

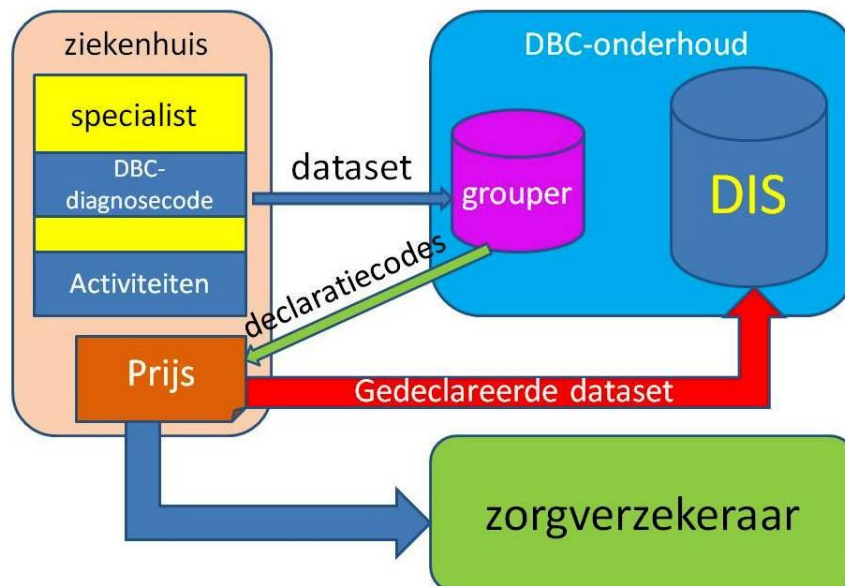
Voorwoord

In de media wordt gelijk alles gelijk op fraude gegooid. Dit zou ik niet direct willen beweren. De fout ligt in het systeem dat is ontwikkeld. Hierdoor wordt fraude mogelijk en eenvoudig. Daarbij faalt ook het controlemechanisme. Zogenaamde 'verschrijvingen' hebben altijd al plaatsgevonden, ook in het oude declaratiesysteem.

De specialist hanteert een medisch dossier (decursus) al dan niet elektronisch. Bij de declaratie (DOT) wordt ook een diagnose gebruikt. Deze wordt niet gematcht met de decursus. In het medisch dossier vind je dus twee diagnoses: één voor de medisch inhoudelijke diagnose (de diagnose waarvoor de patiënt wordt behandeld) en een financiële diagnose (de diagnose die in combinatie met de activiteiten leidt tot een prestatiecode die wordt vergoed).

De methode

- Dokters registreren een (financiële) DBC-diagnosecode en vragen activiteiten aan en/of voeren die uit.
- Op basis van de afsluitregels, die vastgesteld zijn door DBC-onderhoud, wordt de combinatie van de DBC-diagnose en de uitgevoerde activiteiten aangeboden aan de grouper van DBC-onderhoud als declaratiedataset.
- De grouper leidt declarabeleprestaties af op basis van de productstructuur en stuurt de declaratiecodes terug naar het ziekenhuis.
- Het ziekenhuis hangt de prijs aan de prestaties. (De ziekenhuizen zijn die overeengekomen met de zorgverzekeraars). Deze stuurt op zijn beurt de declaratie naar de verzekeraar van de patiënt en de gedeclareerde dataset naar het DBC Informatiesysteem (DIS). Het DIS is de informatiedatabank met DBC-gegevens en wordt beheerd door DBC-onderhoud.



Binnen de DBC-systematiek wordt de geleverde zorg aan een patiënt dus aan het einde van een afgebakende periode aan de grouper aangeboden in de vorm van een declaratieset. Deze gegevens worden in de grouper door een set beslisbomen gehaald en die leiden tot een declarabel zorgproduct. Allereerst gaat de dataset door de topboom, die bepaalt in welke zorgproductgroep de dataset verder gaat. In de zorgproductgroep wordt vervolgens het zorgproduct afgeleid.

Schuiven met DBC-diagnosecode en activiteiten.

