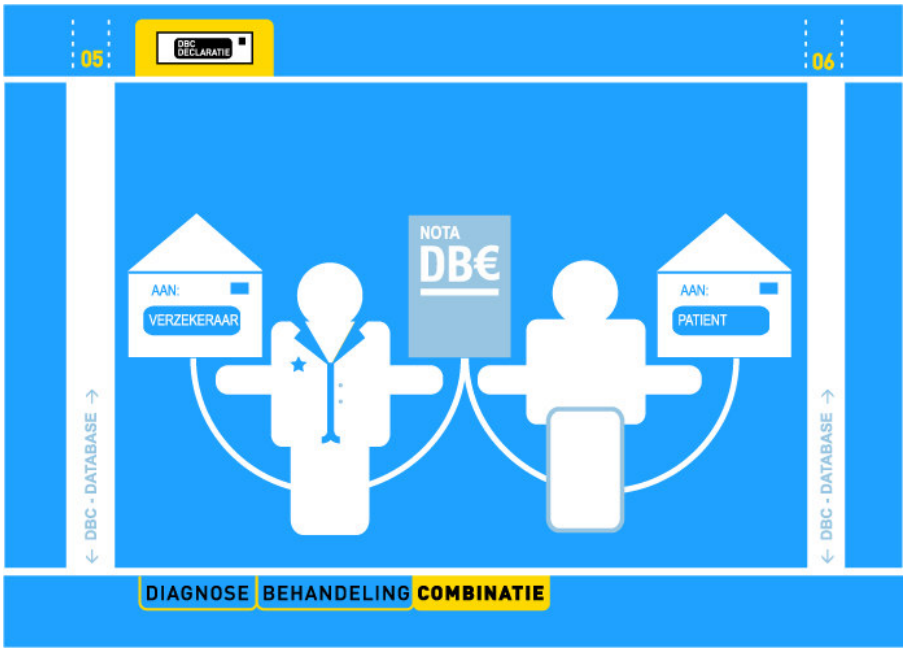
Eindrapport Taskforce DBC Declaraties

Oktober 2006



zkn

NVZ vereniging van ziekenhuizen

Zorgverzekeraars Nederland

Orde van Medisch Specialisten

NFU NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

VHTG

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 bevat een inleiding omtrent de invoering van de DBCs, en met name welke monitoring sinds de invoering in 2005 plaatsvindt.

In hoofdstuk 2 wordt de aanleiding voor het onderzoek door de taskforce uiteengezet.

Hoofdstuk 3 geeft de gevolgde aanpak van de Taskforce weer.

In hoofdstuk 4 worden de processen omtrent het registreren, valideren, declareren en controleren van DBCs geschetst. De registratie-instructies, die een grote rol spelen in deze problematiek, komen hierin aan bod, alsmede de controles die het DBC proces omgeven.

Hoofdstuk 5 geeft de resultaten weer van het onderzoek dat Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting en de taskforce hebben uitgevoerd naar de declaratieproblematiek.

Hoofdstuk 6 toont de financiële consequenties van de onderzoeksbevindingen.

Hoofdstuk 7 geeft de conclusies en aanbevelingen van de taskforce weer.

Dit rapport bevat een aantal bijlagen waaraan in de tekst gerefereerd wordt.

bijlage 1, Eerste analyse verdachte DBC declaraties, Vektis 15 juni 2006
bijlage 2, Onderzoeksrapportage eerste analyses DBC-declaraties, ZN/Vektis juli 2006
bijlage 3, Declaraties Beter Controleerbaar, NZa, augustus 2006
bijlage 4, Registratievariabiliteit, SDO/Casemix, 23 september 2006
bijlage 5, Declaratievariabiliteit ZBC's, Vektis, 30 augustus 2006

Inhoudsopgave

MANAGEMENTSAMENVATTING **4**

1. INLEIDING **7**

2. AANLEIDING OPRICHTING TASKFORCE **8**

3. AANPAK ONDERZOEK **9**

3.1. OPDRACHTFORMULERING TASKFORCE 9
3.2. INRICHTING VAN DE TASKFORCE 10
3.3. ROL VAN DE VEEGPLOEG 11
3.4. HET DBC INFORMATIESYSTEEM (DIS) 11

4. DBC REGISTRATIE, VALIDATIE, DECLARATIE EN CONTROLE **12**

5. RESULTATEN **14**

5.1. ALGEMEEN 14
5.2. OPDRACHT 1, ZN STELT BRONGEGEVENS EN RAPPORTAGE BESCHIKBAAR TER NADERE ANALYSE EN VERIFICATIE 14
5.3. OPDRACHT 2, CTG/ZAIO GAAT NA OF ER IN STRIJD MET DECLARATIEBEPALINGEN IS GEDECLAREERD. 17
5.4. OPDRACHT 3, DE TASKFORCE VERIFIEERT DE RESULTATEN VAN VEKTIS, EN ONDERZOEKT OF ER NAAST DE VIER CATEGORIEËN UIT DE ANALYSE VAN VEKTIS NOG ANDERE DBC DECLARATIES ZIJN WAAR (TE) VEEL VARIATIE VOORKOMT. 20
5.4.1. ALGEMEEN 20
5.4.2. VERIFICATIE EN NADERE ANALYSE VAN DE UITKOMSTEN VAN HET VEKTIS ONDERZOEK. 21
5.4.3. BREDE ORIËNTATIE VAN DE DECLARATIEPROBLEMATIEK ALS GEVOLG VAN REGISTRATIEVARIABILITEIT. 22
5.4.4. RESUMÉ 24

6. FINANCIËLE GEVOLGEN **25**

6.1. AANBIEDERS EN VERZEKERAARS 25
6.2. PATIËNTEN 26

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN **28**

Managementsamenvatting

In het voorjaar van 2006 werd duidelijk dat, als er niet ingegrepen werd, sprake zou zijn van overdekking van ziekenhuisbudgetten in 2005. Overdekking kan zijn oorzaak hebben in een verkeerd geschat volume of tarief van DBCs, of een onjuist verrekenpercentage[1]. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderscheidde echter ook een viertal situaties in het declaratieverkeer die hen vreemd voorkwamen, en die wellicht bijdragen aan overdekking. Deze vier situaties zijn:

1 spoedeisende hulp DBCs worden samen met reguliere DBCs met een looptijd van één dag op de zelfde dag gedeclareerd. In deze situatie zou de patiënt zich zowel spoedeisend presenteren (op bijvoorbeeld een spoedeisende hulp afdeling (SEH)[2]) als een regulier polikliniek bezoek afleggen;
2 er worden dubbele Spoedeisende hulp DBCs op één dag gedeclareerd. In deze situatie zou de patiënt zich meer dan één keer per dag spoedeisend presenteren;
3 er komen klinische DBCs met een looptijd van één dag voor. In deze situatie is de patiënt één dag opgenomen geweest, waarbij de opname als klinisch beschouwd wordt, in plaats van als dagopname;
4 er komen meerdere DBCs met de zelfde diagnose per patiënt per jaar voor. De patiënt zou in deze situatie meer dan één keer per jaar afzonderlijke ziektegevallen met een zelfde diagnose gekend hebben.

Zorgverzekeraars Nederland heeft Vektis BV gevraagd een eerste analyse (quickscan) uit te voeren naar de omvang van deze gesignaleerde probleempunten. Doel van dit onderzoek is om een indruk te krijgen in hoeverre het gebruik van DBC's als declaratiesystematiek een (deel van de) verklaring zou kunnen zijn van de overdekking. De conclusie van het onderzoek is dat er over het jaar 2005 in totaal 566 miljoen teveel aan DBCs gedeclareerd is. Op 16 juni 2006 kwamen de resultaten van dit onderzoek terecht in de media. Dit leidde tot veel ophef. Door termen als 'verdacht' en 'manipuleerbaar' werd de suggestie gewekt dat het systeem opzettelijk misbruikt wordt. De aanbieders (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Federatie van Universitair medische centra en Zelfstandige Klinieken Nederland) wezen zowel de stelling dat deze categorieën onterecht waren als de suggestie van fraude met kracht van de hand.

Om deze problematiek adequaat aan te pakken werd daags na het bekend worden van de resultaten door de minister een brede aanpak neergelegd. Onderdeel daarvan is het instellen van een taskforce die enerzijds de resultaten van het Vektis onderzoek nader moet analyseren en verifiëren, en anderzijds moet vaststellen of er mogelijk nog andere 'verdachte' categorieën DBCs zijn. CTG/ZAio kreeg expliciet de opdracht om na te gaan of ziekenhuizen en medisch specialisten in strijd met de vigerende declaratiebepalingen gehandeld hebben.

Inmiddels hebben Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit en Stichting DBC Onderhoud (deze laatste in opdracht van de taskforce) nader onderzoek gepleegd naar de problematiek. Allen noemen een zelfde hoofdoorzaak: de declaratiebepalingen, met name de typeringsinstructies, kunnen verschillend geïnterpreteerd worden. Deze interpretatieverschillen spitsen zich toe op parallelliteit en serialiteit, dus welke DBCs wel en niet naast elkaar en achter elkaar mogen voorkomen. Tevens blijken de instructies per specialisme afwijkingen te vertonen, waardoor situaties bij het ene specialisme toegestaan zijn en bij een ander specialisme niet. Daarenboven worden bepaalde instructies als niet passend in de geest van het systeem ervaren. Er is dus niet zozeer sprake van onrechtmatige DBCs, als wel van DBCs die veel variatie vertonen of niet stroken met de oorspronkelijke doelstellingen van het DBC systeem.

Nadere analyse bij de aanbieders laat zien dat er tussen aanbieders onderling verschil van interpretatie van instructies lijkt te bestaan, afgaand op het wisselende declaratiegedrag. In die zin is er ook daar geen uniforme invulling van de geest van het systeem.

1 In de loop van 2006 heeft CTG/ZAio het verrekenpercentage inderdaad verlaagd om zo de dekking te sturen.
2 Het criterium voor het vastleggen van een spoedeisende DBC is dat een patiënt zich spoedeisend presenteert. Dit hoeft niet persé op een Spoedeisende Hulp afdeling (SEH) te zijn.

Daarmee is het probleem helder:

1 er heerst verschil van inzicht over het al of niet terecht zijn van bepaalde categorieën DBCs. Verschil van inzicht bestaat omdat de letter van de DBC regelgeving ruimte laat voor interpretatieverschillen, en sommige instructies in tegenspraak lijken te zijn met uitgangspunten van het DBC systeem
2 ziekenhuizen vertonen verschillend declaratiegedrag, dat mogelijk uit deze verschillende interpretaties voortkomt, maar ook veroorzaakt kan worden door andere factoren zoals medisch inhoudelijke, geografische of bedrijfsmatige verschillen.

Ad. 1 Aan CTG/ZAio is gevraagd om na te gaan of ziekenhuizen en medisch specialisten in strijd hebben gehandeld met de declaratiebepalingen. De NZa heeft geantwoord op deze vraag. Vanwege de ruimte in de instructies en bepalingen kan de NZa geen uitspraken doen over de rechtmatigheid. Wel wordt gesteld dat eventuele financiële gevolgen nihil zijn; er is geen sprake van financieel gewin.

Ad. 2 Stichting DBC Onderhoud heeft in opdracht van de taskforce nader onderzoek gedaan naar de registratievariabiliteit. Hierbij is als uitgangspunt genomen dat het meest voorkomende gedrag de algemene interpretatie en beleving van instructies weergeeft, en de áfwijkingen ten opzichte hiervan een maat zijn voor ongewenste interpretatieruimte. Hiermee wordt niet gesteld dat dit gemiddelde gedrag 'juist' is, het wordt enkel als maat gesteld. 'Juist' is een term die middels beleidsmatig overleg invulling krijgt, en in instructies en declaratiebepalingen uitgedrukt wordt. De hoofdconclusie uit dit nadere onderzoek is dat variabiliteit voorkomt op 9 specifieke onderzoeksgebieden, en dat deze statistisch bepaalde variabiliteit circa 1,2% van de DBC omzet representeert.

De geconstateerde variabiliteit is een probleem in het DBC systeem. In een situatie van verdere liberalisering vallen vangnetten weg en kan er sprake zijn van financieel gewin. Het is dus zaak het DBC systeem zodanig te verbeteren dat de problematiek zoals in dit rapport geschetst, niet meer voor kan komen.

Daarmee trekt de Taskforce de volgende hoofdconclusies:

1. ZN heeft onderzoek gedaan naar categorieën DBCs die voortkomen uit multi-interpretabele instructies, of die niet passen in de uitgangspunten van het DBC systeem, zoals die door ZN gehanteerd worden.

2. Uit nader onderzoek door de taskforce blijken DBCs uit negen risicogebieden op verschillende wijze, doch binnen de huidige regels, gedeclareerd te worden. Met deze statistisch bepaalde variatie gaat circa 1,2% van de DBC omzet gepaard. Deze variatie in declaratie moet weggenomen worden door het mono-interpretabel maken van het DBC systeem, met name de instructies en declaratiebepalingen. Dit is een voorwaarde voor verdere liberalisering.

3. De FIOD/ECD heeft in de onderzoeken en hun resultaten geen aanleiding gezien een onderzoek te starten naar frauduleus gedeclareerde DBCs.

4. De taskforce onderschrijft de conclusies van ZN/Vektis en NZa dat de financiële gevolgen van de declaratie variabiliteit zijn nihil. Er is geen sprake van financieel gewin.

5. Het huidige DBC systeem kent nog enkele kinderziekten. Zo maken de huidige verschillen in instructies tussen specialismen het lastig om een universele controle toe te passen. Het uitblijven van snelle oplossingen van kinderziekten leidt tot pragmatische werkwijzen, die inderdaad niet altijd in de geest van het systeem zijn. De validatie module biedt nog niet in alle gevallen een sluitende controle, mede veroorzaakt door multi-interpretabele instructies.

6. De kaderregeling AO/IC moet effectiever toegepast worden. Naast techniek zal er altijd toezicht op het proces en de inhoud nodig zijn. Duidelijk is dat, ondanks het in werking zijn van een kaderregeling, het toch mogelijk was dat de DBC declaraties op onderdelen afweken van dat wat de verzekeraars verwachtten.

De conclusies onderstrepen het belang van een verbetering van het DBC systeem, zoals die op dit moment door de NVZ namens de sector op basis van 'DBCs: eenvoudig beter' ter handgenomen wordt. Tegelijkertijd is een beoordelingskader in de maak die het de onderhoudspartijen mogelijk maakt om een meer objectieve invulling te geven aan de geest van het DBC systeem. Gecombineerd met de beleidsmatige doorontwikkeling zoals beschreven in de brief 'Ruimte voor betere zorg' zijn daarmee essentiële voorwaarden geschapen voor het vervolmaken van het DBC systeem. Een goed gevuld DBC Informatie Systeem (DIS) maakte het mede mogelijk deze conclusies te trekken.

Op basis van de conclusies doet de taskforce een aantal aanbevelingen.

1. Aanscherpen registratie- en declaratievoorschriften.
De vraag of registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt moeten worden, is op basis van de onderzoeksresultaten van ZN, CTG/Zaio en de taskforce met een volmondig 'ja' te beantwoorden. Verschillen tussen de specialismenspecifieke instructies omtrent momenten van openen en sluiten van DBCs, parallelliteit, serialiteit en looptijd dienen zo veel mogelijk weggenomen te worden. Het registratieproces verloopt daardoor meer uniform, de DBCs worden daardoor meer herkenbaar, en het is eenvoudiger voor de aanbieder en de zorgverzekeraar om standaardcontroles toe te passen. In de uitvoering van deze aanbeveling kan aangehaakt worden bij de recent gestarte werkgroep uniformering instructies van Stichting DBC Onderhoud.

2. Effectiever toepassen van de kaderregeling AO/IC.
De kaderregeling AO/IC zal vooral qua toepassing geëvalueerd moeten worden op doelmatigheid betreffende het bereiken van juiste, tijdige en volledige DBCs. In de uitvoering van deze aanbeveling kan aangehaakt worden bij een overleg dat reeds onder regie van ZN plaatsvindt met NVZ, NFU, ZN, Coziek, NZa, CTZ en OMS.

3. Aanvullende instructies voor risicogebieden.
Het onderzoek van Vektis, aangevuld door het onderzoek van SDO/Casemix, heeft een aantal evidente risicogebieden aangetoond, die ook voldoende gekwantificeerd zijn. Uniformering van de instructies en de declaratieregels is noodzakelijk om deze risicogebieden weg te nemen. Dit kan echter enige tijd in beslag nemen. Het is zeer wenselijk dat er op korte termijn ten aanzien van deze risicogebieden aanvullende instructies komen, die specialisme overstijgend zijn. Het karakter van deze instructies is 'mag niet, tenzij…', en ze kunnen dienen als een addendum op bestaande instructies. Op deze wijze zouden ze deel uitmaken van de reguliere AO/IC.

4. Vaker onderzoek naar het declaratieverkeer.
Regelmatig onderzoek naar declaraties kan nieuwe risicogebieden opsporen, en maatregelen op bestaande risicogebieden evalueren. Instructies met betrekking tot nieuwe risicogebieden zouden gedurende het jaar als een addendum aan bestaande instructies toegevoegd kunnen worden, bijvoorbeeld simultaan met de reguliere systeemaanpassingen door DBC Onderhoud.

5. Individuele declaraties vanaf 1-1-2006 niet hercontroleren.
In de brief aan de Tweede Kamer wordt onder meer gerefereerd aan de afspraak dat ziekenhuizen en verzekeraars declaraties met terugwerkende kracht tot 1-1-2006 zullen controleren. Deze afspraak was gemaakt in de veronderstelling dat partijen schade geleden zouden kunnen hebben. Nu deze schade niet aanwezig blijkt, is hercontroleren niet noodzakelijk.

1. Inleiding

Sinds 1 februari 2005 vindt de bekostiging van ziekenhuizen voor een deel, en de administratie geheel, plaats op basis van DBCs. De invoering van DBCs wordt voortdurend gemonitord en ervaringen worden verzameld, zowel op initiatief van de branchepartijen als van het Ministerie van VWS.

De monitoring in 2005 concentreerde zich in eerste instantie op de (administratieve) lasten van het systeem bij de ziekenhuizen[3] en medisch specialisten. In bestuurlijk overleg in september 2005 zijn afspraken gemaakt om deze lasten te verminderen. Daartoe hebben de Orde van Medisch Specialisten(OMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen(NVZ) inventarisaties[4][5] gehouden onder hun leden. Uit de inventarisaties bleek dat het systeem als te ingewikkeld werd ervaren. Onder regie van VWS is het gezamenlijke verbeterplan "DBCs: eenvoudig beter" opgesteld, dat 10 punten bevat om het systeem te vereenvoudigen en de hanteerbaarheid te verbeteren. Inmiddels is de uitvoering van dit plan ter hand genomen.

