



Dave Sanders

CT	computed tomography
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
DBC	diagnose-behandelingcombinatie
DIS	DBC-InformatieSysteem
DOT	DBC op weg naar transparantie
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
LWK	lumbale wervelkolom
MRI	magnetic resonance imaging
NVvR	Nederlandse Vereniging voor Radiologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OP	ondersteunend product
rDBC	radiologische DBC
rOP	radiologisch ondersteunend product (<i>voorheen verrichting</i>)
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Radiologie en DBC-systematiek 2008

DBC2003: Transparante zorg; heldere financiering; einde aan vrijblijvendheid; in het belang van alle partijen.

Met deze wervende teksten werd de DBC-systematiek in 2000 aan de man gebracht. Dat de praktijk weerbarstiger is weten we inmiddels wel. De DBC-systematiek is wettelijk ingevoerd sinds 1 januari 2005 (als declaratiesystematiek); op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet van kracht geworden; en sinds 1 januari 2008 zijn de lumpsumovereenkomsten komen te vervallen. Door deze belangrijke gebeurtenissen zal de DBC-systematiek (pas) in 2008 volledig van kracht zijn. Ondanks alle onvolkomenheden is het goed te weten welke uitwerking e.e.a. heeft op de radiologie en hoe daarmee omgegaan kan worden.

Technisch - theorie

Tot 2005 konden aparte verrichtingen voor de radiologie worden gedeclareerd, zoals voor meerdere medische specialismen. Afhankelijk van lokale overeenkomsten werden de totaalbedragen aan honoraria aangevuld tot de overeengekomen lumpsum. In de jaren voor 2005 zijn, op de achtergrond, de oude tarieven van radiologische verrichtingen (uit het CTG Tariefboek medisch specialisten) budgetneutraal aangepast overeenkomstig de weging in het puntensysteem van de NVvR. Vanaf 2005 is het tarief voor een MRI LWK negenmaal dat voor een X-thorax, zowel in het A- als B-segment (overeenkomend met 5:45 punten). De onderlinge weging in punten van radiologische verrichtingen is overigens ongemoeid gelaten in de overgang naar de DBC-systematiek.

Met de gegevens van het Tijdbestedingsonderzoek (2003) en het Capaciteitsonderzoek (2005) is vast komen te staan hoeveel tijd, op jaarbasis, een radioloog besteedt aan patiëntgebonden activiteiten (inclusief besprekingen, diensten, etc.). Deze totale tijd is verdeeld over de bijbehorende 'productie' in radiologische ondersteunende producten (rOP's), naar rato van de weging in punten. Vervolgens is – in eerste instantie – een macrobudgetneutraal uurtarief geschat door Deloitte (2004), en daarna is een uurtarief door VWS vastgesteld (2006), na uitgebreide advisering. Daarmee is ook het tarief per rOP vast komen te staan, volgens de formule *Tijd × Uurtarief*. Dit uurtarief is in 2005 en 2006 enkel van toepassing geweest in het B-segment, maar vanaf 2008 ook in het A-segment. Resultaat van deze omzettingen is dat het aantal punten, het aantal minuten en het honorarium per rOP onderling dezelfde verhouding vertonen.

Bovenstaande houdt niet in dat alle rOP's rechtstreeks declareerbaar zijn. Er bestaan grosso modo drie manieren. Enkel rOP's voor huisartsgeneeskunde en derden kunnen rechtstreeks [1] bij de verzekeraar of de verwijzende instantie in rekening worden gebracht. Alle overige rOP's zijn gekoppeld aan (klinische) DBC's. Deze koppeling vindt plaats volgens een landelijk gemiddeld profiel in het A-segment. In dit segment kunnen dus enkel de ziekenhuiskosten en het honorarium van het landelijk gemiddeld profiel in rekening worden gebracht [2]. In het B-segment [3] mag gebruik worden gemaakt van een lokaal gemiddeld zorgprofiel. De landelijke profielen worden berekend uit het DIS (DBC-InformatieSysteem). In deze gegevensbank worden alle DBC's (met werkelijke profielen) van alle ziekenhuizen verzameld. Uit bovenstaande wijzen van declareren volgt dat wat u op jaarbasis werkelijk verricht aan rOP's, niet per se overeen komt met uw inkomsten aan honoraria. Er kan een positief, maar ook negatief verschil bestaan.