Het is een koud kunstje om de meest wenselijke (= maximale financiële opbrengst) in de combinatie DBC-diagnosecode – activiteiten te kennen. Een beetje schuiven met diagnose- en activiteit kan soms een heel ander financieel plaatje opleveren. Ziekenhuizen en specialistenmaatschappen worden hierbij geadviseerd door tientallen adviesbureaus, van klein tot groot. Ook de ICT-

leveranciers werken driftig eraan mee door het bouwen van controles die gericht zijn op een zo hoog mogelijke financiële score. In de managementterminologie noemen ze dit 'upcoden'. Was het bij de start van de DBC systematiek nog een woord dat niemand hardop durfde uit te spreken, nu is het ingeburgerd in het taalgebruik.

Het ingeburgerde upcoden leidt er ook toe dat DBC's, die jaren geleden afgesloten zijn, herzien worden met de slimme softwareprogramma's, gecrediteerd en opnieuw gedeclareerd. Het management steunt deze acties van ganser actie. Hoe meer pecunia binnenstroomt, des te beter.

Het management gebruikt als windowdressing nog steeds de kretologie "de patiënt centraal", maar in de gesloten managementkamers wordt een heel andere taal gesproken. Daar gaat het er alleen nog maar over hoe de patiënt financieel nog verder uitgeperst kan worden. En de dokters gaan daar helemaal in mee, want die hebben hun inkomen sinds 2005, de start van de DBC, tot ongeziene hoogten zien stijgen. Ze hebben het dik voor elkaar, want ze zijn de best betaalde dokters van Europa geworden met een duizelingwekkend uurloon.

De weerkerende DBC.

De DBC wordt door de afsluitregels na een bepaalde periode afgesloten. De looptermijn van de DBC is grotendeels afhankelijk van het soort zorg dat gegeven is: dagbehandeling, kliniek, polikliniek. Vervolgens start opnieuw de cyclus van de DBC registratie. Als de DBC diagnose ongewijzigd is, is er sprake van een vervolg DBC, die minder opbrengt dan een nieuwe DBC diagnose. Upcoden ligt hier voor de hand: een nieuwe diagnose en een bepaalde activiteit uitvoeren/registreren, die al een keer is uitgevoerd, wordt financieel wel heel aantrekkelijk. De softwareoplossingen kunnen bij de selectie helpen.

De DBC en de patiënt.

Met de patiënt heeft de DBC geen echte relatie. Je zou het misschien denken, omdat het woord DBC diagnose vaak wordt gebruikt. Zo'n DBC diagnose is per specialisme vastgesteld en wordt de patiënt voor een hoofd- en nevendiagnose door verschillende specialismen behandeld, dan zijn er even zoveel DBC diagnoses en, na het afsluiten, facturen.

Stel je voor: vanaf het vijftigste levensjaar heeft het overgrote deel van de ziekenhuispatiënten twee of meer diagnoses, waarvoor ze behandeld worden. Dus lopen er ook meerdere DBC's los van elkaar. Hetzelfde onderzoek nog eens uitvoeren/registreren voor een DBC bij een ander specialisme kan financieel aantrekkelijk zijn voor het betreffende specialisme. Het DBC-systeem is een echt *specialisme gericht facturatiesysteem*, geeft onvoldoende inzicht in de integraal aan de patiënt verleende zorg en maakt de zorg door de versnippering altijd al te duur.

Door upcoden, dubbel uitvoeren van (diagnostische) onderzoeken brengt het declareren van DBC's per, bij de behandeling betrokken specialismen, nog eens extra euro's in het laatje. Ziekenhuseconomen schatten dat met het dubbel uitvoeren van de verrichtingen in het kader van de gevulde DBC, ongeveer 2 tot 4 procent van het ziekenhuisbudget gemoeid is. Voor een ziekenhuis met een omzet van een goede 300 miljoen euro per jaar kan dat al tellen: tussen de 6 en 12 miljoen euro/jaar teveel.