De schadelastontwikkeling is ook onderdeel van de monitoring. In opdracht van het ministerie worden hiertoe gegevens bij ziekenhuizen verzameld over de declaratie van DBCs en het onderhanden werk. Uit analyse van de gegevens over 2005 komt naar voren dat er sprake is van een substantiële overdekking van de budgetten van ziekenhuizen in 2005[6]. Een aantal factoren kan geleid hebben tot een schadelast die hoger is dan verwacht. Het volume aan geproduceerde DBCs, de tariefstelling van de DBCs, en het verrekenpercentage t.o.v. het FB budget zijn allen op voorhand geschat, en kunnen dus afwijken van de uiteindelijke realisatie. Er kan echter ook sprake zijn van onterecht gedeclareerde DBCs. Omdat het FB budget nog als vangnet dient, wordt de overdekking 2005 boekhoudkundig gecompenseerd in 2006, en worden correcties voor de overdekking 2005 ten behoeve van de verzekeraars doorgevoerd.

Aparte afspraken zijn gemaakt over controle op de rechtmatigheid. Intensieve monitoring leert dat het ziekenhuizen eind 2005 is gelukt om voor circa 75% te voldoen aan de eisen omtrent administratieve organisatie, die bij invoering van DBCs in sterke mate verzwaard zijn. Om de resterende 25% af te dekken zijn afspraken gemaakt over aanvullende controles op risicogebieden en het opstellen van een verbeterplan. Inmiddels heeft een ruime meerderheid van de ziekenhuizen een bestuursverklaring afgegeven over het boekjaar 2005, met daarbij een verbeterplan om tekortkomingen aan te pakken.

3 In dit stuk wordt vaak gesproken over 'ziekenhuizen'. Tenzij anders vermeld, worden hiermee algemene, universitaire en categorale ziekenhuizen en ZBC's mee bedoeld.
4 Campagne 'DBC moet. Maar dan wel goed!' van de Orde van Medisch Specialisten, september 2005 – juni 2006
5 Rapport 'Verbeteren door vereenvoudigen' van de NVZ, voorjaar 2006
6 De Tweede Kamer werd hieromtrent geïnformeerd per brief DBO-CB-U-2682919 dd. 12 juni 2006

2. Aanleiding oprichting taskforce

In het voorjaar van 2006 werd duidelijk dat, als er niet ingegrepen werd, sprake zou zijn van overdekking van ziekenhuisbudgetten in 2005. Zoals eerder gesteld kan overdekking zijn oorzaak hebben in een verkeerd geschat volume of tarief van DBCs, of een onjuist verreken-percentage[7]. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderscheidde echter ook een viertal situaties in het declaratieverkeer die hen vreemd voorkwamen, en die wellicht bij zou bijdragen tot overdekking. Deze vier situaties zijn:

1 spoedeisende hulp DBCs worden samen met reguliere DBCs met een looptijd van één dag op de zelfde dag gedeclareerd. In deze situatie zou de patiënt zich zowel spoedeisend presenteren (op bijvoorbeeld een spoedeisende hulp afdeling (SEH)[8]) als een regulier polikliniek bezoek afleggen;
2 er worden dubbele Spoedeisende hulp DBCs op één dag gedeclareerd. In deze situatie zou de patiënt zich meer dan één keer per dag spoedeisend presenteren;
3 er komen klinische DBCs met een looptijd van één dag voor. In deze situatie is de patiënt één dag opgenomen geweest, waarbij de opname als klinisch beschouwd wordt, in plaats van als dagopname;
4 er komen meerdere DBCs met de zelfde diagnose per patiënt per jaar voor. De patiënt zou in deze situatie meer dan één keer per jaar afzonderlijke ziektegevallen met een zelfde diagnose gekend hebben.

Om de omvang van deze situaties vast te stellen heeft ZN Vektis BV gevraagd deze situaties door te rekenen. Vektis beschikt hiertoe vanaf 1 januari 2005 over het informatiesysteem voor ziekenhuiszorg (IZiZ). In IZiZ worden de declaratiecijfers bijgehouden op het gebied van ziekenhuiszorg, zoals die worden aangeleverd door de zorgverzekeraars. Op 16 juni 2006 kwamen de resultaten van deze doorrekening in het nieuws. Deze vindt u in bijlage 1. In de resultaten wordt melding gemaakt van 566 miljoen aan teveel gedeclareerde DBCs. In onderstaande figuur wordt getoond hoe de 566 miljoen is verdeeld over de vier categorieën.

Omschrijving	Omvang (in mln. euro)	Te hoge kosten (in %)	Te hoge kosten (in mln. euro)
1. SEH + eendaagse reguliere DBC	154	95%	**146**
2. Dubbele SEH-DBC	9	95%	**8**
3. Klinische eendags-DBC	227	56%	**127**
4. DBC's met zelfde diagnose	660	43%	**285**
			€ 566 miljoen

Vrijwel direct na het verschijnen van het rapport ontstond er de nodige beroering in de media, maar ook onder de aanbieders, die de conclusies in het rapport bestreden. Al snel bleken er forse verschillen van inzicht te bestaan omtrent het al of niet rechtmatig kunnen voorkomen van de genoemde categorieën. Dat noopte tot een brede aanpak van de problematiek, waarin de verschillende inzichten in relatie tot de wet- en regelgeving en de DBC doelstellingen beoordeeld moesten worden. Het was zaak om de omvang van het probleem duidelijk en eenduidig vast te stellen. Eenduidige definities omtrent terechte en onterechte DBCs zijn immers een voorwaarde voor liberalisering van de prijsvorming.

7 In de loop van 2006 heeft CTG/ZAio het verrekenpercentage inderdaad verlaagd om zo de dekking te sturen.
8 Het criterium voor het vastleggen van een spoedeisende DBC is dat een patiënt zich spoedeisend presenteert. Dit hoeft niet persé op een Spoedeisende Hulp afdeling (SEH) te zijn.

3. Aanpak onderzoek

Op 21 juni 2006 is de Tweede Kamer door de minister geïnformeerd[9] omtrent het onderzoek door Vektis B.V., en is de aanpak om het probleem op te lossen, neergelegd.

3.1. Opdrachtformulering taskforce

In de brief wordt de aanpak als volgt weergegeven:

> **'Nader onderzoek en analyse van de gegevens**
> Onder mijn leiding wordt een taskforce, bestaande uit CTG/ZAio, NVZ, NFU, OMS en ZN, ingesteld die verantwoordelijk is voor een adequate aanpak van de gerezen problematiek. In eerste instantie richt de taskforce zich op verificatie en nadere analyse van de uitkomsten van Vektis. Ten behoeve hiervan zijn de volgende afspraken gemaakt:
>
> 1. ZN stelt de rapportage en brongegevens beschikbaar aan de NVZ, OMS, NFU, NPCF, CTG/ZAio en mijn departement ter verificatie en nadere analyse van de uitkomsten;
> 2. Het ministerie verzoekt CTG/ZAio om met gegevens van Vektis te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBCs in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen. Mogelijkerwijs dienen de registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt te worden. CTG/ZAio rapporteert aan het ministerie zijn bevindingen;
> 3. De taskforce, ondersteund door de veegploeg, onderzoekt op grond van gegevens van Vektis, het DBC Informatiesysteem en de gegevens van de veegploeg of er naast de vier categorieën uit de analyse van Vektis nog andere DBC declaraties zijn waar (te) veel variatie voorkomt tussen ziekenhuizen en specialismen.'

In de aanpak spelen drie partijen een rol: ZN, CTG/ZAio en de taskforce. De resultaten van deze drie partijen vindt u gebundeld in dit rapport, zodat een totaalbeeld ontstaat van oorzaken van en oplossingen voor deze problematiek.

Het onderzoek van de taskforce is niet gericht op het definiëren van 'juiste' DBCs. De juistheid van DBCs, in juridische zin, dient afgemeten te worden aan wettelijke normen. De wettelijke normen voor DBCs liggen vast in declaratiebepalingen van het CTG/ZAio, die voor een leidraad bij het registreren van DBCs verwijzen naar specifieke instructies. Deze instructies worden onderhouden door Stichting DBC Onderhoud. Het is CTG/ZAio die beziet of DBCs conform deze instructies gedeclareerd zijn. De taskforce heeft het als haar taak gezien om, als blijkt dat instructies verschillend toegepast worden en daardoor resulteren in wisselend declaratiegedrag, dit te signaleren en te kwantificeren. Daarbij is de omvang van de variabiliteit een maat voor de noodzaak tot het wegnemen van interpretatieruimte.

[9] Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer CZ-2693780, dd. 21 juni 2006

Aanvullend op de hierboven geschetste aanpak is in de brief een aantal nadere activiteiten aangekondigd:

> ‘1. Alle DBCs die vanaf 1 januari 2006 zijn gedeclareerd worden door ziekenhuizen en verzekeraars opnieuw gecontroleerd. Hier wordt nadrukkelijk ook gekeken naar controles, die zich richten op het aantal gedeclareerde DBCs per patiënt en de onderlinge logica daarvan. De huidige validatiemodule schiet hierin mogelijk tekort.
> 2. CTG/ZAio beziet of de registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt moeten worden.
> 3. Op grond van gegevens van Vektis benadert de veegploeg in opdracht van VWS ziekenhuizen die het meest afwijkende registratiegedrag vertonen.
> 4. Voor 2005 zijn naar aanleiding van signalen dat ziekenhuizen geen volledige goedkeurende bestuurs- en accountantsverklaring voor de administratieve processen konden overleggen nadere controleafspraken gemaakt. Onderdeel hiervan is dat ziekenhuizen in 2006 een verbeterplan voor de administratieve processen moeten opstellen. Onderzoek wordt uitgezet naar de werking van de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle bij ziekenhuizen en de voortgang van de verbeterplannen.
> 5. De verrekentarieven worden door het CTG/ZAio aangepast om overdekking voor het jaar 2006 te voorkomen.’

3.2. Inrichting van de taskforce

Direct na het informeren van de Tweede Kamer is een werkgroep op ambtelijk niveau ingesteld die, onder leiding van VWS, een oprichtingsnotitie heeft opgesteld waarin opdracht, kaders, samenstelling en tijdsplanning nader gepreciseerd zijn. Op basis van deze notitie is de taskforce op directieniveau opgericht op 14 juli 2006. In de oprichtingsnotitie wordt nadrukkelijk vermeld dat CTG/ZAio de partij is die uitspraken over rechtmatigheid zal doen. Direct na instellen van de werkgroep is ook het inhoudelijk onderzoek in gang gezet. Daardoor kon er al bij de formele oprichting van de taskforce op hoofdlijnen gerapporteerd worden over resultaten.

In de werkgroep participeren vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire medisch centra (NFU), Orde van Medisch Specialisten (OMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Stichting DBC Onderhoud (SDO), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Vektis B.V. en Casemix BV. De werkgroep staat onder leiding van het ministerie van VWS.

Op verzoek van CTG/ZAio participeert een onafhankelijk waarnemer van CTG/ZAio in de Taskforce. Het CTG/ZAio rapporteert haar bevindingen separaat aan het ministerie van VWS.

Verificatie en nadere analyse van het Vektis onderzoek, alsmede het onderzoek naar mogelijk andere categorieën DBCs, wordt uitgevoerd in opdracht van de taskforce. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Stichting DBC Onderhoud. Deze heeft de firma Casemix ingeschakeld als onderaannemer. De verificatie en het onderzoek naar andere categorieën wordt in dit rapport aangeduid als het SDO/Casemix onderzoek. Tijdens het onderzoek worden gegevens uit het DBC informatiesysteem gebruikt. Er worden in het kader van de nadere analyse en het verdere onderzoek geen bezoeken aan specifieke ziekenhuizen afgelegd.

3.3. Rol van de veegploeg

Tijdens de oprichtingsfase werd duidelijk dat de rol van de veegploeg helder gespecificeerd moest worden. De veegploeg handelt in opdracht van VWS, en gebruikt bij haar werkzaamheden gegevens welke door de firma Casemix middels zogenaamde DBC speurders verzameld worden. Indien nodig kan de veegploeg bezoeken aan specifieke ziekenhuizen afleggen. Inzichten welke in het verleden door de veegploeg verkregen zijn, staan aan de Taskforce ter beschikking.

3.4. Het DBC informatiesysteem (DIS)

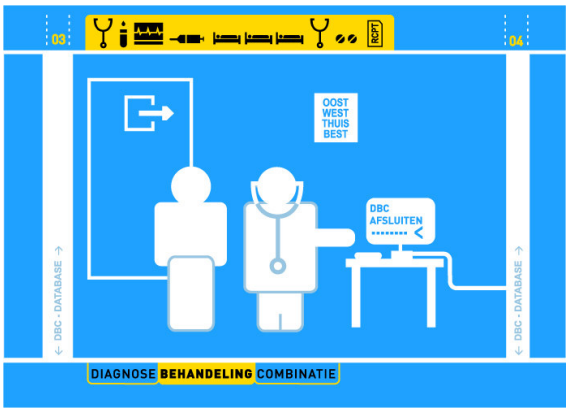
In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van gegevens uit het DBC informatiesysteem (DIS). Het DIS bevat gegevens over gedeclareerde DBCs uit de Nederlandse algemene en academische ziekenhuizen. Primaire doelstelling van het DIS is het verzamelen van DBC gegevens zodat het DBC systeem en de DBC productstructuur verder ontwikkeld kunnen worden. De aanleverende ziekenhuizen hebben een aanleverovereenkomst gesloten met de DIS organisatie, waarin afspraken over eigendom, gebruik en afnemers van de gegevens vastgelegd zijn. Het onderzoek is zodanig uitgevoerd dat deze afspraken gerespecteerd zijn.

4. DBC registratie, validatie, declaratie en controle

Alvorens de onderzoeksresultaten gepresenteerd worden, geeft dit hoofdstuk inzicht in het proces van DBCs registreren en declareren, en de controles die daarop van toepassing zijn.

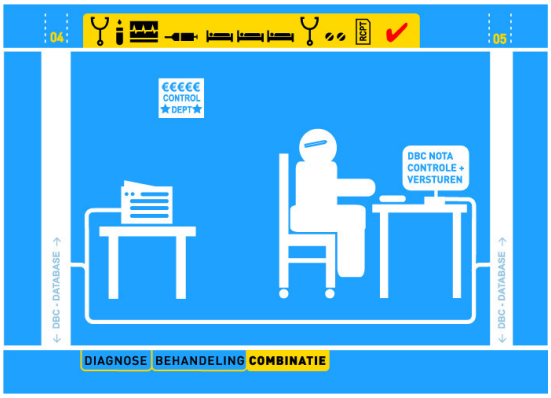
In het huidige DBC proces is een aantal stappen te onderkennen.

registreren



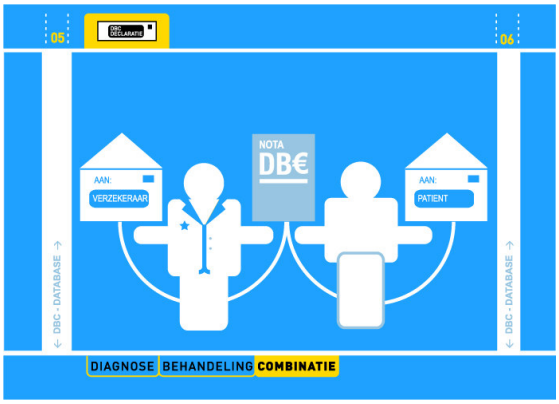
Het proces start met het openen van een DBC door de arts. Met behulp van de codes zorgtype, zorgvraag[10], diagnose en behandelcode typeert de verantwoordelijke specialist vervolgens het zorgtraject door het vastleggen van deze codes in een geautomatiseerd systeem (meestal het Ziekenhuis Informatie Systeem). Als de behandeling is afgelopen, sluit de arts de DBC middels het vastleggen van een sluitingsdatum. De arts gebruikt bij de registratie de DBC typeringslijsten en –instructies. Beide zijn opgesteld in afstemming met de wetenschappelijke verenigingen, en worden onderhouden door SDO. De instructies maken deel uit van de declaratiebepalingen van het CTG/ZAio. De instructies bevatten per specialisme onder andere aanwijzingen over het moment van openen en sluiten van een DBC, de keuze van het juiste zorgtype, diagnose- en behandelcode, en het omgaan met parallelle DBCs.

valideren



Elke gesloten DBC wordt aangeboden aan de validatiemodule. Deze validatiemodule voert twee bewerkingen uit. Allereerst worden alle verrichtingen welke zich in de looptijd van de DBC bij de betreffende patiënt en het betreffende specialisme hebben voorgedaan, gekoppeld aan de DBC. Vervolgens wordt, op basis van landelijke tabellen, bepaald of het gevonden verrichtingenpatroon past bij de DBC typering die de arts aan het traject gegeven heeft. Als dat niet het geval is, wordt de DBC afgekeurd en opnieuw aan de arts aangeboden. Als de DBC typering correct is, wordt de DBC verder geleid naar de declaratie.

declareren



Als de DBC in de validatie is goedgekeurd, wordt deze gedeclareerd aan de patiënt of zorgverzekeraar. Dit geschied in de vorm van één declaratiecode (die de samenstelling van het tarief representeert) en een prestatiecode (die de typering door de arts weergeeft). Het merendeel van de declaraties wordt elektronisch verstuurd naar de verzekeraar van de patiënt. Een klein deel van de facturen wordt op papier naar de patiënt gestuurd (bij onverzekerde zorg, of als dat in de polisvoorwaarden is overeengekomen).

[10] De zorgvraag wordt niet door alle specialismen gebruikt

controle
Het hele DBC proces is onderhevig aan een aantal controles, ter waarborging van de betrouwbaarheid van het systeem. Deze controles zijn gestoeld op de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (kaderregeling AO/IC).
Naast de kaderregeling gelden ook controles aangaande de registratie van verrichtingen, met name de huidige FB-budgetparameters. Een juiste registratie van verrichtingen cq. zorgactiviteiten zal altijd van belang blijven voor verbetering van de productstructuur en kostentoedeling naar DBCs.
Daarnaast blijft deze registratie van essentieel belang om, via de validatiemodule, de juistheid van de geregistreerde en gedeclareerde DBC te bepalen.

