

bijdrage De Psycholoog forumrubriek
"Die dekselse DBC's"
Arno Goudsmit

Er worden door de autoriteiten vreemde en onnodige fouten gemaakt bij het ontwikkelen van een gezondheidsmarkt in de ggz. Neem nou de Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's), een ingewikkeld administratief stelsel van tarieven en zogenaamde 'spelregels'. Het lijkt regelrecht ontsnapt te zijn aan de tekentafels van administratieve filosofen en van mensen die gewoon veel verstand hebben van economische statistiek. Het zijn administratieve artefacten waar het veld last van heeft; niet alleen omdat de DBC's extra werk, tijd, en geld kosten (sneu voor ons), maar vooral omdat ze een verstoring teweegbrengen in de vakinhoudelijke overwegingen, dus in de beroepsuitoefening zelf (sneu voor onze patiënten). Sterker nog, zulke verstoring heet 'administratieve sturing' en is juist een oogmerk van het systeem. Het is bedoeld om de overheid en de financiers langzaamaan wat meer controle over het veld te geven. Een kwaliteitskenmerk dus eigenlijk....

En net als in de commerciële callcenters van grote providers waarin de klant telkens meer service moet krijgen in telkens minder gespreksminuten, zo ook worden er in de ggz steeds meer werk-parameters genoteerd en verwerkt in steeds minder onschuldige statistiekjes: prestatie-indicatoren, satisfactie-metingen, dbc-gegevens, rom-scores, zorgzwaarte-bepalingen, etc. Hoewel de validiteit van de verkregen gegevens vaak dubieus is, worden er ondertussen wel telkens grotere (financiële) consequenties aan verbonden. Dit leidt tot ellende: de gemeten partij (het ggz-veld) probeert zich veilig te stellen tegen ongewenste nieuwe maatregelen. De metende partij (overheid en zorgverzekeraars) daarentegen streeft naar metingen die telkens iets meer valide zijn en die dus tot iets beter beleid zouden moeten gaan leiden. Zo ontstaat een escalatie van dubieuze administratieve eisen en gebrekkige naleving daarvan, de bureaucratisering als wedloop tussen de metende en de gemeten partijen.

Een voorbeeld: vanaf 2012 werden de DBC's binnen de categorie 'aanpassingsstoornis' ineens niet meer vergoed. Er moesten immers bezuinigingen in de zorg plaatsvinden. Het is niet verbazingwekkend dat er zich vanaf 2012 bij de tweedelijns ggz ineens ook geen mensen meer aanmeldden met de diagnose 'aanpassingsstoornis'. Deze mensen kregen namelijk voortaan gewoon een andere diagnose, zodat ze met hun problematiek niet in de kou kwamen te staan. Maar dat gaat dan niet zoals behandelaars het wensen: niet alleen dat een diagnose volledig naar waarheid kan worden genoteerd, maar ook dat zijzelf en hun patiënten geen schade ondervinden<<1>> van doldrieste maatregelen van de overheid. Alle aanpassings-DBC's zijn vanaf 2012 verdwenen, maar zoiets heeft natuurlijk niet tot de gewenste besparingen geleid. Er volgen dus vanzelf weer nieuwe, nog betere, maatregelen. In 2013 zijn de zogenaamde V-codes aan de beurt; deze mogen dan niet meer als hoofddiagnose worden gebruikt. Welnu, met gespeelde tevredenheid zal de overheid straks kunnen constateren dat ook deze diagnoses met succes uit de tweedelijns ggz geweerd zijn.

In dit spel van kat en muis verliezen ethische principes (patiënten fatsoenlijk behandelen, correcte diagnoses stellen) het langzaamaan van praktische belangen (netjes uitbetaald krijgen), en dat is gevaarlijk. Anders gezegd: de overheid rekent op hoogstaande ethische beginselen bij de declaranten en neemt daar vervolgens alvast een economisch voorschot op. Het resultaat is dat er in de zorg een nieuw type charlatan ontstaat:

¹Kate Nobbs (2013, in voorbereiding) schreef over ons DBC-stelsel een artikel voor een internationaal publiek, waarin zij onder meer uitlegt voor welke nieuwe ethische puzzels de gezinstherapeut wordt geplaatst, wanneer een diagnose zowel recht moet doen aan het cliëntensysteem als aan de financier.

zorgverleners die vooral hun administratie op orde hebben, en die de kwaliteit van hun eigen werk afmeten aan de diverse scores (geld, accreditatiepunten, etc.) die ze ermee kunnen behalen, en niet aan beroepsinhoudelijke overwegingen.

