhem

D.P. Van Berge Henegouwen,
Algemene Heelkunde, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

G. van Andel,
Urologie, OLVG Amsterdam

J.Th. de Bruijn,
Project DBC 2003, VVAA Utrecht

R.W. Schuring,
Universiteit Twente, afdeling Geneeskunde & Management

Correspondentie-adres: Joost Zuurbier, e-mail: jz@qconsult.nl

Referenties

1. Het medisch-specialistisch product. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), 1977.
2. Zie ook: Handboek sturen met zorgproducten; deel 6, pag. 1-34. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 1999.
3. Zie ook: Henk Maassen. Sneller en beter. Doorstroomtijden niet-acute patiënten aanzienlijk verkort. Medisch Contact 2000; 55 (11): 390-3.

Samenvatting

DBC-informatie blijkt niet alleen de basis te kunnen zijn voor een rechtvaardiger honorering en financiering, maar kan ook gebruikt worden voor

- medisch management,
- procesgerichte verbeteringsprojecten,
- kwaliteitstoetsingsinstrument.

De DBC-informatie ondersteunt de medisch specialist bij het organiseren van de processen waaraan hij als proceseigenaar leiding geeft.

Het gebruik van DBC-informatie als basis voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg heeft in veel opzichten grote voordelen. Niet in de laatste plaats is zo op reële wijze te begroten. De ontstane transparantie biedt ziektekostenverzekeraars en overheid inzicht in wat met de middelen wordt gedaan. De zorgverzekeraar weet welke waar hij voor zijn geld krijgt.

Ziekenhuizen en dokters kunnen begroten en krijgen betaald voor wat ze aan inspanning in de zorg steken.

Tabel 1. Geregistreerde ziekenhuisactiviteiten slokdarmresectie.

CTG-rubriek	soort verrichting	totaal 12 patiënten	per patiënt
algemeen	EPB	5	0,4
	verpleegdagen	308	25,7
	waarvan IC-dagen	134	11,2
	beademingsdagen	95	7,9
	dagopnamen	13	1,1
diagnostiek	beeldvormend	212	17,7
	waarvan CT-scans	5	0,4
	echografieën	11	0,9
	angiografie/ercp/sonde	3	0,25
	klinisch-chemisch	4.778	398,2
	microbiologisch	1.253	104,4
	pathologisch	31	2,6
	nucleair	0	0
medisch-specialistisch	56	4,7	
med. behandelingen	operaties	40	3,3
	in aantal zittingen	17	1,4
	aantal OK's per zitting	2,4	
bijzondere verrichtingen	bijzondere verrichtingen	0	0
paramed. behandelingen	fysiotherapie	215	17,9
	logopedie	2	0,2

Tabel 2. Prijzen ziekenhuisactiviteiten slokdarmresectie op basis van CTG-tarieven.

CTG-rubriek		bedrag	per patiënt
algemeen	EPB	f 1.200,00	f 100,00
	verpleegdagen	f 111.544,32	f 9.295,36
	dagopnamen	f 9.880,00	f 823,33
diagnostiek	beeldvormend	f 17.860,42	f 1.488,37
	klinisch-chemisch	f 60.604,49	f 5.050,37
	microbiologisch	f 21.847,07	f 1.820,59
	pathologisch	f 5.186,14	f 432,18
	nucleair -	-	-
	medisch spec.	f 7.259,03	f 604,92
med. beh.	operaties	f 47.086,69	f 3.923,89
	bijz. verr. bijzondere verr.	f-	f-
param. beh.	fysiotherapie	f 12.215,65	f 1.017,97
	logopedie	f 51,32	f 4,28
totaal		f 294.735,13	f 24.561,26

Tabel 3. medisch specialistische activiteiten slokdarmresectie.

medisch-specialistische activiteiten	door	minuten per akt.	totaal (min.)
polikliniekbezoeken 4 x	chirurg	5	20
normale verpleegdagen 17 x	chirurg	30	510
IC-dagen met beademing 5 x	chirurg	60	300
	Intensivist	120	600
IC-dagen zonder beademing 3 x	chirurg	60	180
slokdarmresectie op OK	chirurg	210	210
	anesthesist	210	210
radiodiagnostiek (CT, MRI, echo, foto) 17 x	radioloog	7	119
scopie 1 x	internist	30	30
pathologie 2,6 x	patholoog	30	78
totale werklast per slokdarmresectie (in minuten)			2.257