De kaderregeling bevat met betrekking tot 2005 de volgende onderdelen:

1. Het ziekenhuis dient de landelijke typeringslijsten en –instructies te volgen.
2. De accountant van de instelling dient er bij zijn controles op toe te zien dat het registratie-validatie - en declaratiemodel volgens de landelijke specificaties is gebouwd en naar behoren werkt.
3. De bestuursverklaring van de Raad van Bestuur van de instelling dient te voldoen aan de standaardtekst en eventuele beperkingen en bevindingen moeten transparant, juist en volledig weer zijn gegeven.
4. Voor het overgangsjaar 2005 wordt enige coulance betracht ten aanzien van de eisen zoals gesteld in de kaderregeling AO/IC. Dit betekent voor de ziekenhuizen dat voor de periode dat de instelling nog niet aan de kaderregeling AO/IC voldoet, aanvullende eisen worden gesteld om het risico op onrechtmatige facturering te verkleinen en tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen. Voor de beheersing van het administratieve proces dienen de volgende maatregelen getroffen te worden:
   - De rechtmatigheid van de gedeclareerde DBCs in 2005 is in beginsel geborgd door de (werking van de) validatiemodule. Ter verificatie dient de instelling in het najaar 2005 en het voorjaar 2006 extra steekproeven uit te voeren op gedeclareerde DBCs waarbij een groter materieel risico bestaat. Het betreft hier:
     i. Parallelle DBCs;
     ii. Overloop DBCs geopend vóór 2005;
     iii. Bijzonder dure DBCs (voornamelijk WBMV-zorg);
     iv. Rood/groen/oranje DBCs
   - Het ziekenhuis dient te beschrijven op welke wijze uitval uit de validatiemodule is opgelost.
   - Het ziekenhuis dient te beschrijven op welke wijze de afwikkeling van overloop DBC's is opgelost.
   - Het ziekenhuis maakt zichtbaar hoe het onderhanden werk wordt bepaald.
   - Het ziekenhuis dient bij de bestuursverklaring een verbeterplan toe te voegen.
   - Het ziekenhuis dient aan te geven wanneer het ziekenhuis verwacht volledig aan de kaderregeling AO/IC te voldoen.
5. De rapportagevorm van de accountant naar aanleiding van zijn controlewerkzaamheden is afhankelijk van de strekking van de bestuursverklaring. Indien de bestuursverklaring ongeclausuleerd is en geen (materiële) bevindingen of voorbehouden bevat ten opzichte van de voorgeschreven standaard en de accountant hierbij een goedkeurend oordeel kan geven, dan neemt de accountant zijn oordeel met betrekking tot de bestuursverklaring op in de oordeelsparagraaf van zijn assurancerapport inzake de bestuursverklaring omtrent registratie en facturering DBC. Indien de bestuursverklaring niet ongeclausuleerd is en wel (materiele) bevindingen en/of voorbehouden bevat ten opzichte van de voorgeschreven standaard, dan dient de accountant een rapport van bevindingen te verstrekken met betrekking tot de bestuursverklaring.

5. Resultaten

5.1. Algemeen

In de volgende paragrafen worden de resultaten gepresenteerd. Zoals reeds genoemd, komen ongeveer tegelijkertijd de nadere gegevens van ZN, het antwoord van CTG/ZAio en de resultaten van de taskforce beschikbaar. Uit de resultaten blijkt dat de wettelijke instructies en declaratiebepalingen die door ziekenhuizen en medisch specialisten gebruikt worden, ruimte geven voor verschillende interpretatie. De financiële gevolgen die aan vermeende misinterpretaties toegerekend worden, worden door partijen op een verschillende wijze geduid.

Dit heeft tot gevolg dat, zolang de verschillende interpretaties en uitwerkingen blijven bestaan, er niet één waarheid zal circuleren, maar meerdere, ieder vergezeld van hun eigen cijfer. Dit is geen wenselijke uitkomst. Om overzicht te krijgen, worden de diverse deelresultaten in dit hoofdstuk beschreven, inclusief achterliggende interpretaties en berekeningswijzen. Zo worden de verschillende inzichten helder, en is een afweging mogelijk.

5.2. Opdracht 1, ZN stelt brongegevens en rapportage beschikbaar ter nadere analyse en verificatie

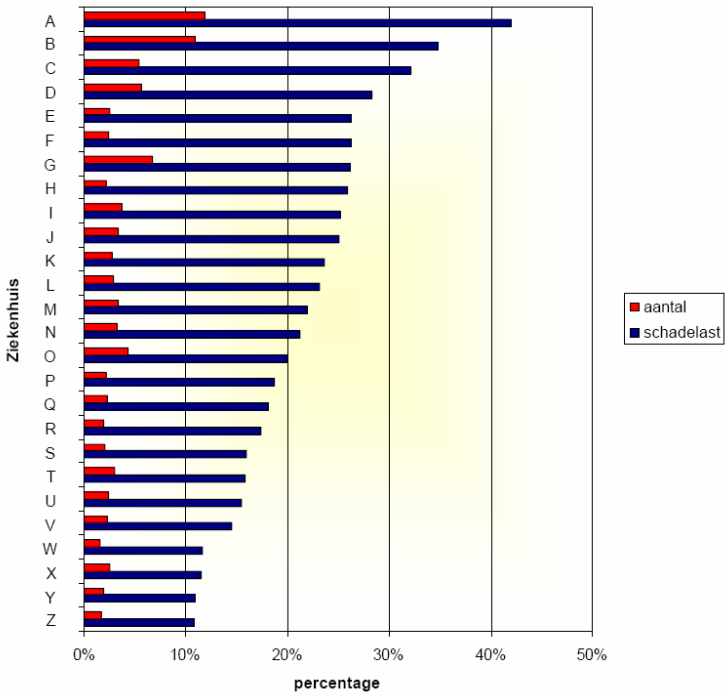
nadere gegevens beschikbaar gesteld
ZN heeft volgens afspraak nadere gegevens beschikbaar gesteld. Omdat het om gevoelige gegevens gaat (declaraties van DBCs op patiënt- en verzekeraarniveau), was vrijgave van de door Vektis gebruikte brongegevens geen optie. Daarop zijn in werkgroep-bijeenkomsten aanvullende onderzoeksvragen gesteld, waarop Vektis nader onderzoek heeft uitgevoerd. De complete resultaten worden weergegeven in het rapport 'Onderzoeksrapportage eerste analyses DBC declaraties, Eindrapport' dat door ZN in juli 2006 is opgeleverd. In het rapport wordt middels diverse aanvullende gegevens de representativiteit van de gebruikte onderzoeksgegevens beschreven. Tevens wordt de onderzoeksaanpak beschreven. Daarmee heeft ZN de brongegevens en de rapportage beschikbaar gesteld. U vindt het complete rapport van ZN in bijlage 2.

niet 'verdacht' maar 'niet in de geest'
In het eindrapport zijn de beweegredenen en veronderstellingen die tot het onderzoek geleid hebben, beschreven. Daaruit wordt duidelijk dat ZN de term 'verdacht' hanteert om DBC categorieën aan te duiden die beschouwd worden als 'niet in de geest van het DBC systeem', of waar registratie- of declaratieregels verkeerd geïnterpreteerd zijn. Er wordt niet gesteld dat de DBCs wettelijk onrechtmatig zijn.

In het rapport valt te lezen dat het moeilijk is om met betrekking tot de vier categorieën te bepalen wat er naar de <u>letter</u> van de DBC regelgeving wel en niet gedeclareerd mag worden. Tevens wordt gesteld dat de instructies (de letter) op punten multi-interpretabel zijn of zelfs tegen de <u>geest</u> van het DBC systeem ingaan. Volgens ZN zijn de vier categorieën voorbeelden van DBCs die niet passen in de uitgangspunten en doelstellingen van het DBC systeem zoals dat bedoeld is, oftewel tegen de geest van het systeem ingaan.

eerste analyse
Vervolgens wordt berekend wat het bedrag is dat met deze categorieën gepaard gaat. Vektis geeft zelf aan dat het een eerste analyse (quickscan) betreft waarbij geen rekening is gehouden met specifieke omstandigheden. Instructies bij een aantal specialismen (bijvoorbeeld Cardiologie, Kindergeneeskunde) leiden namelijk volgens de letter van de instructies tot DBCs die vallen onder de vier DBC categorieën die als oneigenlijk worden bestempeld. Hoewel specialisme specifieke omstandigheden uit oogpunt van eenvoud wellicht ongewenst zijn, of naar mening van ZN niet in de geest van het systeem zijn, zijn ze wel wettelijk verankerd middels de typeringsinstructies.
Ook blijkt dat een probleem van vóór het DBC tijdperk nog steeds niet is opgelost, namelijk het onduidelijke onderscheid tussen een klinische opname en een opname in dagbehandeling.
Tenslotte zijn ook in de berekeningswijze van Vektis bepaalde aannames gemaakt. Zo is het bedrag dat bij dubbele DBCs als onterecht betiteld wordt telkens gebaseerd op de duurste DBC van de twee. Daarbij bevatten de berekeningen enkele dubbeltellingen.

kern van het probleem: variatie in declaratie
Het rapport doet een belangrijke constatering: ziekenhuizen declareren onderling soms erg verschillend op de vier categorieën. Zoals de figuur hiernaast laat zien lopen de aantallen en waarde van ééndaagse reguliere DBCs die men naast SEH DBCs declareert sterk uiteen.
Uit het bovenstaande blijkt de aard van het probleem. Blijkbaar bieden de instructies ruimte voor verschil van interpretatie, niet alleen op landelijk niveau tussen branches, maar ook binnen de ziekenhuizen. Hoewel niet sluitend bewezen, is het aannemelijk dat een groot deel van de variatie in declaratie voortkomt uit deze interpretatie-ruimte.



analyse taskforce

De Taskforce concludeert dat het probleem bestaat uit twee elementen:

1 er heerst verschil van inzicht over het al of niet terecht zijn van bepaalde categorieën DBCs. Verschil van inzicht bestaat omdat de letter van de DBC regelgeving ruimte laat voor interpretatieverschillen, en sommige instructies in tegenspraak lijken te zijn met uitgangspunten van het DBC systeem
2 ziekenhuizen vertonen verschillend declaratiegedrag, dat mogelijk uit deze verschillende interpretaties voortkomt, maar ook veroorzaakt kan worden door andere factoren zoals medisch inhoudelijke, geografische of bedrijfsmatige verschillen.

ZN/Vektis kiest voor een standpunt waarin de vier categorieën als geheel als onterecht bestempeld worden en dienovereenkomstig gekwantificeerd worden. Zoals Vektis zelf aangeeft zijn er echter specifieke situaties die DBCs in de genoemde categorieën rechtvaardigen.
Tevens hoeft het niet in alle gevallen de duurste dubbele DBC te zijn die betwist wordt. Als er twee DBCS parallel gedeclareerd worden, zijn er in ieder geval genoeg essentiële verrichtingen geweest om beide DBCs te valideren. Als er gerekend wordt op basis van de goedkopere dubbele DBC daalt het als onterecht bestempelde bedrag navenant.
Tenslotte bieden de instructies op diverse onderdelen interpretatieruimte om te stellen dat DBCs uit de vier categorieën in een aantal situaties rechtstreeks voortkomen uit het volgen van de instructies.

De taskforce heeft naar aanleiding van het bovenstaande een ander standpunt gevolgd. De Taskforce spreekt geen waardeoordeel uit over interpretaties, maar heeft op basis van het declaratiegedrag onderzocht waar zich interpretatieruimte bevindt. De onderzoeksaanpak van de Taskforce wordt beschreven in hoofdstuk 5.4.

Onderstaande voorbeelden komen uit diverse gesprekken in de werkgroep taskforce, en illustreren hoe bepaalde instructies verschillend geïnterpreteerd worden.

1. Kan een reguliere DBC van één dag, gelijktijdig met een SEH DBC op de zelfde dag, voorkomen?

- *Nee, in de algemene toelichting op instructies van SDO staat letterlijk: "Wanneer er geen sprake is van een voortgezette behandeling, dan wordt er aansluitend géén reguliere DBC geopend!" Het gaat in dat geval dan om een eenmalige spoedeisende hulp DBC.*
- *Ja, In het document 'Algemene toelichting op de instructies 01072005' onder de kop 'Spoedeisende zorg' bij punt 2 staat expliciet dat het mogelijk is om binnen een specialisme naast een SEH-DBC een reguliere DBC te openen. Er wordt niet uitgesloten dat die parallel geopende reguliere DBC nog dezelfde dag gesloten mag worden.*

2. Kunnen twee SEH DBCs op de zelfde dag voor het zelfde specialisme voorkomen?

- *Nee, uit de algemene toelichting van 1 juli 2005 kan worden afgeleid dat nooit meerdere SEH-DBC's op dezelfde dag geopend kunnen worden binnen dezelfde discipline. In de template van SDO wordt dit dan ook letterlijk verwoord: "Per spoedeisende presentatie is er maar één SEH-DBC per specialisme mogelijk".*
- *Ja, het declareren van twee SEH-DBCs voor één patiënt door één specialisme is niet gebruikelijk, maar is eveneens niet per definitie onjuist. Bij een specialisme als cardiologie kan het voorkomen dat een patiënt met hartklachten zich meerdere malen per dag met spoed presenteert.*

3. Kunnen klinische DBCs van één dag voorkomen?

- *Nee, alleen in zeer geringe mate. In het algemeen zou men kunnen stellen dat een klinische opname minimaal 24 uur duurt (of dat dat in ieder geval de intentie is) en dat daarom het openen en sluiten van een DBC nooit op dezelfde dag kan plaatsvinden. Hier zou in heel speciale gevallen van afgeweken kunnen worden, bijvoorbeeld wanneer de patiënt komt te overlijden.*
- *Ja, er is sprake van een klinische opname wanneer de arts een patiënt opneemt op de verpleegafdeling. Op dat moment mag er ook een klinische DBC worden geregistreerd. Daarbij kan het zo zijn dat de opname korter dan 24 uur duurt, of dat de opnameperiode geen nacht bevat. CTG/ZAio bevestigt dat bovenstaande interpretatie juist is.*

4. Kunnen meerdere DBCs met een zelfde diagnose en zorgtype in één jaar voorkomen?

- *Het vermoeden bestaat dat ze teveel voorkomen. Het blijkt dat binnen elk specialisme vele DBC's per verzekerde voorkomen, waarvan 38 procent van alle reguliere DBC's slechts één dag openstaat. Het lijkt er op dat de initiële reguliere DBC (te) snel wordt gesloten, waardoor, indien de patiënt zich met dezelfde zorgvraag weer presenteert, een tweede reguliere DBC wordt geopend,.*
- *Er zijn zeker situaties waarin meerdere gelijke DBCS kunnen voorkomen. Allereerst zijn er de zogenaamde links-rechts behandelingen (bijvoorbeeld twee separate staaroperaties). Vervolgens leidt een vervolgtraject waarbij meerdere keren sprake is van een exacerbatie tot meerdere vervolg DBC's met dezelfde diagnose en ook meerdere exacerbatie DBC's met de dezelfde diagnose. Tenslotte is het bij cardiologie zeker niet uit te sluiten dat er meerdere DBC's met dezelfde diagnose per jaar worden geopend. Dit is inherent aan de voorgeschreven registratiewijze voor dit specialisme.*

5.3. Opdracht 2, CTG/ZAio gaat na of er in strijd met declaratiebepalingen is gedeclareerd.

geen strijdigheden vastgesteld
Het ministerie van VWS heeft CTG/ZAio verzocht te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBCs in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen. Inmiddels heeft de NZa[11] haar bevindingen aan het ministerie gerapporteerd in het rapport 'Declaraties Beter Controleerbaar'. U vindt het rapport in bijlage 3.

NZa heeft zich bij de analyse van de voorschriften die gelden bij het registreren en declareren, gericht op de vraag of de 'norm' eenduidig en duidelijk is. De instructies die de medisch specialisten en ziekenhuizen bij het typeren en declareren van DBCs hanteren, zijn met name tegen het licht gehouden. Daarbij is breder gekeken dan alleen de onderwerpen uit het Vektis-onderzoek dat zich beperkt tot vier specifieke categorieën van declaraties. De conclusie is dat de norm op veel onderdelen zo weinig scherp is dat niet toe te komen is aan een oordeel over onjuiste declaraties. Daarmee concludeert de NZa ten aanzien van de eerste vraag van de minister dat niet aantoonbaar sprake is van onrechtmatig declaratiegedrag.

Meer in detail zijn de bevindingen van de NZa omtrent de vier categorieën als volgt:

1. SEH DBC en ééndaagse reguliere DBC op de zelfde dag.
Hoewel de verwachting in het Vektis-onderzoek over het niet samen kunnen lopen van SEH-DBC en eendaagse reguliere DBC plausibel is, laten de 'Instructie'-teksten interpretatieruimte. De algemene, toelichtende tekst mag aangeven dat geen aansluitende, reguliere DBC kan worden geopend als er geen sprake is van voortgezette behandeling, de specialisme specifieke "Instructies" zelf laten uitzonderingen toe.

2. Meerdere SEH-DBCs op de zelfde dag.
Ook voor de categorie Dubbele SEH-DBC geldt dat de verwachting zoals in het Vektis-onderzoek gehanteerd, op zijn minst plausibel is. De logica van het systeem leidt tot de constatering dat bij een spoedeisende presentatie bij één specialisme niet meer dan één SEH-DBC wordt geopend. Het niet expliciet vermelden van dat uitgangspunt moet niet kunnen leiden tot het declareren van meerdere DBC's bij een bezoek aan de afdeling Eerste Hulp. De Instructie-teksten laten echter interpretatieruimte.

3. Klinische DBCs van één dag.
De uitgangsstelling dat een klinische eendags-DBC eigenlijk niet moet kunnen voorkomen, is vanwege de bestaande definities niet overeind te houden. Overigens is dit niet alleen een probleem aan de systeemkant (definiëring), maar ook aan de tariefkant. De constatering in het Vektis-onderzoek leidt dus niet ten algemene tot een conclusie dat onterecht is gedeclareerd. Er is een verduidelijking of aanscherping van bestaande definities nodig.

4. Meerdere DBCs met de zelfde diagnose.
Ook bij dit onderwerp uit het Vektis-onderzoek is sprake van een aanzienlijke 'gap' tussen wat verwacht mag worden van het systeem en de huidige werking. Voor een belangrijk deel wordt het bestaan van de kloof in de hand gewerkt door onduidelijke instructies. Dat voor sommige diagnoses in de DBC's rekening wordt gehouden met dubbele organen spreekt voor zich. Uniformering van tekst in de instructies moet hier een oplossing bieden. Ook het punt van meerdere DBC's per patient (zowel parallel als volgtijdelijk) kan hier worden meegenomen. Ook de voorschriften voor parallelle DBC's verschillen echter per specialisme.

