

RONALD VAN DEN BERG

## DBC's nader ontleed\*

Falend systeem moet worden afgebouwd

**Het systeem van behandelbeschrijvingen in de gezondheidszorg dat gepresenteerd werd als transparant, concurrentiebevorderend en kostenbesparend, dreigt in zijn eigen staart te bijten. Behandelaars noch patiënten hebben er het beloofde profijt van en de kosten rijzen de pan uit. Nu kunnen we nog terug.**

Diagnosebehandelingcombinaties, DBC's, zijn pogingen tot productbeschrijvingen van behandelingen. Het systeem werd opgezet met het doel de concurrentie in de gezondheidszorg te bevorderen, de kosten te drukken, de verrichtingen transparanter te maken en tegelijk de kwaliteit te verbeteren. Maar de DBC-systematiek faalt. Die blijkt te duur: de zorgverzekeraars constateerden dat alleen al in 2008 een half miljard te veel werd gedeclareerd door medisch specialisten. Gegevens over 2009 en 2010 moeten nog komen. Ook verder blijkt de methode niet te voldoen aan de gestelde doelen. Ik ga hieronder in op de oorzaken en de gevolgen daarvan. Aan het eind doe ik beleidsvoorstellen die passen in een tijd van bezuinigingen.

In 2003 duiken de GGZ-DBC's voor het eerst op in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. Swinkels, Bijker & Jansen van Roosendaal kondigden aan dat voor verrichtingen door psychiaters, psychotherapeuten en vaktherapeuten ten behoeve van marktwerking een productstructuur ontwikkeld zou worden, op basis van de DSM. We zouden er meer van horen, schreven ze. In het *Maandblad* kwamen de DBC's dan ook regelmatig terug. Al snel werd op de DBC-systematiek vooruitgelopen (congres 'Zorgprogramma's belangrijker dan ooit', Peters, 2004), korte tijd later volgde een eerste kritisch geluid (Van Delden-Van der Wolf, 2005). Ook werd er in het *MGV* voorlichting over marktwerking gegeven, bijvoorbeeld in een tekst over 'het marktspel' en het bijbehorende begrippenkader (Van de Pol, 2005).

Onlangs verscheen een zeer kritisch artikel over de marktwerking en de DBC's in de GGZ (Leffers & Emons, 2009a), gevolgd door een discussie (De Beer, 2009; Leffers & Emons, 2009b). Leffers en Emons geven in hun literatuurlijst een goed overzicht van de recente historie waaronder artikelen in landelijke media. Er werd onder meer verwezen naar de website van De Vrije Psych. Op die site zijn door de webredacteur (Mengelberg, 2005 tot en met 2010) vrijwel alle relevante artikelen en het laatste nieuws over de DBC's bijeengebracht. Kortheidshalve beveel ook ik die site ter informatie aan.

Leffers en Emons stelden dat alle partijen steken hebben laten vallen en drongen aan op overleg. Maar tot overleg lijkt het niet te komen en de standpunten van vóór- en tegenstanders lijken zich juist te verharderen. Een voorbeeld van verharding is de 'aanwijzing' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan een psychiater-psychotherapeut, waarin zij eist dat hij onmiddellijk zijn declaraties conform het DBC-stelsel declareert. Er wordt gedreigd met een draconische boete tot een half miljoen euro (*De Vrije Psych*, 2010). De reactie daarop in *de Volkskrant* van professor Heertje (2010) is hard en veelzeggend. Hij spreekt over 'de horden van de NZa', verwijst naar de Shoah en vraagt om begrip voor de afschuw van registraties.

Een ander voorbeeld van verharding: in januari jl. begonnen de actiegroepen 'Zorg geen markt' (2009) en 'De GGZ laat zich horen' (2009) een actie tegen de marktwerking in de zorg, die door de vakbonden ABVAKABO, FNV, Nu '91, CNV-publieke zaak en FNV-vrouwenbond wordt ondersteund. Het Nederlands Instituut van Psychologen daarentegen heeft in februari jl. juist een pro-DBC-standpunt ingenomen (NIP, 2010).

Men is vaak heftig vóór of tegen, en slechts weinigen hebben zich verdiept in de oorzaken van het falen van de DBC-systematiek. Hier volgt mijn verklaring van dat falen en een overzicht van de gevolgen.