DOT, DBC op weg naar transparantie

De DBC-systematiek die per 1 januari 2012 is ingegaan, had mede tot doel de rol van het specialisme uit te schakelen door het samenstellen van kostenhomogene producten. Werkt dus niet als er meer specialismen bij de behandeling zijn betrokken, want dan ontstaan even zoveel, vaak gelijkwaardige, producten die per specialisme gefactureerd worden.

De DBC en de behandeling in meerdere ziekenhuizen.

Zie hiervoor de DBC en de patiënt. Dubbele uitvoering van de activiteiten is dan aan de orde, omdat de DBC gevuld moet zijn met activiteiten om te scoren in de grouper. Niemand durft zich uit te spreken over de bedragen die hiermee gemoeid zijn.

De rol van de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar maakt jaarlijks afspraken met de ziekenhuizen over aantal, prijs en kwaliteit van de prestaties. De zorgverzekeraars kennen de prijzen die de ziekenhuizen vragen voor hun

prestaties (of producten) en moeten erover onderhandelen. Marktwerking is toch niet voor niets ingevoerd? Een zorgproduct met goede kwaliteit voor een goede prijs zou dat moeten opleveren. Helaas dat is niet gelukt, want Nederland heeft de hoogste zorgkosten na de VS van de OESO-lidstaten (OECD Health data 2012). En het unanieme advies is om eindelijk eens werk te maken van marktwerking om de stijgende zorgkosten in de hand te houden.

Wanneer met de ziekenhuizen de contracten afgesloten zijn en die worden door de ziekenhuizen nageleefd, moeten de zorgverzekeraars de hand in eigen boezem steken en zich afvragen of ze de prijsstelling van de ziekenhuizen wel voldoende controleren en gecontroleerd hebben en de marktwerking stimuleren. De zorgverzekeraars kennen het woordje upcoden namelijk maar al te goed. Echte acties van hun kant zijn er echter niet geweest, behoudens wat controle in de marge. De NZa controleert ook de zorgverzekeraars, dus helemaal zonder controle kwamen ze niet weg.

De uitspraak van de zorgverzekeraars, dat ze niet op de hoogte zijn van de hoogte van de zorgkosten in de ziekenhuizen is regelrechte onzin. De afgelopen jaren werden circa 150.000 Nederlanders in Belgische ziekenhuizen opgenomen met diagnoses van een eenvoudige liesbreuk tot gecompliceerde transplantaties van hart en long. De bedragen op de Belgische nota's liggen ver beneden die in Nederland gebruikelijk zijn. Natuurlijk zijn de berekeningen in beide landen niet één op één vergelijkbaar, maar de signalen zijn er.

Rol van de NZa

De vraag is: *Wie kan de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars ertoe dwingen om de zorg digitaal op zo'n wijze te registreren en te controleren, dat er van verschrijving geen sprake meer kan zijn?*

In de huidige situatie zou dat alleen de NZa kunnen zijn. Die NZa, die de ziekenhuizen en zorgverzekeraars voor foutieve nota's terecht zou kunnen wijzen en beboeten, maar dat tot op heden (sinds 2006, het jaar dat de wet marktordening gezondheidszorg en de zorgverzekeringswet van kracht werden) heeft nagelaten. Laat staan een goede controleprocedure heeft opgesteld.

Juist die NZa zou nu een sluitende digitale registratie kunnen voorschrijven? Klinkt natuurlijk niet heel erg geloofwaardig, maar de wegen van politiek Nederland zijn ondoorgrondebaar.

EPD in de ziekenhuizen.

De ziekenhuizen implementeren momenteel de Elektronische Patiëntendossiers, eenmalige vastlegging van de medische gegevens aan de bron. Dat zou mooi zijn, maar de dokters registreren parallel aan de medische gegevens de financiële gegevens (DBC) nog steeds in het ziekenhuisinformatiesysteem. Dus helemaal geen mapping met diagnosecodes die de diagnose van de patiënt werkelijk typeren zoals de Nederlandse diagnosethesaurus of het internationale codesysteem als Snomed CT.

Het management vindt het eigenlijk wel prima zo, want die medische diagnosecode levert geen euro op, brengt alleen maar kosten met zich mee in hun opinie. Nee, laat die dokter maar lekker doorgaan met de registratie van de DBC diagnose, met de controles die ze daarop hebben zit dat financieel wel snor.