[11] Formeel was tijdens het opstellen van het rapport nog sprake van de organisaties College tarieven gezondheidszorg – Zorgautoriteit i.o. en College toezicht zorgverzekeringen. Daar binnen afzienbare tijd het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg dat de NZa regelt, in werking zou treden, werd alvast de benaming NZa gehanteerd.

In het rapport wordt gesteld dat het geen zin heeft om nader onderzoek bij individuele aanbieders uit te voeren naar de rechtmatigheid van de declaraties. De aard van het probleem is immers duidelijk, en correctie van declaraties is niet te verwachten daar onrechtmatigheid niet aangetoond kan worden. Dit is een belangrijke constatering, daar in de brief aan de Tweede Kamer van 21 juni 2006 een aanvullende afspraak is opgenomen omtrent het bezoeken van ziekenhuizen door de veegploeg. Tevens zou dit de nader overeengekomen afspraak omtrent het hercontroleren van alle declaraties sinds 2006 in een ander perspectief kunnen plaatsen.

Uit het rapport van de NZa wordt duidelijk dat interpretatieruimte aan de bron van de DBCs weggenomen moet worden, middels het aanpassen van de typeringsinstructies. Zowel onduidelijkheden binnen specialismen als verschillen tussen specialismen moeten weggenomen worden, zodat uniforme instructies en typeringslijsten ontstaan. Dit is een gelijke conclusie als punt 2 uit het verbeterplan 'DBCs: eenvoudig beter', zoals dat begin juni 2006 is vastgesteld door de partijen.

extra nadruk op controle
NZa heeft ook onderzoek gedaan naar het functioneren van de controleketen. NZa stelt dat bij het doorlichten van deze keten blijkt dat in 'opzet' sluitende afspraken zijn gemaakt, maar dat deze nog niet 'werken' (gebaseerd op het uitblijven van goedkeurende bestuursverklaringen). NZa stelt overigens ook dat waar de norm niet duidelijk is, controle onvoldoende kan werken. NZa doet de volgende voorstellen om de controleketen effectiever te laten zijn:

- voor de korte termijn een aantal richtlijnen opstellen voor de interpretatie van typeringsinstructies;
- handhaving van de Kaderregeling AO/IC;
- nadere maatregelen en instructies voor accountantscontrole;
- onderzoek door controlerend accountants van de instellingen naar de stand van zaken AO/IC 2006 en de voortgang in het realiseren van de verbeterplannen;
- verplicht aanleveren van profielgegevens aan verzekeraars (de toezichthouder krijgt die data via het DIS aangeleverd en kan op grond daarvan ook achteraf onrechtmatige declaraties constateren; in de praktijk is dat onvoldoende op gang gekomen).

gevolgen gering
In de brief aan de Tweede Kamer werd een kwalitatieve beschouwing op de mogelijke financiële gevolgen gegeven. Deze gevolgen werden gering geacht. Het rapport van de NZa bevestigt dit beeld. In het A segment fungeren de budgetten en lumpsummen inderdaad als vangnet. Ook voor specialisten zonder lumpsum en zelfstandige behandelcentra worden de bevindingen door het NZa niet als omissie gezien vanwege het geringe gedeelte van de zorgomzet die door deze groep wordt geleverd, en het niet leveren van spoedeisende zorg en klinische zorg door zelfstandige behandelcentra. De risico's in het B segment worden ook als beperkt gezien, daar veel gesignaleerde tekortkomingen zich niet voordoen in het B segment.

FIOD/ECD: geen aanleiding voor onderzoek
In de periode dat de rapporten van ZN/Vektis en NZa werden opgesteld, heeft de FIOD/ECD gesprekken gevoerd met ZN en NZa. De FIOD/ECD zag geen reden een onderzoek naar onrechtmatigheden of fraude te starten. Dit bevestigt de conclusie dat de declaraties in de vier categorieën mogelijkerwijs niet in de uitgangspunten van het DBC systeem passen, maar wel binnen de regels.

conclusies NZa
NZa trekt de volgende conclusies:

- Er zijn geen harde aanwijzingen voor onrechtmatig declareren vast te stellen uit het Vektis onderzoek.
- Een ernstig probleem is, dat het systeem zoveel vrijheidsgraden toestaat aan de aanbieder dat controle (verzekeraar) en toezicht ernstig worden bemoeilijkt.
- Interne controle ziekenhuizen(AO/IC) was in 2005 niet op orde.
- Voor 2006 zijn er geen geruststellende signalen over AO/IC.
- Structurele systeemingrepen zijn noodzakelijk met tijdelijk extra controlemaatregelen.
- Nader onderzoek per instelling is niet noodzakelijk.
- Het risico op financiële gevolgen is nihil.

Op basis van deze conclusies doet de NZA de volgende aanbevelingen:

- Verbeter het systeem in de basis.
- Start met uniformeren en verduidelijken instructies.
- Stop met volgtijdelijk partieel sleutelen aan details en stop de verdere detaillering van het systeem.
- Tijdelijke versterking van de controle mogelijkheden is noodzakellijk.
- Stel een onderzoek door externe accountants in naar de AO/IC 2006 en de stand van zaken van de lokale verbeterplannen voor de AC/IC.

analyse Taskforce
In het rapport wordt een soortgelijke conclusie als in het ZN rapport getrokken, namelijk dat de instructies op diverse punten ruimte voor interpretatie laten. Het rapport van de NZa maakt geen onderscheid in specifieke categorieën DBCs, en rekent niet door naar financiële effecten. Daarmee wordt niet duidelijk in welke omvang de geconstateerde gebreken, die door de NZa op het hele DBC systeem geprojecteerd worden, daadwerkelijk leiden tot ongewenste DBC declaraties. Dit was ook geen opdracht aan het CTG/ZAio maar aan de taskforce. Het zorgt er echter wel voor dat de door de NZa voorgestelde aanpassingen moeilijk beoordeeld kunnen worden op proportionaliteit en subsidiariteit. Met name bij meer vergaande aanbevelingen als het aanleveren van profielgegevens aan de zorgverzekeraars is dit wel noodzakelijk.

5.4. Opdracht 3, de taskforce verifieert de resultaten van Vektis, en onderzoekt of er naast de vier categorieën uit de analyse van Vektis nog andere DBC declaraties zijn waar (te) veel variatie voorkomt.

5.4.1. Algemeen

De resultaten van het Vektis onderzoek en het rapport van NZa geven nog niet een compleet beeld van de omvang van de problematiek. Het Vektis rapport geeft een kwantitatieve onderbouwing op vier deelgebieden op basis van het standpunt dat de vier deelgebieden als geheel onterecht zijn. De NZa geeft een systeembrede kwalitatieve beschouwing op oorzaken en controlekader. Het onderzoek van de taskforce is er op gericht om zowel een meer accuraat standpunt te vinden, als systeembreed het probleem te kwantificeren.

De taskforce heeft als uitgangspunt genomen dat het meest voorkomende gedrag de algemene interpretatie en beleving van instructies weergeeft, en de áfwijkingen ten opzichte hiervan een maat zijn voor ongewenste interpretatieruimte. Hiermee wordt niet gesteld dat dit gemiddelde gedrag 'juist' is, het wordt enkel als maat gesteld. 'Juist' is een term die middels beleidsmatig overleg invulling krijgt, en in instructies en declaratiebepalingen uitgedrukt wordt. De afwijking van het gemiddelde gedrag (de 'registratievariabiliteit'[12]) is maatgevend voor het probleem.

Om systeembreed de omvang van deze variabiliteit te kwantificeren heeft SDO een brede oriëntatie uitgevoerd. Hiertoe heeft SDO diverse experts in eigen gelederen en die van de partijen geraadpleegd. Uit deze raadpleging komen zeven risicogebieden naar voren die onderwerp van nader onderzoek zijn. Deze gebieden kennen enige overlap met de vier categorieën van Vektis. Samen met de vier categorieën van Vektis ontstaan zo negen risicogebieden waar SDO onderzoek naar gedaan heeft. SDO heeft op basis van deze aanpak een gedetailleerd rapport 'Registratievariabiliteit' opgeleverd (bijlage 4). In dit rapport worden de hoofdlijnen weergegeven.

representativiteit
SDO heeft voor het uitvoeren van het onderzoek de beschikking over de gegevens uit het DIS. Uit het DIS is een dataset samengesteld die zo goed mogelijk overeen komt met de door Vektis gebruikte dataset, zodat een vergelijk van uitkomsten mogelijk is. SDO heeft voor de technische uitwerking van het onderzoek een beroep gedaan op Casemix B.V. De dataset uit het DIS die voor het onderzoek is gebruikt, bevat declaratiegegevens over 2005 van 62 algemene ziekenhuizen en 5 universitair medische centra. Naast het feit dat dit een ruime meerderheid is van de ziekenhuizen in Nederland, is bovendien een productiviteitstoets uitgevoerd (gebaseerd op de EPB/ FTE ratio).Uit deze toets blijkt dat deze dataset representatief is voor heel Nederland.

extrapolatie
De resultaten op basis van deze DIS dataset worden geëxtrapoleerd op basis van het totaal aanvaardbaar budget dat door de DIS dataset gerepresenteerd wordt. Als de DIS dataset bijvoorbeeld 50% van het landelijk totale aanvaardbare budget bevat, dan worden de onderzoeksresultaten met 2 vermenigvuldigd om een landelijk beeld te krijgen.

significantie
In het Vektis onderzoek wordt elke DBC die in één van de vier categorieën valt als onterecht bestempeld. Op basis van de kritiek kan echter gesteld worden dat een meer verfijnd standpunt gehanteerd moet worden. In het onderzoek door SDO/Casemix wordt de mate waarin ziekenhuizen afwijken van andere ziekenhuizen als beoordelingskader gebruikt. De meest voorkomende (gemiddelde) manier van declareren wordt daarmee als gangbare interpretatie van het DBC systeem geïnterpreteerd. Naarmate declaraties verder van dit gemiddelde afliggen, is er sprake van verschillende interpretaties. Daarmee wordt de registratievariabiliteit maatgevend voor de omvang van het probleem.

[12] Strikt genomen is registratievariabiliteit pas ongewenst als het zich uit in declaratievariabiliteit. Omdat echter de oorzaak van variaties in de registratieve sfeer ligt, wordt in dit rapport gesproken van registratievariabiliteit.

5.4.2. Verificatie en nadere analyse van de uitkomsten van het Vektis onderzoek.

De verificatie en nadere analyse bestaan uit drie stappen:

1. herhalen van de Vektis vraagstellingen op de DIS dataset (dupliceren).
   In deze stap worden exact de zelfde onderzoeksvragen als in het Vektis onderzoek aan de DIS dataset gesteld, en de gevolgen op de zelfde manier doorgerekend. Op deze manier komt vast te staan of er inhoudelijke verschillen bestaan tussen de databases van Vektis en het DIS[13].
2. beoordelen en herijken van de Vektis vraagstellingen (nuanceren).
   In deze stap worden de onderzoeksvragen van Vektis op een andere wijze uitgewerkt, maar nog wel steeds onder de assumptie dat de DBC categorieën onterecht zijn. In bijlage 4 zijn de aanpassingen in detail weergegeven, over het algemeen kan gesteld worden dat daar waar Vektis telkens de duurste componenten als onterecht beschouwde, Casemix een meer gedetailleerde keuze heeft gemaakt.
3. beoordelen van de uitkomsten op basis van significante afwijkingen (registratievariabiliteit).
   Het beoordelingskader voor declaraties die onderhevig zijn aan interpretatieverschillen wordt gevormd door de mate waarin ziekenhuizen afwijken van andere ziekenhuizen. In de statistiek worden significante afwijkingen meestal gerepresenteerd door een aantal (vaak 2) maal de standaarddeviatie afwijkend van het gemiddelde.

De resultaten van deze stappen zijn als volgt:

Onderzoeksvraag	Vektis	Dupliceren	Nuanceren	Registratievariabiliteit		
Databron	Iziz	DIS	Aanpassing	> 1 Stdev	> 2 Stdev	> 3 Stdev
SEH DBC+ eendaagse reguliere DBC	146 mln	152 mln	35 mln	0,1 mln	0,1 mln	0,1 mln
Dubbele SEH DBC	8 mln	7 mln	7 mln	3 mln	2 mln	1 mln
Klinisch eendaagse DBC	127 mln	116 mln	116 mln	47 mln	18 mln	11 mln
Bij de onderstaande vraag speelt mee dat de DIS database een veel langere periode aan DBC's omvat (2 jaar) terwijl de IZIZ-database 1,25 jaar omvat. Hierdoor treden veel meer DBC's op met dezelfde diagnose dezelfde patient indien duplicatie van het onderzoek plaatsvindt.						
DBC met dezelfde diagnose	285 mln	Niet mogelijk	342 mln	116 mln	61 mln	35 mln

Uit deze exercitie zijn de volgende conclusies te trekken:

1 uit het dupliceren blijkt dat de databases IZiZ en DIS vergelijkbare onderzoeksresultaten bij identieke vraagstellingen leveren. De DIS is daarmee geschikt om onderzoek naar registratievariabiliteit te doen;

2 herijken (het volgen van een andere berekeningsmethode) met behoud van het standpunt van Vektis dat de categorieën volledig onterecht zijn, leidt tot andere bedragen (met name bij de eerste categorie);

3 de registratievariabiliteit bedraagt voor deze vier categorieën 81 miljoen euro (op basis van tweemaal de standaarddeviatie).

[13] Dupliceren van de vraagstelling m.b.t. de vierde categorie, DBCs met de zelfde diagnose, blijkt niet mogelijk, vanwege het feit dat de DIS wél en IZiZ niet overlopende DBCs uit 2004 bevat.

5.4.3. Brede oriëntatie van de declaratieproblematiek als gevolg van registratievariabiliteit.

Zoals eerder gesteld beslaan de vier categorieën uit het Vektis onderzoek niet de complete DBC omzet. In de resultaten van de eerste analyse van Vektis op 16 juni 2006 wordt getoond dat met deze categorieën 880 miljoen euro gepaard gaat. Op een totaalomzet van circa 16 miljard euro is dit 5,5%.

Om eventuele risicogebieden in de gehele DBC omzet in het oog te krijgen is er een brede oriëntatie uitgevoerd. De brede oriëntatie is gericht op het inventariseren van mogelijke vormen van registratie-variabiliteit naast de door Vektis aangereikte vier specifieke categorieën van DBCs. Uit gesprekken met DBC deskundigen van ZN, OMS, SDO, NVZ en NFU zijn nadere onderzoeksvragen samengesteld. Samen met de vier categorieën van Vektis gaat het om negen risicogebieden die nader onderzocht zijn op registratievariabiliteit

Het betreft de volgende gebieden:

1 SEH DBC met reguliere ééndaagse DBC (Vektis categorie 1).
Uit voorgaande beschouwingen blijkt dat deze situatie wel binnen de regels valt, maar niet altijd in de geest van het DBC systeem is.
2 Dubbele SEH DBCs (Vektis categorie 2).
Uit voorgaande beschouwingen blijkt dat deze situatie ongebruikelijk is, doch niet verboden.
3 Klinische ééndaagse DBC (Vektis categorie 3).
Uit voorgaande beschouwingen blijkt dat dit mogelijk is binnen de vigerende regels.
4 Meerdere DBCs met de zelfde diagnose binnen 365 dagen (vektis categorie 4).
Er zijn veel situaties denkbaar waarbij binnen 365 dagen voor een patiënt een DBC met dezelfde diagnose wordt geregistreerd. Met name bij vervolgtrajecten en bij dubbelzijdige behandeling zal deze situatie zich voordoen. Toch is aannemelijk te maken dat deze situatie zich in de praktijk maar beperkt mag voordoen (dit zal verschillen per specialisme). Onderzocht wordt in hoeverre verschillende combinaties van zorgtypes met gelijke diagnoses zowel serieel als parallel voorkomen.
5 Meerdere DBCs met veranderende diagnose maar het zelfde zorgtype binnen 365 dagen.
Evenals bovenstaande onderzoeksvraag geldt dat meerdere DBCs met veranderende diagnose zich in de praktijk ook voordoen. Onderzocht wordt in hoeverrre registratievariabiliteit zich voordoet binnen en buiten een hoofddiagnosegroep. Ook hier wordt onderscheid gemaakt in verschillende combinaties van zorgtypes zowel serieel als parallel.
6 Onmogelijke combinaties van reguliere en exacerbatie DBCs. Een exacerbatie mag alleen voorafgegaan worden door een vervolg DBC, onderzocht wordt of dat in bepaalde gevallen niet zo is.
7 Zorg aan derden in relatie met DBCs. Onderzocht wordt in hoeverre WDS productie (zorg geleverd aan derden) mogelijk ten onterechte in een DBC tot uitdrukking gebracht wordt.
8 Eerstelijnsproductie en ondersteunende producten in een DBC. Onderzocht wordt in hoeverre eerstelijnsproductie of productie ten behoeve van een DBC van een hoofdbehandelaar mogelijk ten onrechte als separate DBC wordt gedeclareerd. Recent werd in een artikel in Medisch Contact gesuggereerd dat er voor scopie onderzoeken in opdracht van de huisarts ten onrechte DBCs gedeclareerd werden. Dergelijke afwijkingen komen met deze vraag aan het licht.
9 Medebehandeling zonder omliggende DBC. Bij medebehandeling geldt dat er altijd een omliggende DBC aanwezig moet zijn. Indien deze niet aanwezig is geldt dat de DBC medebehandeling een DBC reguliere zorg had moet zijn.

Op deze negen risicogebieden is onderzoek uitgevoerd naar de registratievariabiliteit. In onderstaande tabel zijn de resultaten weergegeven. De gevonden variabiliteit bedraagt 192 miljoen euro[14] (op basis van tweemaal de standaarddeviatie).

Onderzoeksvraag		Vektis	Dupliceren	Nuanceren	Registratievariabiliteit		
					> 1sd	> 2sd	> 3sd
	Databron	Iziz	DIS	Aanpassing			
1	SEH DBC + eendaagse reguliere DBC	146 mln	152 mln	35 mln	0,1 mln	0,1 mln	0,1 mln
2	Dubbele SEH DBC	8 mln	7 mln	7 mln	3 mln	2 mln	1 mln
3	Klinische eendaagse DBC	127 mln	116 mln	116 mln	47 mln	18 mln	11 mln
4	Meerdere DBCs met dezelfde diagnose binnen 365 dagen	285 mln	niet mogelijk	342 mln	137 mln	61 mln	35 mln
5	Meerdere DBCs met veranderende diagnose en zelfde zorgtype in 365 dagen				108 mln	33 mln	17 mln
6	Onmogelijke combinaties met exacerbatie				47 mln	47 mln	47 mln
7	Productie voor derden				onderzoek niet mogelijk		
8	Eerstelijns productie of ondersteunend product in een DBC				7 mln	5 mln	3 mln
9	Medebehandeling zonder omliggende DBC				-26 mln	-26 mln	-26 mln

Opmerkelijk is dat hier ook onderschrijding van het gemiddelde geconstateerd wordt: met name Klinisch Geriaters blijken vaak een DBC medebehandeling te registreren terwijl ze eigenlijk recht hebben op een (duurdere) reguliere DBC.