### **Behandelproces en productomschrijvingen sluiten fundamenteel niet op elkaar aan**

Voor dit mijns inziens centrale punt verwijs ik naar het werk van Martin Simon over de functionele analyse van organisaties (Simon, 2008, p. 7-61). Hij maakt onder meer onderscheid tussen product- en capaciteitsorganisaties. De klanten van productorganisaties kopen producten die bij levering kant en klaar zijn. De klanten van capaciteitsorganisaties kopen echter 'hoedanigheden', dus kwaliteiten die nog tot een eindresultaat moeten leiden, zoals kennis, ervaring en vaardigheid. De leidinggevendenden van die verschillende organisaties dienen daarom op principiële wijze beleid te voeren om de continuïteit van hun bedrijf te handhaven en de optimalisering ervan te bevorderen.

De principes van Simon maken duidelijk dat aan de invoering van de marktwerking in de zorg een paradigmatfout ten grondslag heeft gelegen. Prijsconcurrentie voor productenbedrijven is zinvol. Een systeem waarbij ‘capaciteitsorganisaties’ (zoals die in de zorg) hun werkzaamheden in ‘productvorm’ moeten weergeven, is echter gedoemd te mislukken. Gebrek aan transparantie, calculerend gedrag en nodeloze kosten zullen het resultaat beïnvloeden.

Met DBC’s wilde men in de gezondheidszorg komen tot productbeschrijvingen. Dat lukt slechts voor enkele productachtige verrichtingen zoals bacteriekweken, bloedbepalingen en microscopisch onderzoek van tumoren. Maar DBC’s zijn in het algemeen ongeschikt om medische dienstverlening te beschrijven: men start immers niet met een a priori vaststaand eindproduct met een vaste prijs, waarbij de consument het voor het kiezen heeft.<sup>1</sup> Het begin, beloop en einde van de behandeling worden namelijk bepaald door interactieve processen tussen de patiënt (en het beloop van zijn ziekte) enerzijds en de behandelaar anderzijds. Het DBC-systeem in de gezondheidszorg is dus een voorbeeld van een te simpele economische beleidskeuze, waarbij geen rekening werd gehouden met de (capaciteits)functie van de aanbiedende organisatie en behandelaars. DBC’s zijn daarom tot mislukking gedoemd.

In feite bestaat er al sinds jaar en dag ‘concurrentie’ in de gezondheidszorg, namelijk op het gebied van kwaliteit: welke behandelmethode is beter, welk ziekenhuis is goed en welke behandelaar de beste? Men timmert daarbij graag aan de weg. Men poogt elkaar te overtreffen met argumenten en methoden, maar het gaat daarbij niet om ‘prijsconcurrentie met producten’, dus niet om marktwerking in de strikte betekenis van het woord, maar om prijs-kwaliteitverhoudingen: wie levert de beste kwaliteit tegen (ongeveer) dezelfde prijs? Een kwestie van beroepseer, die vooral bloeide toen professionele autonomie nog veel ruimte kreeg.

Ik ga hier niet in op de sinds vele decennia bestaande kwaliteitsbevordering door opleiding, postspecialistische trainingen, intervisies en collegiale visitaties (horizontale controle en procesvergelijking, *benchmarking* dus) maar op de effecten van het DBC-systeem op de individuele psychiatrische beroepsuitoefening; van daaruit kijken we naar de GGZ-instellingen en af en toe stap ik even uit het eigen GGZ-terrein naar de somatische gezondheidszorg.

Er doet zich een aantal klemmende problemen voor. Behandeling komt, zoals gesteld, tot stand in de interactie tussen behandelaar en patiënt. Patiënten melden zich in wisselende stadia van hun ziekte, die elk een andere benadering behoeven. Vooral bij ouderen zijn er ook meerdere ziekten tegelijk: comorbiditeit. Zelden is er een eenvormig beloop van ziekte en

behandeling. Ook kan de behandelaar zelden bij voorbaat een vaststaand einde aan een behandeling bepalen. Telkens zijn flexibiliteit en adaptatie nodig. Toch worden behandelaars nu gedwongen vooraf te calculeren hoe interventies aansluiten op de DBC-productomschrijving. Het idee dat uit een diagnose als vanzelf een behandeling zou komen rollen, is echter een fictie. Dat geldt in de gehele geneeskunde, maar:

### **In de psychiatrie geldt dat nog eens extra**

In de GGZ is het DSM-systeem als basis gebruikt voor de DBC-productomschrijvingen. De *Diagnostic and Statistical Manual* leent zich goed voor farmaceutisch onderzoek onder groepen patiënten en daarna voor het instellen van patiënten op medicatie. De DSM brengt namelijk zogenoemde triggersymptomen, die reageren op bepaalde medicijnen, bijeen in syndromen. Syndromen zijn niet meer dan samengaannde symptomen.

