

DBC's niet populair in de ggz

Onder bovenstaande titel werd in *De Psychiater 3* het onderzoek gepresenteerd dat Lars Tummers deed onder psychiaters, psychotherapeuten en psychologen over het in 2008 ingevoerde DBC-systeem. In het artikel wordt de conclusie getrokken dat professionals niet tevreden zijn over de DBC's, hoewel men de doelen van transparantie, efficiency en keuzevrijheid voor de patiënt in grote meerderheid wel ondersteunt.

Als er grote onvrede is onder een meerderheid van de professionals, kan dat een belangrijk signaal zijn. Het is dan interessant om te onderzoeken waarover men dan zo ontevreden is, en wat men als alternatief ziet. Jammer genoeg geeft het artikel daar weinig inzicht in. Uit alle aangehaalde inhoudelijke kritiekpunten op het DBC-systeem blijkt juist onvoldoende kennis van het DBC-systeem zelf.

“DBC's geven de illusie van vergroten van kwaliteit, transparantie en doelmatigheid. Maar hoe dan te verklaren dat de (somatische) zorg zoveel duurder is gaan uitvallen?”

Een vergelijking met de somatische zorg is verwarrend, omdat de basis van de DBC's in de ggz fundamenteel anders is dan die van de DBC's in de somatische zorg. In de somatische zorg wordt op grond van een diagnose een DBC geopend en gedeclareerd. De DBC-tarieven zijn vastgesteld op grond van welke zorg gemiddeld genomen voor deze diagnose geleverd zou moeten worden. In de ggz wordt met het stellen van een diagnose een DBC geopend. Alle tijd die aan de patiënt besteed wordt, wordt genoteerd. Aan het eind van de behandeling, of na een jaar, wordt de DBC gesloten en de daadwerkelijk bestede tijd in rekening gebracht, in grove categorieën naar diagnose (bijvoorbeeld depressie) en tijd (bijvoorbeeld 800-1.800 minuten). De consequenties die de invoering van een DBC-systeem in de ggz kan hebben op het totale budget, zijn dus wezenlijk anders dan in de somatische zorg. Het loont zich in de ggz niet snel om meer DBC's te gaan openen, omdat drie DBC's met weinig minuten niet snel meer opleveren dan één DBC met veel minuten.

“Het lijkt winstgevender om iemand met een milde depressie te behandelen dan iemand met autisme.” En “Mijn angst is dat complexe problematiek geweerd gaat worden omdat het te duur is.” De huidige tarieven geven geen aanleiding tot deze angst. De tarieven liggen voor de verschillende diagnoses zelfs redelijk dicht bij elkaar. De DBC-prijs voor depressie 800-1.799 minuten is 1.979 of 2.272 euro, afhankelijk van of farmacotherapie wel of geen onderdeel van de behandeling was. Voor

pervasieve ontwikkelingsstoornis is het tarief voor dezelfde tijds categorie 2.100 euro, duurder dus dan de milde depressie die meestal niet met farmacotherapie behandeld wordt. Daarbij zijn de DBC-tarieven gebaseerd op tijdsregistraties van de daadwerkelijk bestede tijd door verschillende professionals. Een DBC-prijs voor langdurige intensieve behandelingen kan lager zijn doordat gemiddeld genomen bij die patiëntencategorie een groot deel van de behandeling door een SPV wordt uitgevoerd, die goedkoper is dan een psychotherapeut of psychiater. Voor een instelling is dat geen reden die hele patiëntencategorie links te laten liggen: het levert misschien minder op, maar het kost ook minder.

“De tijdsgrenzen zijn te ruim. Of de behandeling nou 13 of 30 uur duurt, je krijgt hetzelfde bedrag vergoed. Als je een patiënt wat hoger indiceert kun je een andere DBC invoeren met een hogere vergoeding.”

De tijdsgrenzen zijn inderdaad ruim. Dat het systeem daarmee een prikkel zou geven om “wat hoger te indiceren” is echter onjuist, omdat de DBC-categorie pas bepaald wordt bij afsluiting, op grond van de daadwerkelijk bestede tijd, in plaats van de geïndiceerde tijd. Natuurlijk kunnen professionals die op eigen gewin uit zijn, nog net een paar minuten extra administratietijd schrijven om net over een tijdsgrens heen te gaan en daarmee in een gunstiger categorie te kunnen declareren. Het is waar dat 1.801 minuten veel meer oplevert dan 1.799 minuten. Verzekeraars zullen als ze slim zijn echter monitoren of er organisaties zijn die net altijd op het gunstige moment afsluiten, dus het is maar de vraag of we daar op lange termijn voordeel bij hebben.

Dat een groot deel van de professionals sceptisch is over het DBC-systeem kan aanleiding geven tot bezorgdheid. De geciteerde kritiek laat echter vooral een gebrek aan kennis zien over het DBC-systeem. Het kan natuurlijk zijn dat deze citaten ongelukkig gekozen zijn. Maar als dat niet het geval is, dan kan uit het onderzoek vooral worden geconcludeerd dat onbekend onbemind maakt.

Natasja van de Weg, psychiater

‘UIT HET ONDERZOEK KAN VOORAL WORDEN GECONCLUDEERD DAT ONBEKEND ONBEMIND MAAKT’

Feiten en fictie

Reactie op ingezonden brief

Naar aanleiding van het artikel met als titel 'DBC's niet populair in de ggz' heeft mevrouw Van de Weg een reactie gestuurd naar *De Psychiater*. Ik wil daar graag op reageren.

Waarom zijn sommige zorgprofessionals ontevreden?