Het rapport van SDO/Casemix geeft een aantal conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van deze bredere oriëntatie:

- Klinische ééndaagse DBCs: geen nader onderzoek uitvoeren. Dit punt wordt geadresseerd in het januaripakket met de invoering van 'klinisch zonder dagen'.
- Onmogelijke combinaties met exacerbatie: met het januaripakket komt dit zorgtype te vervallen; dus de maatregel is reeds genomen.
- Meerdere DBCs met de zelfde of veranderende diagnose: verduidelijken van instructies op onderdelen op basis van dieper onderzoek naar achterliggende verklarende oorzaken. Daarnaast kan het hanteren van signaleringen in de automatisering bijdragen aan het bewustwordingsproces bij de registratie van meerdere DBC's met dezelfde diagnose.
- Eerstelijnsproductie of ondersteunend product in een DBC: duidelijke regelgeving ten aanzien van dit punt alsmede formuleren van een geautomatiseerde signalering op het voorkomen van deze registratie. Specifiek onderzoek rondom registratie van eerstelijns scopieën entameren.
- Medebehandeling zonder omliggende DBC: gerichte communicatie naar geriatrie om de relatie tussen zorgtype 16 en een omliggende klinische DBC duidelijk te maken.

[14] De bedragen van 47 miljoen euro voor vraag 6 en -26 miljoen voor vraag 9 zijn in de strikte zin geen variabiliteitbedragen maar totaalbedragen voor deze categorieën. Deze situaties zijn in de letter niet beschreven, maar komen (overigens om plausibele, systeemtechnische redenen) wel voor. Omwille van de leesbaarheid zijn deze bedragen hier meegenomen in het totaal. In de bijlage vindt u de specifieke bevindingen omtrent deze posten.

5.4.4. Resumé

Het DIS blijkt een betrouwbare bron om soortgelijke onderzoeken als het Vektis onderzoek uit te voeren. Gelijke vragen met gelijke assumpties en berekeningsmethodes als die van Vektis leiden tot gelijksoortige resultaten. Statistisch onderzoek naar registratievariabiliteit in de vier Vektis categorieën leidt tot een bedrag van 81 miljoen euro. Onderzoek op de totale DBC omzet (opgesteld door de diverse experts van de partijen en inclusief de vier Vektis categorieën) leidt tot een bedrag van 192 miljoen euro. Op een totaal van circa 16 miljard euro is dit circa 1,2%.

Deze bedragen geven een indicatie van de huidige registratievariabiliteit op negen gebieden in de DBC systematiek. Deze ruimte lijkt zich te beperken tot een aanwijsbaar, relatief gering gedeelte van het systeem. Niettemin is het van groot belang dat deze gedeelten van het systeem verbeterd worden, en onderzoek naar andere risicogebieden door blijft gaan.

De onderzoeken illustreren namelijk dat, zodra resultaten op hoofdlijnen verbijzonderd gaan worden naar categorieën en specialismen, er met veel specifieke situaties en uitzonderingen rekening gehouden moet worden. Hierdoor is veel onderzoeksinspanning nodig. Als specifieke situaties in instructies en controleprotocollen blijven bestaan of zelfs toenemen, is er bij elk vervolgonderzoek opnieuw een dergelijke inspanning nodig.

6. Financiële gevolgen

Onder leiding van de taskforce zijn de financiële gevolgen in kaart gebracht. In de brief aan de Tweede Kamer van 21 juni 2006 werd gesteld dat de financiële gevolgen minimaal zijn. Dit wordt bevestigd door de onderzoeken van NZa en ZN/Vektis.

Bij de invoering van de DBC-systematiek is gekozen voor een scenario waarin zich slechts beperkt risico's konden voordoen. De NZa heeft in haar rapport deze risico's uiteen gezet. Concreet zijn de financiële gevolgen voor de volgende groepen onderzocht:

- A-segment ziekenhuizen en lumpsum medisch specialisten;
- B-segment ziekenhuizen en specialisten;
- zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en extramurale specialisten, alsmede specialisten buiten lumpsum (Voor A- en B-segment is de omzet bepalend);
- patiënten.

6.1. Aanbieders en verzekeraars

A-segment ziekenhuizen en lumpsum specialisten
Voor het grootste deel van het zorgaanbod is er sprake van budgetfinanciering waarbij de DBC-omzet als dekking van het budget fungeert. Voor de honoraria van medisch specialisten is er in de meeste gevallen sprake van een lumpsum, waarbij de DBC-omzet ook alleen ter dekking van die lumpsum fungeert. Bij zowel budget als lumpsum financiering wordt een te hoge DBC-omzet per definitie terugbetaald aan verzekeraars. Het budget wordt in het lokaal overleg bepaald. Het financiële risico is door voortzetting van de budgettering op dit moment niet aanwezig.

B-segment ziekenhuizen en specialisten
In het B-segment is geen sprake meer van budget en lumpsum. Een algemene risicofactor is dat hoge omzetten meer kosten betekenen en een te hoog declaratievolume betekent meer inkomsten voor de aanbieder en een hogere schadelast voor de verzekeraar en patiënt. Het risico is dat er meer wordt gedeclareerd dan geleverd.
Het risico wordt echter beperkt door de volgende factoren:

- de omvang van het B-segment is relatief beperkt;
- het B-segment wijkt qua DBC's af van het A-segment. Er komen in het B-segment minder of geen DBC-groepen voor waarvoor problemen met registratie te verwachten zijn, zoals de DBC's voor spoedeisende hulp. Het declareren van SEH-DBC's is een van de door Vektis onderzochte probleemcategorieën;
- het B-segment bestaat voor een relatief groot deel uit eenvoudige behandelingen die duidelijk afgebakend en gedefinieerd zijn en is als zodanig niet representatief voor het overige zorgaanbod;
- zorgverzekeraars maken afzonderlijke prijs- en volumeafspraken in termen van DBC's voor dit B-segment en kunnen daardoor ook eenvoudiger een toename in gedeclareerd volume constateren.

Vooralsnog zijn de risico's nihil. Als het B-segment in omvang gaat toenemen wordt het algemene risico van meer en hogere declaraties bij ongewijzigd beleid uiteraard navenant groter.

ZBC's en extramurale specialisten, specialisten buiten lumpsum
Ook hier komt het risico rechtstreeks voort uit het gegeven dat het declaratievolume de omzet en inkomsten van de zorgaanbieders bepaalt. Het risico is derhalve dat meer wordt gedeclareerd dan daadwerkelijk is geleverd.
Voor dit risico gelden als beperkende factoren:

- de omzet is relatief klein en heeft een beperkte invloed op de schadelast van zorgverzekeraars;
- er is geen SEH-productie;
- een ZBC heeft alleen klinische productie in het B-segment.

Vektis heeft op verzoek van de taskforce specifiek naar de gevolgen voor ZBCs gekeken. In bijlage 5 vindt u de gedetailleerde resultaten. Omdat spoedeisende en klinische DBCs beiden bijna niet voorkomen bij ZBC-instellingen wordt alleen onderzoeksvraag 4 uit het rapport herhaald voor ZBCs. Deze onderzoeksvraag luidt: Hoe vaak wordt meer dan één DBC met dezelfde diagnose en hetzelfde zorgtype binnen hetzelfde specialisme geopend. De waarde die gepaard gaat met de DBCs die op basis van deze onderzoeksvraag geselecteerd worden, bedraagt ca. 2,1 miljoen euro (0,018% van de totale DBC omzet in de cure sector). Bovendien worden voor ruim de helft van dit bedrag plausibele verklaringen gegeven. Vektis komt dan ook tot de volgende conclusie:

Gerekend over alle specialismen heen komen meerdere DBC's voor dezelfde diagnose per verzekerde in ZBC's minder vaak voor dan in alle DBC-plichtige instellingen. Echter omdat individuele ZBC's, in tegenstelling tot algemene en academische ziekenhuizen, slechts enkele specialismen en behandelingen kennen, is deze vergelijking niet helemaal eerlijk. Per specialisme zien we zowel 'positieve als 'negatieve' verschillen tussen ZBC's en ziekenhuizen. Bij de specialismen waar binnen een ZBC meerdere DBC's voor dezelfde diagnose per verzekerde vaker voorkomen dan in alle DBC-plichtige instellingen, lijkt dit meestal verklaarbaar door de specifieke behandelingen die voor dat specialisme in een ZBC's worden gedaan.

6.2. Patiënten

no-claim
De brief van de minister aan de Tweede Kamer stelt dat het effect op no-claim van patiënten naar alle waarschijnlijkheid nihil is. De onderzoeksresultaten bevestigen dit. Ten eerste is van onrechtmatige DBCs geen sprake. Ook de variabiliteit die zich binnen de geldende regels afspeelt, is gering. Tenslotte gaat het bij de meeste onderzochte categorieën niet om een eerste DBC, maar een tweede of volgende. Met andere woorden, een patiënt zal altijd één DBC gedeclareerd hebben gekregen. Deze komt ten laste van de no-claim. Het tarief (inclusief verrekentarief) van een DBC lag in 2005 in vrijwel alle gevallen boven de €255. Daarnaast kan een patiënt nog andere zorg (bijvoorbeeld medicatie) hebben gekregen.

Resumerend is er geen effect op de no-claim van de patiënt.

eigen risico voor particulier verzekerden
In 2005 was er sprake van het onderscheid in particulier verzekerden en ziekenfonds verzekerden. Met name in de groep particulier verzekerden was het gebruikelijk om eigen risico te dragen op de kosten van de gezondheidszorg. Onderstaande figuur laat de verdeling van eigen risicoklassen zien bij particuliere patiënten in 2004[15].

Eigen risico-klasse in €	Percentage verzekerden
0	32%
25 < 75	12%
75 < 125	20%
125 < 250	17%
250 < 500	10%
500 < 750	3%
750 < 1000	3%
> 1000	2%

De redenering omtrent no-claim kan ook doorgetrokken worden naar verzekerden met een eigen risico tot 250 euro.

De figuur laat zien dat een klein deel van de particulier verzekerden (18%) een eigen risico kent van 250 euro of hoger. Deze 18% vormde 6% van het totaal aantal verzekerden. Van particulier verzekerden kan in het algemeen gesteld worden dat deze een gezondere bevolkingsgroep vormen, waarbij diegenen met een hoog eigen risico zichzelf ook nog eens gezond achten. Anders zou men immers geen hoog eigen risico willen lopen. Als dan bedacht wordt dat van de ziekenfondspatiënten 50% ziekenhuiskosten maakte, kan gesteld worden dat 25% van de particulieren met een hoog eigen risico in voorgaande jaren ziekenhuiskosten maakte. Daarmee wordt de groep die mogelijk is geraakt, gereduceerd tot 1,5% van het totaal.

We spreken dus over een kleine groep (1,5%) die door een klein risico geraakt zou kunnen zijn, waarbij er overigens nog steeds sprake is van een rechtmatige situatie. Ook hier kan gesteld worden dat de effecten nihil zullen zijn.

Tot slot, mocht er al sprake zijn van een effect, dan is het niet mogelijk dit effect te kwantificeren tot op patiënt niveau. De terreinen waarop een individuele patiënt zorgkosten maakt (eerste lijn, ziekenhuis, apotheek, etc.), zijn daarvoor te divers.

[15] Bron: Zorgthermometer juli 2005, Vektis B.V.

7. Conclusies en aanbevelingen

ZN/Vektis en NZa hebben in hun onderzoeken gebieden in het DBC systeem benoemd waar gevaar bestaat voor verschillende interpretatie van registratie-instructies. Tevens zijn er vraagtekens geplaatst bij bepaalde categorieën DBCs, die als niet in overeenstemming met de geest van het DBC systeem ervaren worden. ZN/Vektis heeft voor deze DBCs de term 'verdacht' gebezigd. De taskforce onderschrijft de noodzaak van mono-interpretabele typeringsinstructies, zodat wisselend registratiegedrag gereduceerd wordt, en er een eenduidige invulling van 'de geest' van het DBC systeem ontstaat. In een dergelijke situatie is controle, bijvoorbeeld door toepassing van de kaderregeling AO/IC, eenvoudiger en effectiever.

De taskforce kan zich niet zonder meer vinden in de gehanteerde standpunten en de gebruikte berekeningsmethode van ZN/Vektis. De vier categorieën zijn door ZN als geheel als onterecht bestempeld. Toepassing van de berekeningsmethode leidt tot een bedrag van 566 miljoen euro dat als onterecht is bestempeld. Er zijn echter diverse specifieke omstandigheden en passages in de huidige instructies te noemen die leiden tot het declareren van DBCs uit de vier categorieën. Ook Vektis heeft dit zelf aangegeven, het betrof immers een eerste analyse (quickscan). Daarnaast bevat de berekeningsmethode enkele niet nader gekwantificeerde dubbelingen, en wordt bij dubbele DBCs de duurdere van de twee als onterecht bestempeld.

De taskforce heeft een oriëntatie op de gehele DBC omzet uitgevoerd. Hierbij wordt een statistische grondslag gekozen; het gemiddelde registratiegedrag wordt als maatstaf gebruikt. Declaraties die meer dan twee keer de standaard deviatie afwijken van dit gemiddelde worden als afwijkend bestempeld. Op basis van deze insteek vertoont circa 1,2% van de DBC omzet variabiliteit die weggenomen moet worden.

Met betrekking tot rechtmatigheid hebben NZa en ZN/Vektis aangegeven dat de budgetten en lumpsummen als vangnet hebben gediend, en er geen sprake is van financieel gewin of een vermoeden van onrechtmatigheid. Tegelijkertijd is de geconstateerde variabiliteit wel een serieus probleem is in het DBC systeem. In een situatie van verdere liberalisering vallen immers vangnetten weg en kan er wel sprake zijn van financieel gewin. Het is dus zaak het DBC systeem zodanig te verbeteren dat de problematiek zoals in dit rapport geschetst, niet meer voor kan komen. De taskforce onderschrijft deze noodzaak.

Daarmee trekt de Taskforce de volgende hoofdconclusies:

1. ZN heeft onderzoek gedaan naar categorieën DBCs die voortkomen uit multi-interpretabele instructies, of die niet passen in de uitgangspunten van het DBC systeem, zoals die door ZN gehanteerd worden.

2. Uit nader onderzoek door de taskforce blijken DBCs uit negen risicogebieden op verschillende wijze, doch binnen de huidige regels, gedeclareerd te worden. Met deze statistisch bepaalde variatie gaat circa 1,2% van de DBC omzet gepaard. Deze variatie in declaratie moet weggenomen worden door het mono-interpretabel maken van het DBC systeem, met name de instructies en declaratiebepalingen. Dit is een voorwaarde voor verdere liberalisering.

3. De FIOD/ECD heeft in de onderzoeken en hun resultaten geen aanleiding gezien een onderzoek te starten naar frauduleus gedeclareerde DBCs.

4. De taskforce onderschrijft de conclusies van ZN/Vektis en NZa dat de financiële gevolgen van de declaratie variabiliteit nihil zijn. Er is geen sprake van financieel gewin.

5. Het huidige DBC systeem kent nog enkele kinderziekten. Zo maken de huidige verschillen in instructies tussen specialismen het lastig om een universele controle toe te passen. Het uitblijven van snelle oplossingen van kinderziekten leidt tot pragmatische werkwijzen, die niet altijd in de geest van het systeem zijn. De validatie module biedt nog niet in alle gevallen een sluitende controle, mede veroorzaakt door multi-interpretabele instructies.

6. De kaderregeling AO/IC moet effectiever toegepast worden. Naast techniek zal er altijd toezicht op het proces en de inhoud nodig zijn. Duidelijk is dat, ondanks het in werking zijn van een kaderregeling, het toch mogelijk was dat de DBC declaraties op onderdelen afweken van dat wat de verzekeraars verwachtten. Reeds voor oprichting van de taskforce werd er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de kaderregeling AO/IC, en de toepassing ervan. Ziekenhuizen hebben aangegeven belemmerd te worden door een aantal formele aspecten in de huidige regeling waaraan onmogelijk kan worden voldaan en die niet leiden tot betere DBCs. Deze aspecten leiden echter wel tot opmerkingen in de bestuursverklaringen/verbeterplannen. Zorgverzekeraars zouden graag meer nadruk zien op een juistheidsverklaring bij de declaratiestroom, die nu feitelijk indirect wordt afgegeven middels de bestuursverklaring. Beide indicaties geven aan dat de toepassing van de kaderregeling meer op juistheid moet gaan zien, zonder tijdigheid en volledigheid daarbij uit het oog te verliezen. Daarbij is de definitie van 'juist' groot belang, de basis daarvoor ligt weer in de instructies en declaratiebepalingen. Want zonder duidelijke normen als basis kan een controlesysteem niet werken.

De conclusies onderstrepen het belang van een verbetering van het DBC systeem, zoals die op dit moment door de NVZ namens de sector op basis van 'DBCs: eenvoudig beter' ter hand genomen wordt. Tegelijkertijd is een beoordelingskader in de maak die het de onderhoudspartijen mogelijk maakt om een meer objectieve invulling te geven aan de geest van het DBC systeem. Gecombineerd met de beleidsmatige doorontwikkeling zoals beschreven in de brief 'Ruimte voor betere zorg' zijn daarmee essentiële voorwaarden geschapen voor het vervolmaken van het DBC systeem. Deze conclusies konden mede getrokken worden omdat het DBC Informatie Systeem (DIS) voldoende vulling bereikt heeft om onderzoek naar declaraties zoals door de taskforce uitgevoerd, mogelijk te maken.