De DSM zegt in principe dus niets over de oorzaak of oorzaken van die syndromen. Er is daarom bij gebruik van de DSM geen sprake van een echte complete diagnose, want daar behoren 'oorzaken' in geïntegreerd te zijn (Van den Berg, 2006). Bij een behandeling wil men, indien mogelijk, de oorzaak aanpakken. Uit de DSM is goed de eventueel noodzakelijke farmaceutische zorg te destilleren, maar nooit de kwaliteit en de intensiviteit van een totale behandeling. Met DBC's die uit de DSM zijn afgeleid dus ook niet. Productbeschrijvingen die berusten op diagnoses in de somatische gezondheidszorg deugen al niet als systematiek, in de psychiatrie berusten de productbeschrijvingen niet eens op een echte diagnose, dus zijn zij helemaal ondeugdelijk.

### **Behandelingen moeten vanwege continuïteit aan financiële voorwaarden voldoen**

Behandelaars willen natuurlijk een noodzakelijke behandeling financieel mogelijk maken. Ze kiezen dan voor profijtelijke DBC's, ook al komt de aldus geregistreerde DBC-diagnose niet overeen met de eigenlijke diagnose. Men noemt dat 'upcoding'. In de psychiatrie spelen bij de DBC's ook 'tijdsmodules' een speciale rol, zodat behandelaars of hun DBC-administrateurs na een blik op de computer de DBC soms liever sluiten en hem korte tijd later weer heropenen omdat met bepaalde tijdsmodules de honorering hoger uitkomt.

Op zich is er – gezien het patiëntenbelang – iets voor te zeggen om een ruime DBC te kiezen, dan kan je met de therapie ook wat ruimer je gang gaan. Maar in de psychiatrie werkt het zeker verklaren van een patiënt dan hij in werkelijkheid is wél stigmatisering in de hand.

Dat de profijtelijkste DBC's en tijdsmodules ook ten bate van het eigen financiële gewin van behandelaar of instelling kunnen worden gekozen, is overigens maar één non-transparant stapje verder.

### **Monodimensionale gezondheidscentra: kwalitatieve overwegingen**

In de somatische geneeskunde en inmiddels ook in de psychiatrie leiden sommige profijtelijke DBC's tot de oprichting van centra die zich met hun behandelingen op één of enkele DBC-categorieën richten. Voorbeelden zijn centra voor orthopedie, cardiologie, maag-darm-leveronderzoek en Psy-Q. Dat kan leiden tot efficiency van de bedrijfsvoering, tot doeltreffender specialisatie, maar ook tot het inzetten van goedkope, kort en eenzijdig opgeleide medewerkers. Het leidt op die centra ook tot het weren van patiënten met comorbiditeit. Die zijn relatief verliesgevend en worden overgelaten aan de algemene ziekenhuizen en algemene GGZ-instellingen. Omdat de financiële krenten uit de pap elders gegeten worden, moeten die met minder geld de kostbaarste patiënten behandelen. Dat leidt logischerwijze tot verschraling.

Ook zal de kwaliteit van algemene ziekenhuizen en instellingen lijden onder de leegloop van gespecialiseerde behandelaars. Die kunnen bij een monodimensionale organisatie hun deskundigheid efficiënter inzetten en dus meer DBC-inkomsten verdienen. Maar in die monodimensionale centra vormt het niet herkennen van comorbiditeit een reëel gevaar voor de volksgezondheid. Er is bij monodimensionale behandeling en verpleging onvoldoende inzicht in de patiënt en zijn ziekten als geheel.

Voorts dreigt vanuit bezuinigingsoverwegingen afwijzing door behandelcentra van patiënten met ingewikkelde ziekten. In sommige ziekenhuizen zijn er al kwaliteitsondermijnende maatregelen genomen: zij stootten psychiatrische diensten af. Opleidingsziekenhuizen kortten bijvoorbeeld de kindergeneeskunde op het gebied van specialistenopleidingsplaatsen, omdat de relevante DBC's onvoldoende opbrengen.