Frauderen is altijd al mogelijk geweest in de zorg, maar het DBC-systeem speelt daar nu zelfs expliciet op in, door het gewenste gedrag van zorgaanbieders met bonussen te faciliteren. Dit geldt zowel voor behandelbeleid als voor behandelduur. Zo was het in 2010 en 2011 ineens mogelijk om een bonus te ontvangen, wanneer er voor angst- of stemmingsproblemen (voor DBC's tot 1800 minuten) tevens medicatie was voorgeschreven. Uit onderzoek van de Stichting DBC-Onderhoud zou namelijk in 2009 zijn gebleken<<2>> dat zoiets 'statistisch beter' was. Ook kwam er een bonus voor elektroshocks (ECT). Zoiets leidt dan tot verhoogd medicatie-voorschrijfgedrag bij psychiaters, en het leidt tot extra opfriscursussen ECT. Dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn geweest van de overheid; of toch wel? Nee, de overheid zou zoiets natuurlijk nooit 'aanzetten tot fraude' noemen, maar wel 'stimuleren van evidence based practice'. En inderdaad, wat kan daartegen nou het bezwaar zijn?

Welnu, een eerste bezwaar is dat behandelaars financiële motieven krijgen om bepaalde vakinhoudelijke beslissingen te nemen. Een overheid die dat stimuleert, miskent de noodzaak van een geloofwaardige beroepsethiek, en wekt de foute suggestie dat commerciële zorg nou eenmaal niet op een fatsoenlijke manier mogelijk is. Een ander bezwaar is dat behandelaars beloond worden om allereerst volgens de tabel te denken, en niet volgens hun eigen verstand. Dit wekt de foute suggestie dat zelfstandig nadenken minder gewenst is, ja zelfs minder noodzakelijk, en in ieder geval duurder.

Een ander voorbeeld van foutief werkende regelgeving is de zogenaamde staffeling van de DBC's in tijdsklassen. Dit wil zeggen dat behandelingen ingedeeld worden naar het aantal minuten dat er is gewerkt, zowel directe contact-minuten, alsook de indirecte vergader- en administratie-minuten. Een DBC die een tijdgrens passeert, krijgt ineens een hogere declaratiewaarde. Zo leert de tariefstructuur van 2013 ons dat de declaratiewaarde van een depressie-behandeling na 799 gewerkte minuten ineens van € 2172,60 naar € 3992,90 verspringt, en na nog eens 1000 minuten zelfs naar € 6926,04. Dat zijn interessante prijsverschillen, maar het schadelijke effect van zo'n staffeling is ook heel interessant. Want welk belang heeft een declarerende zorgaanbieder nu nog bij een behandeling die net iets "te kort" duurt, bijvoorbeeld 1780 minuten? Inderdaad, zo'n zorgaanbieder houdt het gevoel dat hij de afgelopen 980 minuten "eigenlijk" gratis werk heeft afgeleverd, en dat hij zo'n €3000 extra had kunnen verdienen als hij nét eventjes 20 minuten langer had doorgewerkt, of desnoods doorvergaderd. De bedoeling van dit gestaffelde tarievenstelsel lijkt te zijn: zorgaanbieders te 'stimuleren' om sneller te stoppen met behandelingen. Het algemeen belang daarvan is evident. Als langdurige behandelingen worden ontmoedigd, dan kunnen er meer mensen worden behandeld in minder tijd. Echter dit systeem nodigt ook uit om behandelingen juist langer te laten duren dan nodig, om toch maar vooral de begeerde prijsverhoging te toucheren. De Nederlandse Zorgautoriteit weet dit al geruime tijd<<3>>. Alweer een maatregel die anders uitwerkt dan was beoogd.

² Hoe en waarom dat dan bleek, was overigens nog niet zo eenvoudig te beantwoorden. Wie het "Verantwoordingsdocument DBC GGZ2010 v20091001; Ingangsdatum release: 20100101" ter hand neemt, vindt namelijk vooral voorspellingen en verwachte uitkomsten. Het document is te vinden op: http://dbconderhoud.nl/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=732&Itemid=462

³"Consultatiedocument Verbetering werking DBC-systeem Voorstel voor verbeterde werking van het DBC-systeem binnen de GGZ", NZA, oktober 2010. zie: http://www.nza.nl/104107/105763/105857/Consultatiedocument_Verbetering_werking_DBC-systeem..pdf

Een ander, mogelijk nog kwalijker, effect is dat zorgaanbieders hun best zullen doen om te voorkomen dat langer durende DBC's verliesgevend worden, en dus alleen al om die reden de personeelskosten zo laag mogelijk willen hebben, dus meer mensen zullen inzetten met een lagere opleiding. Let wel, het gaat dan om een kunstmatig en volstrekt onnodig effect van de staffeling.