Op basis van de conclusies doet de taskforce een aantal aanbevelingen, die idealiter per 1-1-2007 tot uitvoer gebracht zijn:

1. Aanscherpen registratie- en declaratievoorschriften.
De vraag of registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt moeten worden, is op basis van de onderzoeksresultaten van ZN, CTG/Zaio en de taskforce met een volmondig 'ja' te beantwoorden. Verschillen tussen de specialismenspecifieke instructies omtrent momenten van openen en sluiten van DBCs, parallelliteit, serialiteit en looptijd dienen zo veel mogelijk weggenomen te worden. Het registratieproces verloopt daardoor meer uniform, de DBCs worden daardoor meer herkenbaar, en het is eenvoudiger voor de aanbieder en de zorgverzekeraar om standaard-controles toe te passen. Dit wordt geïllustreerd door de onderzoeken van Vektis en SDO/Casemix: bij nadere analyses blijkt regelmatig dat de verklaring voor registratievariabiliteit eenvoudigweg ligt in specifieke instructies voor een bepaald specialisme. Zolang deze bestaan, vergen eventuele volgende exercities als die van Vektis en SDO/Casemix opnieuw een zelfde mate van detaillering (met de daarbij gepaard gaande inspanning). In de uitvoering van deze aanbeveling kan aangehaakt worden bij de recent gestarte werkgroep uniformering instructies van Stichting DBC Onderhoud.

2. Effectiever toepassen van de kaderregeling AO/IC.
De kaderregeling AO/IC zal vooral qua toepassing geëvalueerd moeten worden op doelmatigheid betreffende het bereiken van juiste, tijdige en volledige DBCs. Met dit oogmerk vindt onder regie van ZN reeds overleg plaats met NVZ, NFU, ZN, Coziek, NZa, CTZ en OMS.

3. Aanvullende instructies voor risicogebieden.
Het onderzoek van Vektis, aangevuld door het onderzoek van SDO/Casemix, heeft een aantal evidente risicogebieden aangetoond, die ook voldoende gekwantificeerd zijn. Uniformering van de instructies en de declaratieregels is noodzakelijk om deze risicogebieden weg te nemen. Dit kan echter enige tijd in beslag nemen. Het is zeer wenselijk dat er op korte termijn ten aanzien van deze risicogebieden aanvullende instructies komen, die specialisme overstijgend zijn. Het karakter van deze instructies is 'mag niet, tenzij…', en ze kunnen dienen als een addendum op bestaande instructies. Op deze wijze zouden ze deel uitmaken van de reguliere AO/IC.

4. Vaker onderzoek naar het declaratieverkeer.

De praktijk is de beste toets. Nu het DBC Systeem anderhalf jaar in gebruik is, raken de informatiesystemen als DIS en iZiZ voldoende gevuld om nadere statistische analyses uit te voeren. De onderzoeken van Vektis en SDO/Casemix hebben dat aangetoond. Regelmatig onderzoek naar declaraties kan nieuwe risicogebieden opsporen, en maatregelen op bestaande risicogebieden evalueren. Instructies met betrekking tot nieuwe risicogebieden zouden gedurende het jaar als een addendum aan bestaande instructies toegevoegd kunnen worden, bijvoorbeeld simultaan met de reguliere systeemaanpassingen door DBC Onderhoud.

5. Individuele declaraties vanaf 1-1-2006 niet hercontroleren.

In de brief aan de Tweede Kamer wordt onder meer gerefereerd aan de afspraak dat ziekenhuizen en verzekeraars declaraties met terugwerkende kracht tot 1-1-2006 zullen controleren. Deze afspraak was gemaakt in de veronderstelling dat partijen schade geleden zouden kunnen hebben. Zoals uit het rapport van de NZa blijkt, zijn de financiële gevolgen, voor zover al aanwezig, nihil. Er is geen sprake van financieel gewin. Tevens is de conclusie uit de diverse onderzoeken dat de declaraties niet buiten de vigerende declaratiebepalingen van 2005 vallen. Beide constateringen leiden tot de conclusie dat hercontrole van alle declaraties op lokaal ziekenhuis- en verzekeraarniveau (al dan niet met inzet van een veegploeg) weinig zinvol lijkt. De onderzoeksresultaten van Vektis en SDO/Casemix bieden voldoende informatie om de lacunes in het DBC systeem te benoemen en weg te nemen.

Bijlage 1

vektis

informatie & standaardisatie voor zorgverzekeraars

Eerste analyse verdachte DBC-declaraties

15 juni 2006

Conclusie

- In overleg met ZN zijn 4 categorieën van DBC-declaraties aangewezen waarvan wordt aangenomen dat deze veel onterechte declaraties bevatten. Door analyse van de DBC-declaraties is gebleken dat voor deze 4 categorieën er **€ 566 miljoen** teveel is gedeclareerd. De analyse is een eerste stap die in volgende fases zal worden uitgebreid en uitgediept.
- Uit deze cijfers blijkt dat de wijze van declareren van ziekenhuizen/specialisten veel fouten bevatten. Dat heeft te maken met de administratieve onvolkomenheden van de ziekenhuizen, maar vooral laat het zien dat het DBC-systeem instabiel en manipuleerbaar is door degenen die het systeem voert. Het blijkt dat het veiligheidsysteem dat daarvoor is afgesproken onvoldoende functioneert.
- Alvorens wordt verder gegaan met het vrijgeven van de ziekenhuismarkt zouden de onvolkomenheden en prikkels die de kostenoverschrijding veroorzaken moeten worden weggenomen. Dit betekent dat er uniforme regels moeten komen wat gedeclareerd mag worden. Hierbij mag het niet zo zijn dat specialisten kunnen beïnvloeden wat er wordt gedeclareerd.

vektis

Eerste inschatting omvang van te hoge kosten door verdachte DBC-declaraties bedraagt ruim € 500 miljoen

Omschrijving[1]	Omvang (in mln. euro)	Te hoge kosten (in %)	Te hoge kosten (in mln. euro)
1. SEH + eendaagse reguliere DBC	154	95%[2]	**146**
2. Dubbele SEH-DBC	9	95%[2]	**8**
3. Klinische eendags-DBC	227	56%[3]	**127**
4. DBC's met zelfde diagnose	660	43%[4]	**285**
			€ 566 miljoen

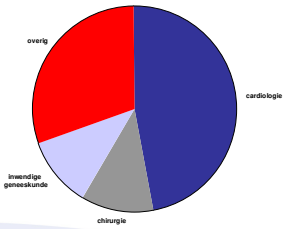
(1) Toelichting bij verschillende categorieen is opgenomen in bijlage.
(2) Deze combinatie van DBC's is niet mogelijk. Percentage is conservatief ingeschat in verband met onzekerheden.
(3) Klinische eendags DBC's worden vervangen door dagopnamen. Percentage is gebaseerd op verhouding in kosten tussen deze twee typen
(4) Percentage wordt bepaald door inschatting van onterechte declaraties.

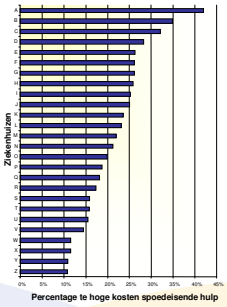
vektis

1. SEH + eendaagse reguliere DBC

vooral cardiologie, chirurgie en interne geneeskunde

Grote spreiding tussen ziekenhuizen



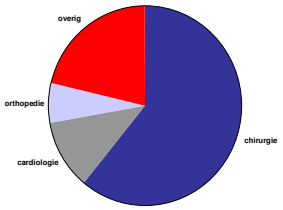


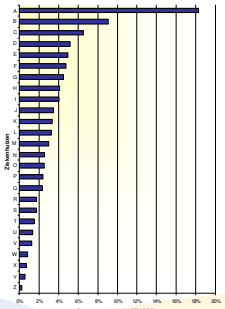
vektis

2. Dubbele SEH-DBC's

vooral chirurgie, cardiologie en orthopedie

Grote spreiding tussen ziekenhuizen

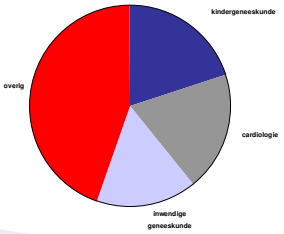




vektis

3. Klinische 1-dags DBC's

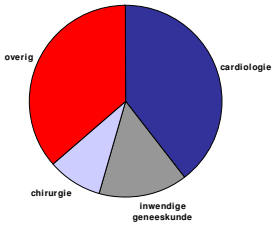
vooral kindergeneeskunde, cardiologie en inwendige geneeskunde



vektis

4. DBC's met zelfde diagnose

vooral cardiologie, chirurgie en inwendige geneeskunde



vektis

Toelichting categorieën verdachte DBC-declaraties

Omschrijving	Toelichting
1. SEH + eendaagse reguliere DBC	Het is niet mogelijk dat binnen één specialisme naast een SEH-DBC een reguliere DBC wordt geopend die op dezelfde dag weer wordt gesloten. In dat geval zou er namelijk geen sprake van een regulier zorgtraject zijn. Dit is dus een vorm van knippen.
2. Dubbele SEH-DBC	Het is niet mogelijk dat een specialist voor een verzekerde meerdere SEH-DBC's op dezelfde dag opent.
3. Klinische eendags-DBC	Een klinische DBC zou minstens twee dagen open moeten staan, anders is de behandeling poliklinisch of in dagopname geweest.
4. DBC's met zelfde diagnose	Het is uitzonderlijk dat er voor een verzekerde in een jaar binnen een specialisme meerdere DBC's met dezelfde diagnose en hetzelfde zorgtype worden geopend. Als een behandeling langer duurt moet de reguliere DBC niet gesloten worden of moet deze overgaan in een vervolg-DBC. Uitzonderingen zijn chronische DBC's en aparte DBC's voor linker- en rechter lichaamsdeel.

vektis

Bijlage 2

Onderzoeksrapportage eerste analyses DBC-declaraties

Eindrapport, juli 2006

Auteurs: dr. A. de Boo

drs. Ph.J. Mokveld

Inhoudsopgave

1 Inleiding 3
1.1 Achtergrond en aanleiding onderzoeksvraag 3
1.1.1 Problemen 4
1.1.2 Consequenties 4
1.1.3 ZN-werkgroep 5
2 Onderzoeksaanpak 6
2.1 Onderzoeksgegevens 6
2.2 Onderzoeksmethodiek 7
3 Resultaten onderzoeksvragen DBC-declaraties 8
3.1 Onderzoeksvraag 1: SEH-DBC + eendaagse reguliere DBC 8
3.2 Dubbele SEH-DBC 11
3.3 Klinische eendags-DBC 14
3.4 Meerdere DBC's met dezelfde diagnose 16
4 Vervolgonderzoek 19
5 Conclusie 20
6 Appendici 21
6.1 IZiZ 21
6.2 Onderzoeksvraag 4 26

1 Inleiding

Ziekenhuiskosten vormen verreweg de grootste kostenpost voor zorgverzekeraars. Inzicht in kosten en schadelastbeheersing op het gebied van ziekenhuizen zijn daarom voor hen essentieel.
Door de invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2005 duurt het voor zorgverzekeraars langer voordat zij voldoende declaratiegegevens op het gebied van ziekenhuiskosten hebben om een goede inschatting van de schadelast te krijgen over 2005 en 2006. Inmiddels is duidelijk geworden dat de schadelast in 2005 hoger zal zijn dan vooraf werd verwacht. Zo heeft CASEMIX geconcludeerd dat de overfinanciering van ziekenhuizen in 2005 circa 1,9 miljard euro bedraagt. Zorgverzekeraars en hun koepel Zorgverzekeraars Nederland (ZN) willen meer inzicht hebben in de achtergronden van deze schadelastontwikkeling. Hierbij gaat het niet alleen om inzicht in volume en prijsontwikkelingen, maar ook om inzicht in hoeverre de nieuwe DBC-systematiek en de wijze van declareren invloed hebben op de schadelastontwikkeling.

Vektis beschikt vanaf 1 januari 2005 over het Informatiesysteem voor ziekenhuiszorg (IZiZ). In IZiZ worden de declaratiecijfers bijgehouden op het gebied van ziekenhuiszorg, zoals die worden aangeleverd door de zorgverzekeraars.

ZN heeft Vektis gevraagd een analyse uit te voeren naar de omvang van een viertal door zorgverzekeraars gesignaleerde probleempunten. Doel van dit onderzoek is om een indruk te krijgen in hoeverre het gebruik van DBC's als declaratiesystematiek een (deel van de) verklaring zou kunnen zijn van de overfinanciering.

De categorieën van DBC's waarop het onderzoek zich geconcentreerd heeft zijn:

1. SEH-DBC + eendaagse reguliere DBC;
2. Dubbele SEH-DBC;
3. Klinische eendags-DBC;
4. Meerdere DBC's met dezelfde diagnose.

De vier categorieën zijn separaat geanalyseerd op basis van de declaratiegegevens uit IZiZ. Hierbij is gekeken naar de frequentie en de gerelateerde schadelast van de vier categorieën.

In dit rapport wordt ingegaan op de representativiteit van het gebruikte gegevensbestand uit IZiZ. Vervolgens worden de resultaten van de vier onderzoeksvragen beschreven. Het rapport wordt afgesloten met enkele conclusies.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden de achtergrond en aanleiding van het verzoek van Zorgverzekeraars Nederland aan Vektis toegelicht.

1.1 Achtergrond en aanleiding onderzoeksvraag

Een registratiesysteem met behulp van de Diagnose-Behandel Combinatie (DBC) is een op medische leest geschoeid systeem dat op dit moment nog primair bedoeld is voor de financiering van de ziekenhuisbudgetten. De minister heeft plannen om binnen afzienbare tijd ook de bekostiging van de ziekenhuizen op DBC's te baseren.

Er wordt gewerkt met zorgproducten die gelden als prestatieomschrijvingen van de geleverde zorg. Het zorgprofiel bevat het geheel van activiteiten en verrichtingen van het ziekenhuis en de medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert. Bij het ontwerp van deze zorgprofielen is uitgegaan van de zorg zoals die geboden werd aan een gemiddelde patiënt in een gemiddeld Nederlands ziekenhuis. Daarmee is de DBC een maat voor kosten, proces en uitkomst. Hoe beter een product kan worden omschreven des te groter is de kans dat het goed kan worden verwerkt in een DBC. Het uiteindelijke doel van het DBC-systeem is het bieden van een optimale transparantie die nodig is voor verdere liberalisering van de zorgmarkt.

1.1.1 Problemen

Het DBC-systeem biedt nog niet de beoogde transparantie. Hiervoor zijn verschillende redenen te noemen.

Allereerst is er voor iedere wetenschappelijke vereniging een eigen systeem ingericht. Deze systemen, die elk bestaan uit een typeringslijst en een instructie, verschillen daarbij dusdanig van elkaar dat wat voor de ene medisch specialist geldt voor zijn collega niet van toepassing hoeft te zijn. Hierbij kan het gaan om basale zaken als: wanneer wordt een DBC geopend of gesloten, wanneer wordt een volgende DBC geopend et cetera. Er staat in de instructies niet altijd duidelijk hoe men moet registreren, maar een veel groter probleem vormt het vaak ontbreken van goede regels over wat niet kan.

Een andere handicap wordt gevormd door het feit dat de inhoud van een zorgprofiel door de gebruikers niet te raadplegen is, zodat vaak vragen bestaan over of iets nu wel of niet onder het zorgprofiel valt.

Samen met de hoge mate van detaillering die het systeem kent, ontstaat zo een zeer complex en multi-interpretabel geheel. Door deze complexiteit overschrijden de eisen die aan waterdichte validatie gesteld moeten worden de mogelijkheden.

1.1.2 Consequenties

De hierboven genoemde problemen hebben voor alle gebruikers vervelende consequenties.

Ten eerste vormt de registratie door de medisch specialist een onduidelijk en arbeidsintensief proces. Daarnaast is de validatie van de geregistreerde DBC’s door het ziekenhuis een zeer moeizaam proces dat gepaard gaat met grote uitval. En ten slotte is goede formele en materiële controle van de gedeclareerde DBC’s door de verzekeraar nagenoeg onmogelijk.

Omdat met de DBC-systematiek in grotere “eenheden” wordt geregistreerd, zorgprofielen in plaats van verrichtingen, zijn de financiële gevolgen van deze registratie groter dan voorheen. Wanneer dit gekoppeld wordt aan een systeem dat onduidelijk en multi-interpretabel is, dan ontstaat een instabiele situatie die zowel kan resulteren in onder- als overfinanciering.

1.1.3 ZN-werkgroep

Om inzicht te krijgen in de DBC-systematiek en de gevolgen daarvan is begin 2006 een ZN-werkgroep gestart van medisch adviseurs en ICT-deskundigen van zorgverzekeraars.
Deze werkgroep heeft allereerst een uitgebreide analyse van de instructies van alle 24 wetenschappelijke verenigingen uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat het moeilijk is te bepalen wat, naar **de letter** van de instructies, wel en niet gedeclareerd mag worden.

Maar tevens bleek dat de instructies van sommige specialismen zeer multi-interpretabel zijn en zelfs ingaan tegen de uitgangspunten – of met andere woorden: **de geest** – van de DBC-gedachte. Een ander punt dat bij de beoordeling van de DBC-systematiek aan het licht kwam, is dat de huidige definities van dagbehandeling en klinische behandeling, die nog uit het FB-tijdperk stammen, ontoereikend zijn. Daarmee werd duidelijk dat de door de verzekeraars gewenste ankerpunten voor de betaling en de controle van nota's niet in alle gevallen binnen het complexe DBC-systeem zijn te vinden.

2 Onderzoeksaanpak

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de onderzoeksgegevens en de onderzoeksmethodiek. De onderzoeksgegevens zijn gebaseerd op het informatiesysteem IZiZ van Vektis, waarin detailinformatie over ziekenhuisdeclaraties van zorgverzekeraars is opgenomen.

2.1 Onderzoeksgegevens

Voor de analyses is gebruikgemaakt van DBC-declaraties in het A-segment zoals deze door de zorgverzekeraars aan Vektis zijn aangeleverd ten behoeve van het detailinformatiesysteem voor ziekenhuiszorg (IZiZ). Het informatiesysteem IZiZ bevat op prestatieniveau alle informatie over ziekenhuiszorg, inclusief de instelling, het poortspecialisme en openings- en sluitingsdatum van de betreffende DBC. De gegevens voor IZiZ worden ieder kwartaal door zorgverzekeraars aangeleverd aan Vektis.

In hoofdstuk 6 is in enkele tabellen een overzicht gegeven van de huidige vulling van IZiZ. Dit is ook de set gegevens die is gebruikt voor dit onderzoek. Het systeem IZiZ is vergelijkbaar met het DIS (DBC-informatiesysteem). In haar onderzoeksrapportage ten behoeve van de Werkgroep Ontwikkeling Risicovereveningsysteem (WOR) heeft het bureau CASEMIX onlangs geconcludeerd dat de vulling van IZiZ niet volledig is, maar groter dan DIS en dat IZiZ op korte termijn meer geschikt voor analyse is dan de DIS-database.