In februari 2010 ontstond ook veel media-aandacht voor bepaalde ziekenhuizen die 'postcodebeleid' bleken te hanteren bij het weren van patiënten met te kostbare zeldzame ziekten. Het postcodebeleid is een direct gevolg van het DBC-systeem.

## Werken met het DBC-systeem is complex: privacyvragen en bureaucrativering

Mensen die de DBC's zelf onder de knie willen krijgen, moeten daar veel tijd aan besteden. Na een maand of wat besteed je toch nog 20% van de werktijd aan de DBC-registratie. Die ziet er ongeveer als volgt uit.

De behandelaar begint in de eigen computer met het registreren van het DSM-profiel van de patiënt. Dit bestaat uit het psychiatrische toestandbeeld, de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen, lichamelijke aandoeningen en eventuele maatschappelijke problematiek (bijvoorbeeld in aanraking met justitie). Voorts geeft de behandelaar een subjectieve inschatting van het functioneren van de patiënt op een schaal van nul tot honderd (gaf-score).

Deze gegevens zijn gekoppeld aan persoonlijke gegevens van de patiënt (personalia, geslacht, burgerservicenummer, et cetera). Voor het registreren en het daaruit destilleren van de DBC (die in cijfers wordt weergegeven) is een softwareabonnement bij een ICT-leverancier nodig. Om te kunnen helpen bij een technische storing, heeft die leverancier toegang tot de diagnostische gegevens inclusief de personalia van de patiënten.

In tweede instantie wordt de DBC van de patiënt per internet (met behulp van de software) verzonden naar het DIS, het DBC-Informatie Systeem.<sup>2</sup> Daarna vindt validatie van die gegevens plaats door het DIS. Vervolgens zal het DIS de aan de personalia van de patiënt gekoppelde DBC opslaan. Die verkregen informatie staat ter beschikking van geïnteresseerde belanghebbenden zoals de NZa, het Centraal Bureau voor de Statistiek, vws, en de zorgverzekeraars. In verband met de privacy zijn de persoonsgegevens van de patiënt in het DIS versleuteld ('gepseudonimiseerd'). Bepaalde instanties, bijvoorbeeld het CBS, zijn echter gerechtigd die te ontsleutelen zodat personalia en diagnose weer gekoppeld kunnen worden.

Terzijde: het woord 'validatie' klinkt imponerend. Het DIS valideert echter de DBC-gegevens uitsluitend op formele aspecten – personalia van de patiënt, adres, BSN, verzekeringsnummer – en controleert of alle items van de DBC wel zijn ingevuld. Op inhoud wordt niet gevalideerd. De behandelaar kan elke diagnose en elke tijdsbesteding invoeren die hem past.<sup>3</sup> Maar als er één cijfertje van het BSN, geboortedatum of één letter van de postcode niet goed is ingevuld, wordt er niet gevalideerd, en wordt de DIS-melding zonder opgAAF van redenen afgekeurd. De behandelaar moet zelf maar uitzoeken waarom en de gegevens opnieuw inzenden.

Aanvankelijk verzonden behandelaars, na die validatie door het DIS, de declaratie met DBC-codering per internet naar de verzekeraar. Afhankelijk van de contractrelatie tussen behandelaar en verzekeraar, betaalde de verzekeraar geheel of gedeeltelijk. Sedert enige tijd kunnen DIS-

melding en declaratie echter los van elkaar plaatsvinden. De declaratie gaat per internet naar de verzekeraar, met de naam van de patiënt, zijn adres, vermelding van de DBC-code (die met behulp van de ‘productstructuurlijst’ voor iedereen te ontcijferen is) en de diagnostische hoofdcategorie (in gewone mensenwoorden).<sup>4</sup> De administratieve medewerkers van de verzekeraars hebben toegang tot de medische gegevens. Voor declaraties is DIS-melding dus eigenlijk niet meer noodzakelijk.

Over de betaling moeten behandelaars nogal eens onderhandelen, telefoneren of schrijven, omdat verzekeraars verschillende contracten hanteren en de interpretatie daarvan per medewerker bij de verzekeraar wel eens verschilt.