Recent had NRC-Handelsblad (24 november 2012) een groot artikel over het ongepaste gebruik van de DSM-IV voor psychiatrische diagnostiek en behandeling. Dit is een voorbeeld van een meer algemeen fenomeen: een administratief instrument wordt ineens gebruikt voor iets waar het niet voor is bedoeld. Het is alsof we een plattegrond van een stad zijn gaan gebruiken voor andere doelen dan het vinden van een route. Zo'n kaart kan toch zeker ook gebruikt worden, statistisch zeer verantwoord, voor het toekennen van toeslagen van inbraak-polissen. Maar in de zorg gaat het om maatwerk, bij uitstek. Het toepassen van algemene kennis op individuele gevallen vraagt méér dan statistische kennis. Toch wordt de DSM steeds meer gebruikt als uitgangspunt voor het bepalen van wat de geschikte behandeling heet, ja zelfs van de medicatie. En nu, sinds de invoering van de DBC's, dus ook als parameter bij het vaststellen van de behandel tarieven.

Het gebruik van zo'n administratieve indeling mag dan in de ogen van bestuurders heel handig lijken, maar voor individuele problematiek heeft het wel een erg hoog Monty Python-gehalte. Als een aandoening in de DSM geclassificeerd staat onder "stemmingsstoornissen", dan maakt het voor de DBC-tarieven totaal niet meer uit hoe de dynamiek van het probleem in elkaar zit, terwijl zoiets voor de behandeling zelf toch wel verschil maakt. Het maakt voor het systeem niet eens uit of het hier gaat om een depressie of om een dysthymie. Geheel uiteenlopende problemen en behandelwijzen worden onder een algemeen etiket gevangen.

Dat de zorg een markt moet worden, is in ons land bij wet geregeld (de Wet Marktordening Gezondheidszorg, WMG), maar dat betekent nog niet dat zo'n markt ook moet worden gerealiseerd met eigenaardig gedefinieerde economische entiteiten. De huidige DBC's moesten als marktwaren gaan dienen, ten behoeve van de inkoop ervan door verzekeraars. Maar ze zijn virtueel, ze bestaan niet echt, en ze representeren geen kennis van het werk in de ggz.

Een paar suggesties hoe we de ellende wat kunnen beperken:

- schaf die eigenaardige staffeling af, zodat de DBC's niet worden gedwongen in vaste volumes, want deze leiden tot fraude met het aantal minuten;
- beloon de behandelingen met een (per staffel) telkens iets lagere minuutprijs, zodat de zorgaanbieders reëel gestimuleerd worden om zo snel en kort mogelijk te werken, maar niet gestraft worden voor behandelingen die net ónder een staffel-minuutgrens eindigen;
- gebruik niet de administratieve (DSM) criteria voor het onderscheiden van probleem-groepen, maar gebruik de vakinhoudelijke criteria; deze laatste hebben immers betrekking op de dynamiek van de problematiek en op de relevante curatieve werkzaamheden; de ene stoornis met etiket "X" is de andere niet.
- gebruik geen invalide kwaliteitsmaten voor het geleverde werk (Rom-cijfers, satisfactie-scores, dropout-scores, etc.), maar let op de recidive-cijfers: hoeveel patiënten krijgen opnieuw klachten, en na hoeveel tijd? Het idee is: kwaliteit van zorg is gelijk aan de hoeveelheid ellende die ermee kan worden voorkomen.
- gebruik dus ook het voorspellend vermogen van een behandelaar en betaal deze naderhand een grotere bonus, al naar gelang een afgesloten patiënt gedurende een langere (voorspelde) periode geen behandelingen meer nodig blijkt te hebben; dit stimuleert pas echt het degelijke werk en het ontmoedigt het cosmetische gepruts op de korte termijn.

Wat er dreigt, is dat we ons niet meer richten op datgene wat we naar eer en geweten zelf "goed werk" zouden noemen, maar op datgene waarmee we onszelf het beste bedienen. Dan komt er niet de gehoopte reinigende werking van concurrentie, maar eerder een plunder-cultuur. Nu worden de tarieven

door de overheid weliswaar kunstmatig omlaag gedwongen, maar net zo gemakkelijk verzint het veld telkens betere redenen om telkens meer en zwaardere psychische problematiek te signaleren, geheel volgens de DSM, en deze problematiek behandelen en te declareren, geheel volgens de tabel. De beroepsbeoefening van de psychotherapeut wordt zo gedirigeerd in de richting van een routineuze beoefening van stappenplannen, met de daarbij verplicht gestelde evaluatiemomentjes en de bijbehorende scores. Zoïets tast niet alleen de kosten van de zorg aan, maar ook de kwaliteit; het tast niet alleen het vertrouwen van de patiënt in de gezondheidszorg aan, maar ook het zelf-respect van de behandelaar.

De nieuwe charlatan beoefent zijn vak niet als een ambacht, maar als een truc om de schijn van kwaliteit hoog te houden. Soms schrik ik 's nachts zwetend wakker na een boze droom waarin zulke mensen ook zitting hebben genomen in hoge colleges en eerbiedwaardige commissies, en waarin ze blijken te adviseren over beleidskwesties in de gezondheidszorg. Ik kan dan de slaap pas weer vatten na een koud bad.

Literatuur:

Nobbs, K., "Ponderings on the medicalization of family therapy", *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, June 2013 (in voorbereiding).