"Als er grote onvrede is onder een meerderheid van de professionals, kan dat een belangrijk signaal zijn. Het is dan interessant om te onderzoeken waarover men dan zo ontevreden is, en wat men als alternatief ziet. Jammer genoeg geeft het artikel daar weinig inzicht in." Het interview gaf inderdaad weinig inzicht in waarover men precies ontevreden is. In een eerder verschenen artikel¹ hebben we factoren onderzocht die de bereidheid van zorgprofessionals om te willen werken met de DBC-regelgeving bepalen. Dit geeft inzichten in de ontevredenheid. Hieruit blijkt dat de belangrijkste reden waarom zorgprofessionals niet willen werken met de DBC-regelgeving is dat volgens hen de doelen van de DBC-regelgeving niet worden bereikt (gemiddeld 3,3 op schaal 1-10). Andere belangrijke oorzaken zijn dat zorgprofessionals het gevoel hebben dat de DBC-regelgeving niet waardevol is voor hun eigen cliënten (gemiddeld 3,3) en een lage ervaren autonomie bij de uitvoering van het beleid (gemiddeld 4,6). Gezien deze factoren is de bereidheid om met de DBC-regelgeving te werken gemiddeld genomen laag (4,3). Er zijn overigens ook een aantal zorgprofessionals die zeer positief tegenover de DBC-regelgeving staan en het gevoel hebben dat de doelen wel worden bereikt.

Wat zijn mogelijke alternatieven?

Het interview gaf volgens mevrouw Van de Weg niet volledig aan wat mogelijke alternatieven waren. Het totale onderzoek geeft hier meer inzicht in. In de vragenlijst hebben we een open vraag gesteld over de ideeën om de DBC-regelgeving te verbeteren. 122 zorgprofessionals geven hier aan dat volgens hen de DBC-regelgeving moet worden afgeschaft, en sommigen geven aan dat de ggz terug moet naar het oude systeem op basis van verrichtingen. Dit is een alternatief, alhoewel de haalbaarheid hiervan niet erg groot lijkt. Hiernaast geven de zorgprofessionals een aantal alternatieven die vooral betrekking hebben op het verbeteren van de DBC-regelgeving, zoals vermindering van administratieve lasten, het simplificeren van de DBC-structuur en een betere waarborging van de privacy voor de patiënt.²

Feiten en fictie

Tot slot wil ik ingaan op de verbeterpunten zoals genoemd in het interview. Zijn dit werkelijk verbeterpunten, of gaat het hier om een gebrek aan kennis van de zorgprofessional? Zoals mevrouw Van de Weg het verwoordt: "de geciteerde kritiek laat vooral een gebrek aan kennis zien over het DBC systeem. Het

kan natuurlijk zijn dat deze citaten ongelukkig gekozen zijn. Maar als dat niet het geval is, dan kan uit het onderzoek vooral geconcludeerd worden dat onbekend ombemind maakt". De verbeterpunten zijn slechts enkele illustraties van de door zorgprofessionals genoemde verbeterpunten. Een deel hiervan is feitelijk waar. Zo is het net over tijdsgrenzen heengaan financieel zeer voordelig. Het gaat hier niet alleen om een gebrek aan kennis. Aan de andere kant kan een rechtstreekse vergelijking met de somatische zorg inderdaad verwarrend zijn, zoals mevrouw Van de Weg terecht aangeeft.

Meer in het algemeen gaat de opmerking van mevrouw Van de Weg over het verschil tussen feitelijke verbetermogelijkheden (feiten) en gepercipieerde verbetermogelijkheden, die in werkelijkheid geen echte verbetermogelijkheden zijn (fictie). Ten eerste is duidelijk dat de DBC-regelgeving op een aantal punten daadwerkelijk moet worden verbeterd, en gaat het hier niet om een 'onjuiste' perceptie van de zorgprofessionals. Zo lijken financieel perverse prikkels daadwerkelijk te bestaan, zoals blijkt uit de ophef over *upcoding*. Ook hebben sommige zorgprofessionals fundamentele bezwaren tegen diagnosticeren via DSM-IV. Maar er zijn waarschijnlijk ook gepercipieerde problemen van de DBC-regelgeving die in werkelijkheid geen inhoudelijke problemen zijn. De vraag is of dit minder erg is. Personen gedragen zich op basis van hun perceptie van de werkelijkheid, niet op basis van 'de werkelijkheid' zelf. Wanneer er een negatieve beeldvorming ontstaat over de DBC-regelgeving, kan dit vergaande consequenties hebben, zoals protesten tegen de DBC-regelgeving. Ook hier kunnen verbeteringen worden voorgesteld, maar deze beslaan niet direct de inhoud. Het gaat bijvoorbeeld over het beter communiceren van de werkelijke kenmerken van de DBC-regelgeving, iets wat mevrouw Van de Weg doet.

De ontevredenheid van zorgprofessionals heeft waarschijnlijk te maken met zowel feitelijke problemen van het systeem, als met een aantal meer fictieve problemen. Aan beide moet aandacht worden besteed om te komen tot een betere DBC-regelgeving die meer draagvlak heeft bij zorgprofessionals.

Lars Tummers, MSc, docent veranderingmanagement en promovendus, Erasmus Universiteit Rotterdam, departement Bestuurskunde

¹ Steijn, A.J., Tummers, L.G., & Bekkers, V.J.J.M. (2010). Explaining willingness of public professionals to implement public policies: Content, context and personality characteristics. *USBO Conference 'Public Matters'*, Utrecht University.

² Tummers, L. G. (2010). *De bereidheid van GGZ-professionals om te werken met DBC's: Eerste resultaten van een onderzoek onder 1.300 zorgprofessionals*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.