Al deze stappen leiden tot het:

### **Uit handen geven van het DBC-deren**

Het DBC-deren (spreek uit ‘débécédéren’) wordt in handen gegeven van het secretariaat van de organisatie of aan de ICT-ondersteuning. Zelfstandig werkende GGZ-behandelaars huren meestal een externe ondersteuner in. Zo’n ondersteuner, of het secretariaat, werkt door zijn routine het DBC-invulwerk en alle plichtplegingen betreffende de verzending sneller af dan de meeste behandelaars. Secretariaatsmedewerkers en ondersteuners plegen uit beroepsijver de profijtelijkste oplossingen te zoeken voor hun opdrachtgevers.

Bij het DBC-deren zou de behandelaar de ondersteuner gewetensvol moeten controleren, maar niet iedereen neemt daar de tijd voor. Vaak is de behandelaar dus niet op de hoogte van wat ge-DBC-deerd wordt. Het DBC-deren raakt op die manier vervreemd van de behandelaar zelf. Die kan vervolgens zijn handen in onschuld wassen als er exorbitant verdiend blijkt te zijn: dat ligt dan aan het systeem, de computer, de ondersteuner, administratieve fouten en dergelijke.

Even een uitstapje naar instellingen en dienstverband: daar kan het management adviezen en zelfs opdrachten geven aan de professionals om diagnoses en verrichtingen weer te geven in de profijtelijkste DBC’s. Dat geeft spanningen. Managers zijn er natuurlijk op uit om hun organisatie optimaal in stand te houden. Behandelaars voelen zich dan echter aangetast in hun professionele autonomie en weigeren diagnoses te stellen die niet reëel zijn. Een gevolg is defaultisme: ‘Als het management het zo wil, zoekt het zelf maar uit hoe het mijn diagnose manipuleert.’ Dat gebeurt: het werd al gemeld in een enquête die werd gehouden door *De Vrije Psych* in juni 2007.

## Beleidsmatige betekenis DIS-gegevens: Stichting DBC-Onderhoud

Het DIS is, zoals ik meldde, een database waarin patiëntengegevens worden opgeslagen. Weliswaar gepseudonimiseerd, maar gekoppeld aan leeftijd, geslacht en postcodecijfers van de patiënt en de registratiegegevens van de behandelaar. Oorspronkelijk bestond het idee dat DIS-gegevens informatie zouden verschaffen voor wetenschap en beleid. Ook heeft men wel gedacht dat er met gegevens van het DIS van bovenaf adequate controle zou kunnen worden uitgeoefend op de kwaliteit en kosten bij individuele behandelaars.

Gezien het voorgaande is de waarde van de opgeslagen gegevens echter nihil. DBC's kloppen immers vaak niet met de realiteit van de ware diagnose. Er is dus geen betrouwbaar beleid of wetenschappelijk onderzoek op DIS-gegevens te funderen. Zoals ik reeds stelde, is het DIS bovendien niet meer noodzakelijk voor declaraties aan verzekeraars.

Het DBC-systeem is non-transparant, terwijl die vermeende transparantie juist een belangrijke reden voor de invoering vormde. Vanuit een begrijpelijke bestuurlijke reflex werd gedacht dat het 'kinderziektes' betrof en men beijverde zich om het systeem te verfijnen en te verbeteren. Daartoe werd De Stichting DBC-Onderhoud ingesteld. Er zijn inmiddels 30.000 DBC's, die in samenwerking met commissies van professionals tot stand kwamen. Het werd bureau- en vergadertafelwerk. Het contact met de werkvloer ging verloren. Behandelaars werden geconfronteerd met steeds weer nieuwe DBC-systematiek, maar hun ergernis daarover werd genegeerd.

Het ministerie van vws wil het aantal DBC's nu terugbrengen tot 3000. Eerst leden de DBC's kennelijk aan te weinig onderscheidend vermogen (een kinderziekte), zodat door verfijningen het tienvoud ontstond, maar met behoud van dezelfde systematiek wil vws nu reducties laten doorvoeren.

Een tweede bestuurlijke reflex om het falen van de DBC-systematiek tegen te gaan, was het versterken van toezicht en handhaving door de NZa op de professionals. Weerstand bij hen werd en wordt niet beschouwd als een reactie op de feiten van het systeem, maar wordt als onwil geïnterpreteerd en strafbaar gesteld.