Decursus

Controle op foutief factureren met de gegevens uit een EPD is goed mogelijk maar de ziekenhuizen (en de zorgverzekeraars) voeren die niet uit.

In de 'decursus' (notities) van het patiëntendossier registreert de dokter de (medische) diagnose(n) van de patiënt en welke activiteiten hiervoor gevraagd en uitgevoerd zijn. Met de gegevens in de decursus verantwoordt de dokter de door hem verleende zorg.

De diagnose- en activiteitgegevens in de decursus moeten volledig matchen met de financiële gegevens in de DBC-systematiek. Dat doen ze dus (te vaak) niet. Niemand die het controleert en waarom ook? Niemand dwingt de ziekenhuizen ertoe.

Mogelijke Oplossing.

Zolang de DBC nog gebruikt wordt voor de facturering van de prestaties (de verleende zorg) moet het ziekenhuis op de nota naast het te factureren zorgproduct het volgende worden vastgelegd:

- de medische diagnose(n) van de betreffende dokter;

- alle bij de patiënt uitgevoerde activiteiten (datum/tijd);
- de verstrekte medicatie (datum/tijd/doses).

Uit het EPD is afkomstig:

- de medische diagnoses;
- de activiteiten;
- de medicatie.

De DBC declaratieset is hiervan afgeleid.

Een systeem van medical control (de registratie van de werkelijkheid in het medisch dossier) wordt verplicht gesteld in de ziekenhuizen. De controle erop kan door de zorgverzekeraars worden uitgevoerd. Alleen zo ontstaat:

- inzicht in de integrale morbiditeit van de patiënt;
- de geleverde zorg met de kwaliteit ervan;
- een overzicht van de kosten die zorgverzekeraar daar werkelijk voor moet vergoeden.

En ja, het is dan een heel kleine stap naar de **DRG systematiek die bijna alle Europese lidstaten, de VS, Japan en Australië al gebruiken als factuurvehikel**. Vergelijking is ermee verzekerd. En daarnaast zou het toch van de gekke zijn als de patiënt in deze tijd van ICT-oplossingen binnenkort weer een papieren nota op de deurmat kan verwachten, die hij zou moeten controleren en opsturen naar de zorgverzekeraar?!

Weetjes

- De OECD heeft berekend dat van de OESO-staten de zorg in Amerika het duurst is, direct gevolgd door Nederland;
- De medisch specialisten in de ziekenhuizen behoren tot de best verdienende in Europa. Zeker als je het relateert aan het aantal patiëntgebonden uren dat ze presteren. Met 27 patiëntgebonden uren een inkomen hebben van circa 350.000 euro is geen uitzondering. Gewoon even terugrekenen wat de mix nieuwe poliklinische patiënt/herhaal patiënt (met eventueel gebruik van bed) gemiddeld moet opbrengen;
- De dermatoloog in Nederland berekent de patiënt voor de behandeling van zonneplekken met CO2 meer dan 110 euro. En als er een huidtumor door elektrocoagulatie wordt verwijderd, (duur zo'n 5 minuten) zit je al snel op 320 euro, omdat het als dagbehandeling wordt opgevoerd;
- Voor het verwijderen van een teek berekent een ziekenhuis een bedrag dat kan oplopen tot 700 euro; Nederland geen informatie heeft om de morbiditeit (de combinatie van hoofd- en nevendiaagnosen, vastgelegd met een internationale classificatie zoals de International Classification of Diseases ICD-10) te vergelijken met die in de andere Europese lidstaten. In 2014 zou de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen van start moeten gaan die dit hiaat in de toekomst moet oplossen. Ook hier geldt weer: geen verplichting.
- De activiteitenregistratie in Nederland uitgegeven wordt door de NZa en verre van volledig is. De meeste ziekenhuizen werken alleen met die registratie en hebben geen kennis wat zich in hun ziekenhuis werkelijk afspeelt. Hoezo kwaliteit en prestatie-indicatoren?