Representativiteit

Voor dit onderzoek heeft Vektis zich beperkt tot vijf zorgverzekeraars die elk vijf kwartalen met DBC-declaraties hebben aangeleverd. Een aanleverkwartaal van een zorgverzekeraar bevat alle declaraties die bij de betreffende zorgverzekeraar dat kwartaal zijn binnengekomen en verwerkt. Als er vijf kwartalen zijn aangeleverd voor 2005, is er dus de beschikking over alle DBC's die geopend zijn in 2005 en die daarna weer zijn gesloten, gedeclareerd en door de zorgverzekeraar verwerkt voor 1 april 2006. Declaraties van DBC's die geopend zijn in 2005, maar per 31 maart 2006 nog niet gesloten of verwerkt zijn (vergelijkbaar met onderhandenwerk), zijn in de analyses niet meegenomen. Ook is hier niet voor gecorrigeerd. In Tabel 1 wordt weergegeven in hoeverre het aantal gedeclareerde DBC's in het gebruikte onderzoeksbestand afneemt gedurende het jaar. In de laatste maand is de vulling met de helft afgenomen ten opzichte van de eerste maand, maar is de vulling nog steeds redelijk.

Maand	A-en B-DBC's	A-DBC's	B-DBC's
1	11,5%	11,4%	13,6%
2	9,2%	9,1%	11,0%
3	9,6%	9,6%	10,9%
4	9,3%	9,3%	10,4%
5	8,6%	8,6%	8,4%
6	8,9%	8,9%	9,2%
7	7,4%	7,4%	7,2%
8	7,5%	7,6%	7,2%
9	8,0%	8,0%	7,6%
10	7,4%	7,4%	6,3%
11	7,1%	7,2%	5,5%
12	5,4%	5,5%	2,8%
Totaal	100%	100%	100%

Tabel 1: Afname gedeclareerde DBC's over de maanden.

De vijf zorgverzekeraars die in dit onderzoek zijn meegenomen, representeren vier miljoen verzekerden. De overige zorgverzekeraars zijn niet meegenomen, omdat ze tot nu toe minder kwartalen aan IZiZ hebben aangeleverd, wat de homogeniteit van het onderzoeksbestand zou schaden. Doordat het onderzoeksbestand maar op gegevens van vijf zorgverzekeraars gebaseerd is, zijn niet alle Nederlandse ziekenhuizen even goed gerepresenteerd. Daarom zullen de in hoofdstuk 3 gebruikte tabellen en grafieken zich beperken tot de 26 algemene ziekenhuizen, waarvan minstens 50 procent van de totale aanvaardbare kosten voor 2005 in IZiZ is terug te vinden. Van deze 26 ziekenhuizen zijn er 6 topklinisch (STZ). Het gebruikte onderzoeksbestand wordt overigens niet beperkt tot deze 26 ziekenhuizen.

Aangezien het doel van dit onderzoek niet is om specifieke ziekenhuizen te onderzoeken zijn de namen van ziekenhuizen in dit onderzoek niet opgenomen. In plaats daarvan worden de ziekenhuizen met de letters A tot en met Z aangeduid. De toewijzing van deze letters vindt bij elke onderzoeksvraag plaats op basis van ordening op de relatieve schade. In de rapportage van de verschillende onderzoeksvragen komen specifieke ziekenhuizen hierdoor niet overeen.

2.2 Onderzoeksmethodiek

De onderzoeksmethodiek en definiëring van de verschillende groepen van DBC's wordt toegelicht in hoofdstuk 3, waarin ook de resultaten worden toegelicht.

Alle bedragen in dit rapport zijn geëxtrapoleerd naar de totale populatie van verzekerden in 2005 op basis van het aantal verzekerden in het onderzoeksbestand. Er hebben verder geen populatiecorrecties plaatsgevonden.

De in het onderzoek berekende schadebedragen dienen slechts als indicatie voor de omvang van de geconstateerde problemen. De werkelijke schade kan hoger of lager uitpakken. Zo is in het onderzoek geen rekening gehouden met onderhandenwerk. Dit laatste wordt in paragraaf 2.1 toegelicht. Ook vinden er door gedeeltelijke overlap van de vier categorieën dubbeltellingen plaats.

Zo is een deel van de eendaagse reguliere DBC's uit de eerste categorie een klinische eendags-DBC, die ook in de derde categorie DBC's vallen. Een inschatting van de overlap valt buiten de scope van dit onderzoek.

3 Resultaten onderzoeksvragen DBC-declaraties

Elk van de in de inleiding genoemde onderzoeksvragen wordt in dit hoofdstuk achtereenvolgens besproken. Hiertoe zal op specialismeniveau en soms ook op ziekenhuisniveau ingezoomd worden.

3.1 Onderzoeksvraag 1: SEH-DBC + eendaagse reguliere DBC

Bij spoedeisende zorg gaat het enerzijds om zorgvragen van patiënten die zich acuut en onmiddellijk voordoen en anderzijds om zorgvragen die veelal op zelfverwijzing van de patiënt dienen te worden beoordeeld. Meestal vinden deze patientencontacten in het kader van spoedeisende zorg plaats op de Spoedeisende Hulp maar ze kunnen ook elders – veelal vanuit de afdeling Spoedeisende Hulp – in het ziekenhuis op de polikliniek of in de kliniek plaatsvinden.

Wanneer een patiënt eenmalig wordt gezien, dan kan de DBC – al dan niet geautomatiseerd – direct worden gesloten en gedeclareerd.

Wanneer een patiënt zich met spoed presenteert en uit deze spoedeisende zorg volgt een diagnose- en/of behandelingstraject (variërend van een polikliniekbezoek tot opname), dan kan er zowel een Spoedeisende Hulp-DBC als een reguliere DBC worden geopend binnen een zorgtraject. De arts opent en codeert de spoedeisende zorg DBC en sluit deze DBC dezelfde of de volgende dag af. In geval er sprake is van een voortgezet diagnose- of behandelingstraject, opent de arts direct na afsluiting van de SEH-DBC de reguliere DBC.

Een reguliere DBC die geopend en gesloten wordt op de dag van het SEH-bezoek met dezelfde diagnose binnen dezelfde discipline zou volgens zorgverzekeraars daarom niet mogelijk moeten zijn.

In de algemene toelichting op instructies van SDO staat letterlijk: “Wanneer er geen sprake is van een voortgezette behandeling, dan wordt er aansluitend géén reguliere DBC geopend!” Het gaat in dat geval dan om een eenmalige spoedeisende hulp DBC.

Onderzoeksvraag: Hoeveel reguliere DBC’s binnen dezelfde discipline worden geopend en gesloten op dezelfde dag als de SEH-DBC?

In Tabel 2 is de schadelast van reguliere eendaagse DBC’s die op dezelfde dag als een Spoedeisende Hulp DBC binnen hetzelfde specialisme zijn geopend weergegeven. Hierbij is een uitsplitsing gemaakt naar specialisme, waarbij de schadelast zowel absoluut als relatief ten opzichte de kosten SEH is weergegeven. Dit laatste is ook gedaan voor de aantallen reguliere eendaagse DBC’s.

Tabel 2 bevat de resultaten van deze onderzoeksvraag.

specialisme	schadelast SEH (in mln. Euro)	schadelast regulier[1] (in mln. Euro)	schadelast totaal (in mln. Euro)	schadelast regulier t.o.v. totaal	aantal regulier[2] t.o.v. SEH
oogheelkunde	12,1	0,2	12,3	2,0%	2,1%
keel-, neus- en oorheelkunde	5,6	0,7	6,3	11,5%	4,3%
chirurgie	196,9	17,3	214,2	8,1%	2,2%
plastische chirurgie	0,8	0,1	0,9	9,5%	1,6%
orthopedie	26,5	3,8	30,3	12,6%	2,8%
urologie	7,2	0,6	7,8	8,1%	1,8%
verloskunde en gynaecologie	25,2	15,7	40,9	38,4%	11,8%
neurochirurgie	0,1	0	0,1	0,0%	0,0%
inwendige geneeskunde	47,3	17,0	64,3	26,4%	3,8%
kindergeneeskunde	20,2	5,7	25,9	22,0%	4,2%
gastro-enterologen	5,0	0,9	5,9	14,9%	1,4%
cardiologie	54,8	72,4	127,3	56,9%	9,3%
longziekten	21,4	5,3	26,7	20,0%	2,8%
reumatologie	0,8	0,03	0,9	3,6%	0,5%
allergologie	0,01	0,0	0,01	0,0%	0,0%
consultatieve psychiatrie	0,9	0,0	0,9	0,0%	0,0%
neurologie	28,9	13,3	42,2	31,6%	3,8%
geriatrie	1,2	0,4	1,6	25,7%	2,1%
radiologie	0,5	0,3	0,8	34,8%	9,7%
anesthesiologie	0,4	0,01	0,4	3,0%	0,8%
	455,8	153,9	609,7	25,2%	3,9%

[1]Schadelast eendags reguliere DBC's op dezelfde dag geopend als een SEH-DBC bij hetzelfde specialisme.
[2]Aantal eendags reguliere DBC's op dezelfde dag geopend als een SEH-DBC bij hetzelfde specialisme t.o.v. aantal SEH-DBC's.

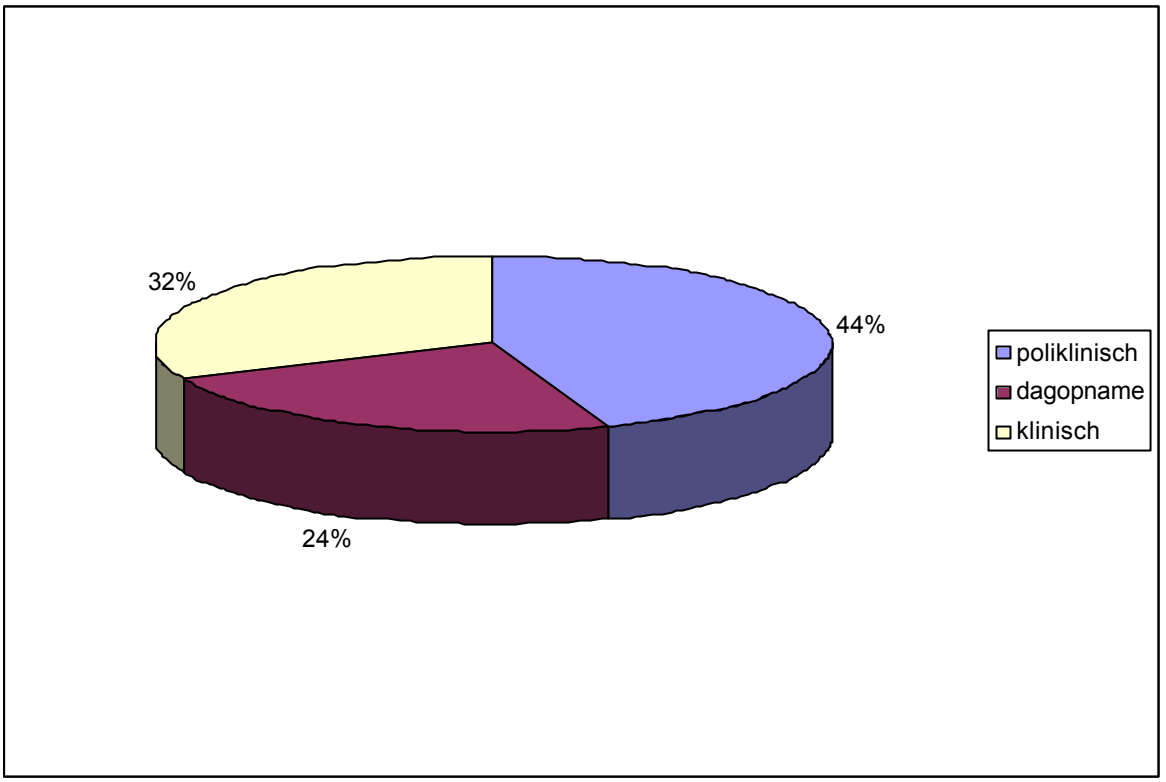
Tabel 2 Schadelast samenhangend met een eendaagse reguliere DBC naast een SEH-DBC

Uit Tabel 2 valt af te lezen dat over de specialismen heen gemiddeld 3,9 procent van de SEH-DBC's gepaard gaat met een eendaagse reguliere DBC. De schadelast van 154 miljoen euro voor de eendaagse reguliere DBC's die dit met zich meebrengt, is 25,2 procent van de totale schadelast van SEH-DBC's en de bijbehorende eendaagse reguliere DBC's.[1]

Tevens blijkt uit Tabel 2 dat de specialismen verloskunde & gynaecologie, cardiologie en radiologie relatief het vaakst een eendaagse reguliere DBC openen naast een SEH-DBC. Ook de relatieve schadelast voor eendaagse reguliere DBC's die hiermee gemoeid zijn, zijn bij deze specialismen, en dan met name cardiologie, het hoogst. In absolute schadelast voor eendaagse reguliere DBC's binnen deze onderzoeksvraag is cardiologie koploper, op ruime afstand gevolgd door chirurgie, verloskunde & gynaecologie, inwendige geneeskunde en neurologie.

In Figuur 1 wordt de verdeling naar setting weergegeven van de eendaagse reguliere DBC's die naast een SEH-DBC geopend zijn. Bijna een derde deel is klinisch.

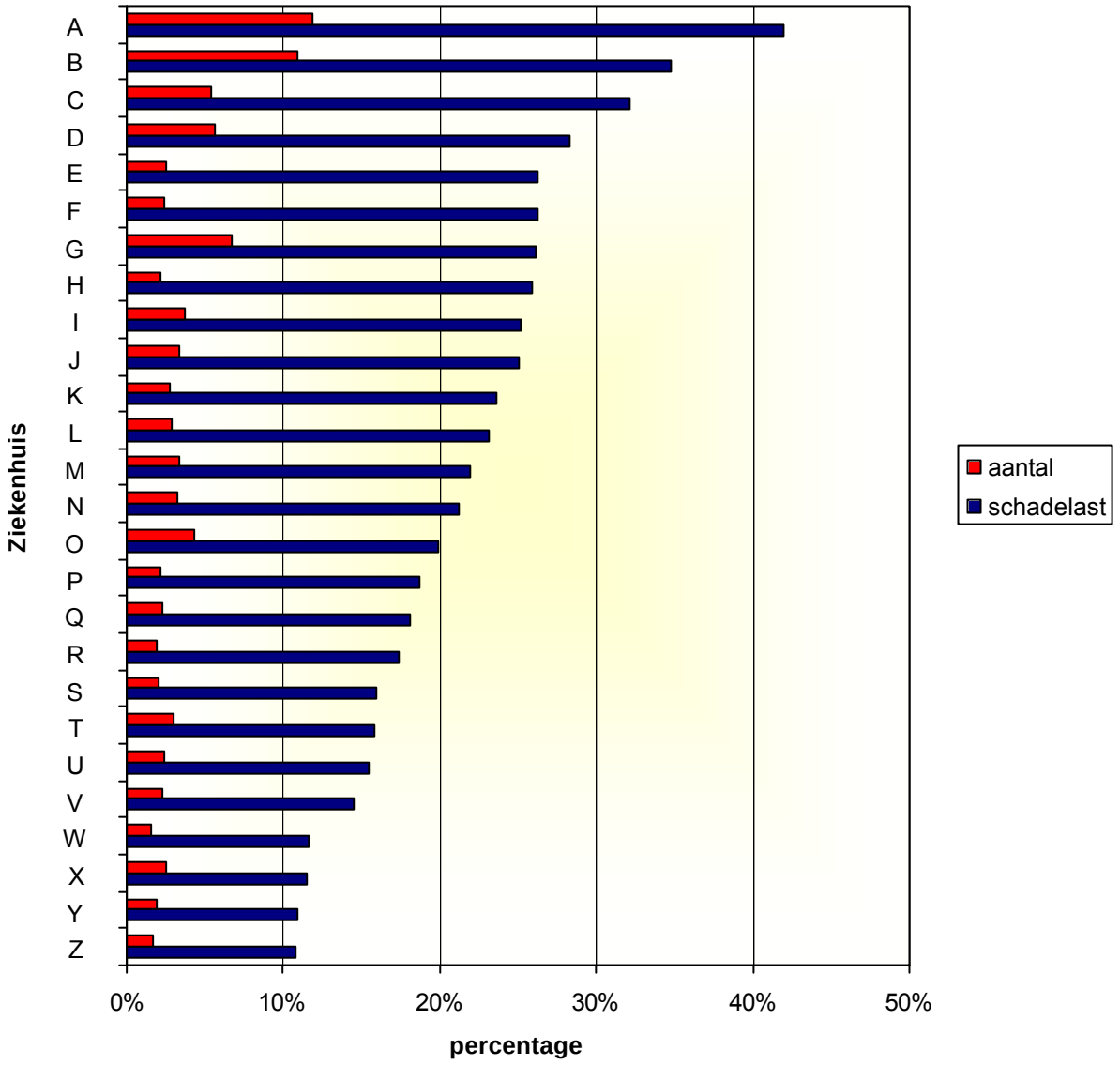
[1] In **Tabel 8** wordt een iets conservatievere inschatting gegeven van 146 miljoen euro, om te corrigeren voor eventuele creditboekingen.



Figuur 1 Verdeling eendags reguliere DBC's (bij een SEH-DBC) naar setting

Als er wordt ingezoomd op de 26 individuele algemene ziekenhuizen zoals genoemd in paragraaf 2.1, dan kan er geconstateerd worden dat er grote verschillen zijn. Dit is zichtbaar gemaakt in figuur Figuur 2. In deze figuur is voor ieder ziekenhuis de schadelast van eendaagse reguliere DBC's die samengaan met een Spoedeisendehulp DBC uitgedrukt ten opzichte van de schadelast voor de eendaagse reguliere DBC's en de SEH-DBC's samen. Ook het aantal SEH-DBC's dat een reguliere eendaagse DBC ernaast heeft wordt weergegeven relatief ten opzichte van het totale aantal SEH-DBC's dat gedeclareerd is.

In Figuur 2 is te zien dat het aantal spoedeisende DBC's met een gelijktijdig geopende eendaagse reguliere DBC ernaast varieert tussen de ziekenhuizen van 1,6 procent tot 11,9 procent. De relatieve schadelast die hier mee gemoeid zijn variëren van 10,8 procent tot 42 procent. Deze verschillen wijzen erop dat ziekenhuizen de regels niet eenduidig toepassen.