## Privacy, DIS en verzekeraars

Er bestaan bij behandelaars en patiënten grote twijfels over de privacygaranties bij de elektronische verzending, versleuteling en opslag van de gegevens. Dezelfde overheid die deze elektronische communicatie dwingend oplegt aan behandelaars, laat de bevolking via Postbus 51 terecht weten: 'Veilig internetten begint bij jezelf'. Via de DBC's komen de medische

gegevens niet alleen gepseudonimiseerd in het DIS maar ook herkenbaar bij de administratie van de zorgverzekeraar terecht. Voorheen hadden uitsluitend de daar werkzame verzekeringsgeneeskundigen toegang tot deze gegevens. Deze hadden geheimhoudingsplicht en waren daarop rechtens persoonlijk aan te spreken.

Privacyproblematiek beïnvloedt de behandeling, vooral in de psychiatrie. Daar moeten mensen terechtkunnen met intieme gegevens en hun soms schaamtevolle fantasieën. Psychiatrische en psychotherapeutische behandeling vereisen dus totale vertrouwelijkheid. Een aantal behandelaars meent dan ook dat door de DBC-systematiek de beroepsuitoefening onmogelijk is geworden.

### **Opnieuw: een blik op GGZ-instellingen**

Er was bij de leidinggevenden van GGZ-instellingen een duidelijk verlangen naar helderheid in het eigen bedrijf. Ze werkten aanvankelijk gretig mee aan het systeem omdat ze hoopten door de DBC-productregistratie inzicht te krijgen in de eigen bedrijfsvoering en deze bij onderhandelingen met verzekeraars glashelder voor te kunnen leggen. En nu nog zijn er in het management velen die geloven dat het DBC-systeem uiteindelijk heil zal brengen. De praktijk leert echter dat de instellingen steeds verder vast komen te zitten door de ingewikkeldheid van het systeem. Veel GGZ-instellingen DBC-deren nog niet, onvoldoende of te laat. Dat leidt tot de terechte vrees voor algemene financiële kortingen over de gehele sector en angsten over het voortbestaan van de instelling. Dat geeft onrust bij de werknemers en *last but not least* bij de patiënten.

### **Voorstellen tot beleidswijziging**

Productbeschrijving bij behandelingen is geen juiste methode om tot prijsvaststelling te komen. De hoedanigheid (dus: de kwaliteit) van de behandelingprocessen en het inzicht daarin worden door het DBC-systeem vertroebeld. Bij behandelingen dient daarom een systeem gehanteerd te worden waarbij de kwaliteit, dus de hoedanigheid van de behandeling, de daartoe benodigde deskundigheid, de benodigde ervaring en de geïnvesteerde tijd leiden tot de prijs.

Een alternatief voor DBC-productbeschrijving is dan ook *benchmarking*. Maar wel door deskundige professionals en niet door instanties die de professionaliteit daartoe ontberen. Bij *benchmarking* dient in de

gezondheidszorg de nadruk te vallen op procesanalyse tussen vergelijkbare behandelingen en dienstverlening, en op horizontale vergelijking tussen organisaties, behandelaars en hun werkwijzen. Inventarisering van hetgeen al bestaat (verplichte nascholing, intervisie, visitatie) en versterking van die systematiek verdienen de voorkeur boven DBC-deren. Beroepseer dient gefaciliteerd te worden, professionele autonomie niet ondergeschikt gemaakt aan steeds meer regelgeving van steeds meer bureaucraten.

Voor inzicht in de beloning van medische en psychotherapeutische dienstverlening dienen de honorariumkosten van behandelaars per tijdseenheid losgekoppeld te worden van de vooraf gestelde diagnose. Dat betekent wel dat medisch specialisten en andere therapeuten ruimhartig objectieve arbeidsanalyses zouden moeten toelaten. Normtijden kunnen niet langer, zoals in het verleden, intersubjectief onderhandelbaar zijn tussen zorgverleners en instanties die tarieven vaststellen. Normtijden dienen ook niet meer te berusten op verouderde, trage methodieken, zodat met modernere werkwijzen in dezelfde tijd veel meer behandelingen kunnen worden gegeven.

Terzijde: de voorheen bestaande inhoudelijke informatie aan verzekeringsgeneeskundigen ('machtigingensysteem') was voor inzicht in wat er werkelijk gedaan werd, aanzienlijk betrouwbaarder dan de DBC-systematiek en gezien de privacyaspecten te verkiezen boven de DBC's.