De feitelijke inhoud van de profielen wordt enkel gebruikt om bijbehorende totaalbedragen voor ziekenhuiskosten en honoraria te berekenen (uitgezonderd essentiële verrichtingen). In de tarieftabellen van NZa c.q. DBC Onderhoud wordt de exacte inhoud dan ook niet vermeld. De honorariumbedragen zijn overigens wettelijk geoordeeld honorarium, en komen de desbetreffende medisch specialist geheel toe.

De tijdbesteding (en het bijbehorende honorarium) van de radiologische DBC's (rDBC) volgt uit de optelsom van de onderliggende rOP's die in het desbetreffende profiel voorkomen. Dit profiel en de bijbehorende kostencomponent zijn wederom ontleend aan het DIS.

In de praktijk

Belangrijkste vraag in de praktijk is of het gedeclareerde honorarium aansluit bij de feitelijk verrichte werkzaamheden. Daarvoor is het van belang te weten hoe het lokale zorgprofiel zich verhoudt tot het landelijke (vooral in het A-segment). In het B-segment wordt u verondersteld zelf uw profiel samen te (kunnen) stellen, en rOP's voor huisartsgeneeskunde kunt u, zoals gezegd, rechtstreeks declareren. Om deze profielen en de bijbehorende declaratiestromen te kennen, moet de (financiële) ziekenhuisadministratie op orde en bovenal inzichtelijk zijn. Is dit niet het geval, dan heeft ook het ziekenhuis zelf een (groot) probleem, aangezien ook de kosten dan mogelijk niet juist worden gedekt. Honorarium voor medisch specialisten en ziekenhuiskosten verhouden zich namelijk ongeveer 1:5! Kennis van het exacte profiel is enkel van belang om het totale bedrag aan ziekenhuiskosten of honoraria te kunnen berekenen. In het A-segment bestaat bijvoorbeeld geen verplichting om de bijbehorende totaalbedragen exact te besteden aan het onderliggende profiel. Uitgezonderd essentiële verrichtingen maakt het niet uit of u het honorarium ontvangt voor 1,0 echografisch onderzoek of 0,44 CT-onderzoek van het abdomen. De exacte zorgprofielen in het A-segment worden dan ook niet gepubliceerd, en in het B-segment ook de totaalbedragen niet (meer).

De (norm)tijden van DBC's (en OP) zijn wettelijk vastgelegd; de bijbehorende honorariumbedragen zijn wettelijk geoordeeld. Dit houdt in dat zij toekomen aan het desbetreffende specialisme, ongeacht de prestatie die daarvoor feitelijk is geleverd. Alleen op vrijwillige basis hoeft u daar afstand van te doen, bijvoorbeeld na afspraken (achter de voordeur) met directie of stafmaatschap. In alle tabellen van NZa en DBC Onderhoud zijn de honoraria overigens altijd gebaseerd op het geïndexeerde uurtarief (in 2006: 132,50 euro).

Laat u zich de kaas niet van het brood eten. U hoeft geen honorarium af te dragen aan collega-poortspecialisten 'omdat zij de DBC's registreren', noch 'omdat zij in diensturen beeldvormend onderzoek beoordelen'. Beide activiteiten zijn noodzakelijk voor hun eigen beroep(suitoefening); beide 'tijdsbestedingen' zijn verdisconteerd in de normtijden van de desbetreffende poortspecialisten. Bovendien, u wordt gehonoreerd voor de tijd die u besteedt aan uw vak, en niet voor de tijd die een ander daaraan spendeert.

Uit bovenstaande technisch-theoretische uitleg volgt dat in een gemiddelde algemene praktijk de som van de normtijden uw dagelijkse tijdbesteding per definitie dekt. Wellicht besteedt u geen 45 minuten aan ieder MRI-onderzoek, maar de normtijden dekken bijvoorbeeld ook (patiënt)besprekingen, beoordeling van aanvragen, het uitvoeren van echografisch onderzoek, de correctie van verslagen of uw activiteiten tijdens diensturen. Uit alle tijdbestedingsonderzoeken is echter gebleken dat in aanwezigheid van arts-assistenten (al dan niet in opleiding) navenant meer werk kan worden verzet.