De kosten voor het invoeren van het DBC-systeem in de zorgverlening, de investeringen in ICT, en de kosten van onderhoud en ondersteuning in ziekenhuizen en bij zelfstandige zorgverleners moeten zorgvuldig geanalyseerd worden. Het gaat om vele honderden miljoenen die drukten en drukken op de kosten van zorgpremies en op de begroting van vws. De werktijd die door professionals in DBC's werd en wordt geïnvesteerd is daarbij ook van belang. Als men die meetelt, gaat het om nog veel hogere kosten. Men kan zich verder serieus afvragen of het door het ministerie van vws gevolgde beleid, waarbij de DBC-systematiek steeds verbeterd wordt en de privacy nóg weer veiliger heet te worden, eigenlijk nog andere belangen dient dan die van de ICT-branche. Hier liggen mijns inziens mogelijkheden tot forse bezuinigingen; al die kosten drukken immers op de belastingbetaler.

Gezien de bureaucratie als gevolg van de DBC-systematiek kan onafhankelijk onderzoek leiden tot bezuiniging en tot nadere argumenten om de DBC-systematiek voorgoed te verlaten. Daartoe kunnen onder meer de kosten beschouwd worden van DIS en DBC-Onderhoud, in relatie tot de doeltreffendheid en de kosteneffecten op de werkvloer in ziekenhuizen, in GGZ-instellingen en bij zelfstandig gevestigden (procesanalyse). Bij analyse van de kwalitatieve effecten dienen de tijdsbesteding aan DBC's, die onttrokken wordt aan tijd voor behandelingen, en de ergernis daarover van

professionele hulpverleners verdisconteerd te worden.

Gezien de beleidsmatige betekenis van DIS-gegevens, kan strikt genomen het DIS nu al geheel worden opgeheven. DBC-Onderhoud kan als organisatie worden opgeheven zodra de DBC's verlaten zijn als methodiek. Met betrekking tot de activiteiten van de NZa dient men zich te realiseren: hoe minder markt, hoe minder deze 'marktmeester' nodig is. Ook op de NZa kan fors bezuinigd worden.

Een systeem dat in een decennium of langer werd opgebouwd, kan niet onmiddellijk worden opgeheven – hoe disfunctioneel het ook is. Maar 'verbetering' van het systeem is absoluut niet de juiste reflex. Men moet in deze tijd van bezuiniging vooral niet schuwen om terug te kijken op wat er voorheen was, want dat was zo slecht nog niet en naar het zich laat aanzien was het goedkoper.

Er kan vooralsnog 'klein' begonnen worden: bijvoorbeeld door het staken van verdere DBC-ontwikkeling op nieuwe terreinen. Ook kunnen bepaalde transparante declaratiewijzen die voorheen bestonden (zoals de honorering van psychiatrische en psychotherapeutische behandelingen) door reparatie van de regelgeving heringevoerd worden. Voorts kunnen direct al bepaalde behandelingen DBC-vrij gemaakt worden. Daarbij kan men denken aan dienstverlening voor patiënten die per se niet geregistreerd willen worden.



**Noten**

- \* Dit artikel is een bewerking van een voordracht gehouden op een *invitational conference* van de Raad van State over 'marktwerking in het publieke domein' op 21 januari 2010. Hierbij waren de wetenschappelijke bureaus van alle politieke partijen uitgenodigd.
- 1 De werkelijke consument van gezondheidszorg is de patiënt, de feitelijke regie van de behandeling behoort dus te berusten bij de patiënt, in relatie tot zijn aandoening. De overheid heeft echter in het vigerende zorgstelsel de verzekeringsmaatschappijen aangewezen als inkoopers/regisseurs van behandelingen.
  - 2 Volgens de regelgeving moeten meldingen aan het DIS *altijd* plaatsvinden, óók als het zelfbetalers betreft. Dat zijn patiënten die om hun move-rende redenen niets willen weten van algemene registraties of die zelf willen betalen om buiten het verzekeringscircuit te blijven (bijvoorbeeld oorlogsgetroffenen of anderen met historisch besef, bekende Nederlanders, politici, maar ook medewerkers van verzekeringsmaatschappijen). Als de behandelaar de DIS-melding niet doet en de NZa komt daar op enige wijze achter, dan wordt dat beschouwd als een economisch delict en kan de NZa onderzoeken en handhaven (waarschuwing geven, beboeten, eventuele rechtsgang beginnen).
  - 3 Voorheen kregen patiënten van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten een rekening voor de eigen bijdrage. Daar was van patiënten-zijde dus controle op geleverde diensten. Nu niet.
  - 4 Wanneer er geen contract met de verzekeraar bestaat, moet de behandelaar een 'papieren' rekening aan de patiënt aanbieden. Daarop dienen de DBC-code en een 'lekendiagnose' te worden vermeld (depressie, angst, manie, etc.). De patiënt dient, wanneer hij de behandeling bij de verzekeraar wil claimen, deze gegevens aan de verzekeraar over te dragen. De meeste behande-

laars hebben echter contracten en handelen alles via internet af.

**Literatuur**

- Beer, J. de, (2009). Het echech van de marktwerking. Reactie op Leffers & Emons. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 9, 728-729.
- Berg, G.R. van den (2006). DBC's onbruikbaar in psychiatrie. *Medisch Contact* 61, 12, 488-490.
- Delden-Van der Wolf, N. (2005). De DBC: dwangbuis van de vrije marktwerking. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 60, 10, 992-994.
- De GGZ laat zich horen (2009). *Stop de bureaucratie en marktwerking in de zorg*. [www.deggzlaat zich horen.nl](http://www.deggzlaat zich horen.nl)
- De Vrije Psych (2007). *Enquête*. [www.devrijepsych.nl](http://www.devrijepsych.nl)
- Heertje, A. (2010). Gun psychiaters hun prudentie. *De Volkskrant* 5 maart, p. 9.
- Leffers, F., & Emons, T. (2009a). Het echech van de marktwerking. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 7/8, 624-637.
- Leffers, F., & Emons, T. (2009b). Het echech van de Marktwerking. Antwoord op J. de Beer. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 9, 729-730.
- Mengelberg, K. (2005 t/m 2010). *Berichten*. [www.devrijepsych.nl](http://www.devrijepsych.nl)
- NIP (2010). *Nip-standpunt marktwerking*. [www.psynip.nl](http://www.psynip.nl)
- NZa (2010). *Aanzegging aan psychiater*. [www.enrgin.nl/xdata/devrijepsych/Downloads/NZaHandhaving%20a.pdf](http://www.enrgin.nl/xdata/devrijepsych/Downloads/NZaHandhaving%20a.pdf)
- Peters, A. (2004). Het belang van zorgprogramma's. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 58, 11, 1054-1057.
- Pol, F. van de (2005). Gereguleerde Marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 11, 1095-1107.
- Simon, M. (2008). *Spiegelen met de top, denkboek voor managers*. 's Hertogenbosch: Adr. Heinen uitgevers.

Swinkels, J., Bijker, M., & Jansen van Rosendaal, G. (2003). Diagnose Behandeling Combinaties in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 58, 6, 539-541.

Zorg geen markt (2009). *Stop de bureaucratie en marktwerking in de zorg!* [www.zorggeenmarkt.nl/](http://www.zorggeenmarkt.nl/)

### **Samenvatting**

R. van den Berg

‘DBC’s nader ontleed. Falend systeem moet worden afgebouwd.’

► Functionele analyse van organisaties toont aan dat DBC’s niet kunnen aansluiten op behandelprocessen. In de psychiatrie geldt dat extra. Financieel zijn DBC’s non-transparant. Door het DBC-systeem ontstaan risico’s voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het systeem veroorzaakt een zware bureaucratische belasting. Daardoor vervreemden behandelaars

van het declaratieproces. Dat leidt in GGZ-instellingen tot arbeidsonlust. De verplichting om DBC’s te melden bedreigt de privacy van patiënten. Dat door deze melding wetenschappelijke en beleidsmatige gegevens ter beschikking zouden komen is fictie. Beleidswijzigingen zijn noodzakelijk, daartoe volgen enkele voorstellen.

### **Personalia**

G.R. van den Berg, psychiater, is voormalig opleider psychotherapie en psychiatrie, voormalig bestuurder van GGZ-instellingen, voormalig bestuurslid (onder meer voorzitter) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, en nu bestuurslid van de Vereniging tegen de Kwakzalverij. Hij heeft zijn zelfstandige praktijk per 31-12-09 gesloten wegens de DBC’s. Hij verricht nog leertherapieën.  
[humefvdb@xs4all.nl](mailto:humefvdb@xs4all.nl)

**Reageer op dit artikel via**

**[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)**