Deze situatie heeft dan ook een gunstig effect op 'productie' en (financiële) omzet, zeker wanneer het arts-assistenten in opleiding betreft (hun kosten komen namelijk niet ten laste van de desbetreffende medisch specialisten).

In het vrije beroep wordt u geacht ondernemer te zijn. Zoals iedere onderneming gaat ook die van ons gepaard met kosten. In de onderhandelingen met VWS zijn wel een aantal kostenposten benoemd (zie Witte Boek III van de Orde van Medisch Specialist), maar de hoogte ervan is ter onderhandeling met de directie.

Vernieuwingen - toekomst

Een van de belangrijkste doelstellingen van de DBC-systematiek was transparantie. Het is dus zeer opmerkelijk dat binnen drie jaar na de officiële implementatie van dit systeem al een project is gestart genaamd: *DBC op weg naar transparantie* (DOT, inmiddels versie IV)! Dit project beoogt de huidige DBC-productgroepen te vervangen door minder kosten- en werklathomogene zorgproducten, de zorgactiviteitentabel uit te breiden, en zorgzwaarte en multidisciplinaire DBC's te introduceren. Een belangrijk onderdeel is echter ook de koppeling van DBC-diagnosen aan de ICD 10-classificatie (officieel: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision). De bedoeling daarvan is dat DBC's uiteindelijk afgeleid kunnen worden van ingevoerde gegevens (zoals verrichtingen, opname, etc.) en de door een arts opgegeven diagnose volgens ICD 10. Mogelijk worden rOP's daarvoor essentiële verrichtingen.

Het is vooralsnog de bedoeling dat in 2012 vrije prijsvorming mogelijk wordt. Dit is echter afhankelijk van een beoordeling van het B-segment en de besluitvorming in een nieuw kabinet. Vanaf 2012 zullen de grenzen binnen Europa verder open gaan, waardoor ook buitenlandse bedrijven zich op de Nederlandse gezondheidszorg zullen richten. Mogelijk staan er al eerder ingrijpende veranderingen te gebeuren (zie bijvoorbeeld de overname van het Slotervaart Ziekenhuis).

Opmerkingen

Naar aanleiding van de cursus gegeven door de heer Cuppen (MemoRad 2007;12(4):48-9) zijn nog enkele opmerkingen te maken:

- tijdwaardering voor een punt wordt niet jaarlijks berekend; het uurtarief is geïndexeerd, dus de geldwaarde van een punt verandert wel jaarlijks (afgezien van lokale afspraken);
- punten zijn overigens geen officiële eenheid in de DBC-systematiek, maar enkel binnen de NVvR;
- zorg t.b.v. de ICU kan ook als zodanig worden geregistreerd, doch voorlopig enkel middels een telcode 51;
- er bestaat geen verplichting dat het gemiddelde uurtarief per ziekenhuis uitkomt op het geïndexeerde uurtarief (in 2006 132,50 euro); het meerdere zal het ziekenhuis echter op andere manieren moeten kunnen genereren;
- in de tarieftabellen wordt altijd uitgegaan van het geïndexeerde uurtarief; een ander bedrag voor honorarium in rekening brengen is een economisch delict;
- ook een foutieve DBC registreren voor zorg waarvoor (nog) geen officiële DBC bestaat, wordt vooralsnog door de NZa beschouwd als een economisch delict;
- voor CT cardio, MR cardio en CT colon zijn geen DBC's aangevraagd, maar erkenning als kosten- en honorariumdragende ondersteunende producten (rOP's); de eerste twee zijn ook aangevraagd door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie!

D.G.M. Sanders,
Hoofddorp, 24 februari 2008

Literatuur

1. Tariefboek medisch specialisten. Utrecht: College Tarieven Gezondheidszorg; 2004.
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision, Second edition. Geneva: World Health Organization; 2005.
3. Algra P, Maes R. DBC-cursus deel 2 - een beknopt verslag. MemoRad 2007;12(4):48-9.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.