Figuur 2 Schadelast en aantal van eendaagse reguliere DBC's die samenhangen met SEH-DBC's voor 26 onderzochte ziekenhuizen.

3.2 Dubbele SEH-DBC

Een SEH-DBC is bedoeld om de eerste acute opvang te registreren en de schadelast hiervan afzonderlijk in rekening te brengen.

Uit de algemene toelichting van 1 juli 2005 kan worden afgeleid dat nooit meerdere SEH-DBC's op dezelfde dag geopend kunnen worden binnen dezelfde discipline. De regels voor parallelle DBC's (substantiële meerkosten) gelden hier dus niet.

In de template van SDO wordt dit dan ook letterlijk verwoord: "Per spoedeisende presentatie is er maar één SEH-DBC per specialisme mogelijk".

Onderzoeksvraag: Hoeveel dubbele SEH-DBC's tegelijk worden er gedeclareerd binnen eenzelfde specialisme?

Onderstaande tabel bevat de resultaten van deze onderzoeksvraag.

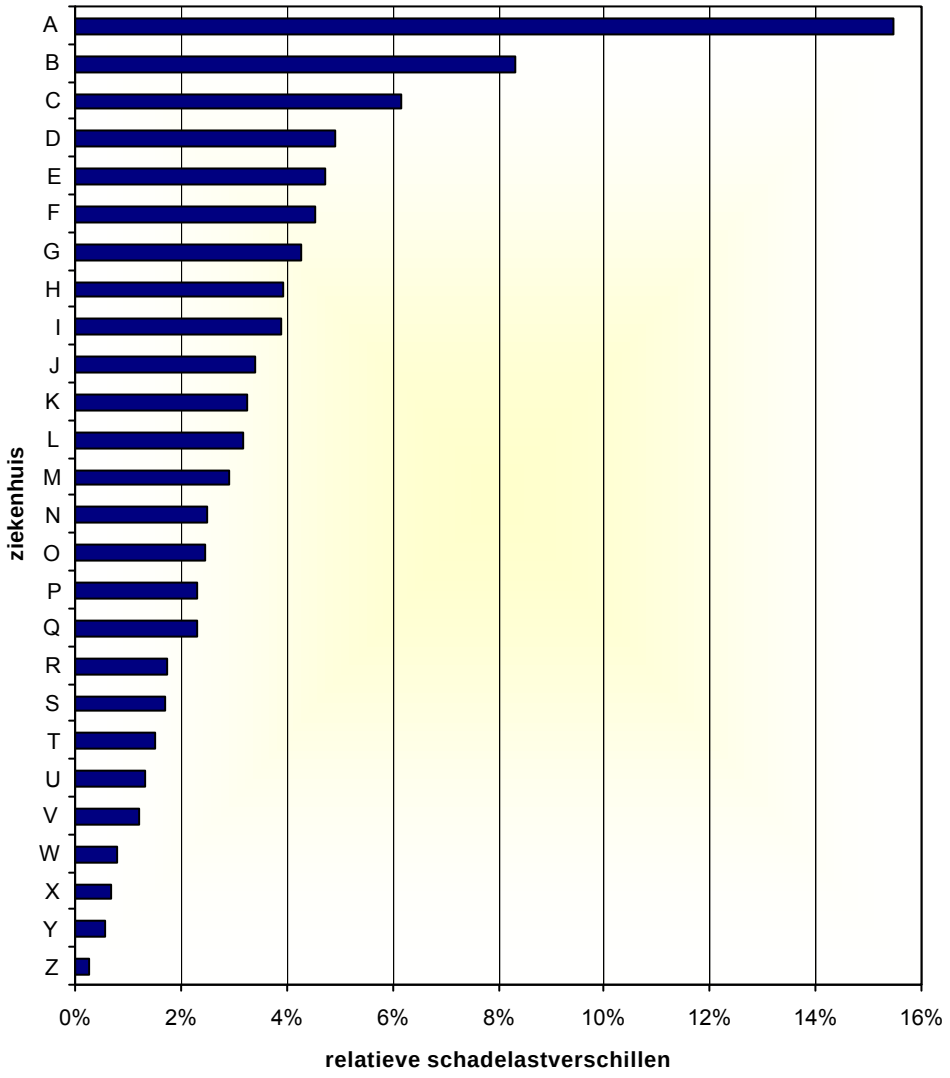
aantal SEH gelijktijdig	aantal gevallen	schadelast[1] (in mln. euro)	schadelastverschil[2] (in mln. euro)
2	92.368	16,3	8,2
3	4.316	0,8	0,6
4	820	0,2	0,1
5	208	0,05	0,04
6	44	0,01	0,01
7	4	0,001	0,001
8	8	0,002	0,002
		17,4	8,9

[1]totale schadelast voor alle SEH-DBC's waarvan er meerdere op een dag geopend worden
[2]schadelastverschillen tussen de totale kosten SEH-DBC's en de kosten wanneer deze slechts één keer gedeclareerd zouden worden

Tabel 3: Dubbele spoedeisende DBC's

In de meeste gevallen waarin er binnen een specialisme meerdere SEH-DBC's op één dag worden geopend, gaat het om twee verschillende diagnoses, maar bij een klein deel zijn de diagnoses hetzelfde. Van alle gevallen waarbij SEH-DBC's worden gedeclareerd, worden in 4,6 procent van de gevallen meerdere SEH-DBC's op dezelfde dag binnen een specialisme gedeclareerd. Uit Tabel 3 volgt dat in 5,5 procent van de gevallen waar sprake is van meerdere SEH-DBC's op één dag er minstens drie SEH-DBC's gedeclareerd worden. In de laatste kolom staan de verschillen in schadelast wanneer slechts één SEH-DBC gedeclareerd zou zijn. Een klein deel van deze schadelast van 8,9 miljoen euro voor dubbele declaraties, namelijk die met dezelfde diagnose, wordt ook in paragraaf 3.4 al meegeteld. Daarom wordt uiteindelijk 8 miljoen euro van de schadelast van 17,4 miljoen euro van de dubbele SEH-DBC's als extra schadelast beschouwd.

In Figuur 3, waarin de relatieve schadelastverschillen samenhangend met dubbele spoedeisende DBC's voor de 26 ziekenhuizen zijn weergegeven, is net als in paragraaf 3.1 een grote spreiding te zien tussen de ziekenhuizen.



Figuur 3 Relatieve verschillen in schadelast dubbele SEH-DBC's 26 ziekenhuizen

De extra schadelast voor dubbele SEH-DBC's ten opzichte van de totale schadelast van alle gedeclareerde SEH-DBC's varieert bij de bekeken ziekenhuizen van 0,3 procent tot 15,5 procent. Overigens declareren de ziekenhuizen die hier hoge relatieve schadelastverschillen tonen, relatief weinig eendaagse reguliere DBC's naast een SEH-DBC, de combinatie van DBC's die in hoofdstuk 3.1 is besproken.

3.3 Klinische eendags-DBC

De definities zoals die voor de DBC's gebruikt worden met betrekking tot dagbehandeling en klinischE opname, zijn de definities van het CTG die stammen uit het FB-tijdperk (1988).

Voor *dagbehandeling* luidt deze: "Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist".

Voor de klinische opname luidt de definitie: ´Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van de periode (waarin ook de tijdelijke regeling ziekenhuisverblijf van toepassing kan zijn) vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag".

Stichting DBC-Onderhoud hanteert de definitie: "De aanvang van een aaneensluitend verblijf in het ziekenhuis met de intentie om de patiënt langer dan 24 uur te onderzoeken, te behandelen, te verplegen en te verzorgen".

In het algemeen zou men kunnen stellen dat een klinische opname minimaal 24 uur duurt (of dat dat in ieder geval de intentie is) en dat daarom het openen en sluiten van een DBC nooit op dezelfde dag kan plaatsvinden. Hier zou in heel speciale gevallen van afgeweken kunnen worden, bijvoorbeeld wanneer de patiënt komt te overlijden. In alle andere gevallen gaat het om een poliklinische behandeling of een dagbehandeling.

Uit de bestanden van verzekeraars blijkt dat er grote aantallen klinische eendags-DBC's voorkomen, dus DBC's met de setting 'klinisch' die op dezelfde dag zijn geopend en gesloten.

Omdat het in het geval van een klinische DBC gaat om een zorgprofiel met een gemiddelde opnameduur voor de patiënten die met die diagnose in het ziekenhuis worden opgenomen, spreken we meestal van een opname van meerdere dagen. Het prijsverschil tussen een dagbehandeling en een klinische DBC is dan ook aanzienlijk.

Wanneer dus op grote schaal DBC's die op dezelfde dag zijn geopend en gesloten worden gescoord als klinische DBC, leidt dit tot een forse toename van de totale schadelast.

<u>Onderzoeksvraag</u>: Hoeveel klinische DBC's worden op dezelfde dag geopend en gesloten per specialisme?

Tabel 4 bevat de resultaten van deze onderzoeksvraag.

Specialisme	schadelastverschil relatief.[1]	schadelastverschil[1] (in mln. euro)	aantallen relatief[2]
oogheelkunde	0,72%	0,1	2,30%
keel-, neus- en oorheelkunde	1,05%	0,7	1,73%
chirurgie	1,49%	15,7	2,43%
plastische chirurgie	0,80%	0,3	1,40%
orthopedie	0,72%	1,7	0,99%
urologie	0,77%	1,0	1,40%
verloskunde en gynaecologie	2,66%	11,0	6,38%
neurochirurgie	0,76%	0,3	1,71%
dermatologie	2,70%	0,5	3,06%
inwendige geneeskunde	2,65%	20,4	4,42%
kindergeneeskunde	9,16%	25,6	9,93%
gastro-enterologen	2,16%	2,6	2,72%
cardiologie	2,16%	24,2	10,64%
longziekten	1,62%	7,4	1,97%
reumatologie	0,03%	0,01	0,47%
neurologie	3,27%	14,4	3,99%
geriatrie	1,53%	1,1	2,67%
radiotherapie	0,09%	0,04	2,79%
anesthesiologie	3,52%	0,2	4,74%
	2,39%	127,2	5,66%

[1]De schadelastverschillen worden berekend door de schadelast van klinische eendags-DBC's te vervangen door die van dagopnamen. Dit wordt afgezet tegen de totale schadelast voor alle klinische DBC's.
[2]Het aantal klinische eendags-DBC's t.o.v. het totaal aantal klinische DBC's

Tabel 4 Verschil in schadelast klinische eendags-DBC's en dagopnamen per specialisme

In Tabel 4 staan per specialisme het relatieve aantal klinische eendags-DBC's ten opzichte van alle klinische eendags-DBC's. Verder wordt het verschil in schadelast weergegeven wanneer deze klinische eendags-DBC's als dagopname gedeclareerd zouden worden. Dit is zowel relatief ten opzichte van de schadelast voor alle klinische DBC's als absoluut. Omdat het specialisme kindergeneeskunde geen dagopname kent, is er bij dit specialisme voor gekozen om het verschil in schadelast tussen klinische DBC's en poliklinische DBC's te bepalen. Het poortspecialisme radiologie wordt hier buiten beschouwing gelaten, omdat dit specialisme niet werkt op basis van klinische behandelingen of dagopnamen.

Van alle gedeclareerde klinische DBC's staat 5,7 procent slechts één dag open, met de hoogste percentages per specialisme bij cardiologie, kindergeneeskunde en verloskunde & gynaecologie. In absolute verschillen in schadelast zijn het de specialismen cardiologie, kindergeneeskunde en inwendige geneeskunde die meer dan vijftig procent voor hun rekening nemen. De relatieve verschillen in schadelast ten opzichte van de totale schadelast voor klinische DBC's worden vooral gemaakt bij kindergeneeskunde en verder bij anesthesiologie en neurologie. Op totaalniveau is het schadelastverschil tussen klinische eendags-DBC's en dagopnamen 127 miljoen euro, ten opzichte van de 227 miljoen euro voor alle klinische eendags-DBC's. In deze analyses is niet meegenomen dat er een overlap is tussen de onderzochte categorieën 1 en 3.

Specialisme		kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 3	kwartaal 4	2005
303	Aantal (%)	2,5%	2,4%	2,0%	2,9%	2,4%
	schadelast (%)	1,6%	1,6%	1,4%	2,2%	1,7%
307	Aantal (%)	6,5%	6,2%	6,1%	6,9%	6,4%
	schadelast (%)	4,8%	4,9%	4,8%	5,6%	5,0%
313	Aantal (%)	4,3%	4,6%	4,5%	4,3%	4,4%
	schadelast (%)	2,8%	3,1%	3,1%	3,2%	3,0%
316	Aantal (%)	9,2%	9,9%	10,3%	10,5%	9,9%
	schadelast (%)	9,6%	10,7%	10,2%	11,1%	10,3%
320	Aantal (%)	10,3%	11,2%	10,6%	10,5%	10,6%
	schadelast (%)	8,3%	9,0%	8,8%	9,2%	8,8%
322	Aantal (%)	1,7%	2,1%	2,0%	2,3%	2,0%
	schadelast (%)	1,6%	1,9%	1,9%	2,1%	1,8%
330	Aantal (%)	3,7%	3,8%	4,3%	4,4%	4,0%
	schadelast (%)	3,3%	3,5%	4,0%	4,1%	3,7%
Alle specialismen	Aantal (%)	5,2%	5,6%	5,7%	6,3%	5,7%
	schadelast (%)	3,8%	4,2%	4,2%	5,0%	4,2%

Tabel 5 Percentage eendags klinisch ten opzichte van alle klinische DBC's per kwartaal voor meest representatieve specialismen.

Voor deze categorie is er onderzocht of er veranderingen zijn in het declaratiepatroon over de verschillende kwartalen van 2005 heen. In Tabel 5 staan voor de meest representatieve specialismen (dat wil zeggen specialismen met de meeste declaraties betreffende deze onderzoeksvraag) het aantal en de schadelast van de gedeclareerde eendags klinische DBC's als percentage van alle gedeclareerde klinische DBC's. Op het eerste gezicht lijkt het erop dat deze percentages licht stijgen over de kwartalen. Er kan hier echter geen conclusie aan verbonden worden, aangezien in latere kwartalen vooral de langer lopende klinische DBC's ondervertegenwoordigd zullen zijn. Vanwege de problemen van interpretatie bij het vergelijken van kwartalen zullen deze vergelijkingen bij de overige onderzoeksvragen achterwege worden gelaten.

Voor klinische eendags-DBC's zijn er nog geen vergelijkingen getrokken qua prevalentie tussen ziekenhuizen.

3.4 Meerdere DBC's met dezelfde diagnose

Uit Tabel 10 in hoofdstuk 6.1 blijkt dat binnen elk specialisme vele DBC's per verzekerde voorkomen. Gezien het feit dat 38 procent van alle reguliere DBC's slechts één dag openstaat, lijkt de vraag gerechtvaardigd om te onderzoeken hoe vaak het dubbele of x-dubbele DBC's met dezelfde diagnose betreft. Immers, als een initiële reguliere DBC (te) snel wordt gesloten zal, indien patiënt zich met dezelfde zorgvraag weer presenteert, een nieuwe DBC geopend moeten worden omdat heropenen van DBC's niet mogelijk is.

De indruk bestaat dat vaak een tweede reguliere DBC wordt geopend, waar volstaan had kunnen worden met het openen van een vervolg-DBC die in principe een duur heeft van 365 dagen.

Onderzoeksvraag: Hoe vaak wordt meer dan één reguliere DBC met dezelfde diagnose binnen hetzelfde specialisme geopend?

De chronische DBC's voor dialyse en thuisbeademing zijn voor deze analyse uit het onderzoeksbestand weggelaten, omdat deze in 2005 maandelijks geopend en gesloten mochten worden. De resultaten staan in Tabel 6.

aantal zelfde diagnose	aantal gedeclareerd	percentage	schadelast (in mln. euro)
1	4296648	89,63%	4863,1
2	396216	8,26%	526,8
3	63024	1,31%	84,6
4	20736	0,43%	27,2
5	7280	0,15%	7,9
6	3360	0,07%	3,9
7	1624	0,03%	2,1
8	1152	0,02%	2,0
rest	3980	0,08%	4,7

Tabel 6 Frequentie zelfde diagnose binnen een specialisme in 2005

In Tabel 6 is af te lezen dat tien procent van alle gedeclareerde DBC's één of meer 'dubbelgangers' heeft met dezelfde diagnose en zorgtype binnen een specialisme. Twee procent heeft minstens twee 'dubbelgangers'. Tabel 6 is ingekort weergegeven; er zijn zelfs verzekerden gevonden

in het onderzoeksbestand met 54 of 55 DBC's met dezelfde diagnose.

specialisme	2 diagnoses (totale schadelast)		3+ - diagnoses (schadelast-verschillen)		schadelast alle DBC's
oogheelkunde	€ 8,4	4,6%	€ 0,7	0,4%	€ 184,6
keel-, neus- en oorheelkunde	€ 13,3	5,3%	€ 1,4	0,5%	€ 251,2
chirurgie	€ 51,0	3,3%	€ 5,1	0,3%	€ 1.556,7
plastische chirurgie	€ 6,1	5,9%	€ 0,6	0,5%	€ 103,4
orthopedie	€ 13,0	2,6%	€ 0,7	0,1%	€ 491,9
urologie	€ 10,0	3,7%	€ 0,5	0,2%	€ 272,3
verloskunde en gynaecologie	€ 39,1	5,8%	€ 8,4	1,2%	€ 680,6
neurochirurgie	€ 1,0	1,5%	€ -	0,0%	€ 63,2
dermatologie	€ 8,2	5,3%	€ 0,8	0,5%	€ 155,4
inwendige geneeskunde	€ 66,2	4,5%	€ 15,3	1,0%	€ 1.469,1
kindergeneeskunde	€ 14,1	3,9%	€ 1,7	0,5%	€ 363,8
gastro-enterologen	€ 5,1	3,0%	€ 0,6	0,4%	€ 171,1
cardiologie	€ 180,4	12,7%	€ 38,0	2,7%	€ 1.415,2
longziekten	€ 35,1	5,8%	€ 7,9	1,3%	€ 601,4
reumatologie	€ 4,9	7,2%	€ 3,6	5,2%	€ 67,8
allergologie	€ 0,0	0,3%	€ -	0,0%	€ 4,3
cardiopulmonale chirurgie	€ 2,2	0,9%	€ -	0,0%	€ 251,9
neurologie	€ 47,8	7,4%	€ 4,6	0,7%	€ 649,6
geriatrie	€ 9,6	11,3%	€ 1,1	1,2%	€ 85,5
radiotherapie	€ 8,8	5,9%	€ 1,8	1,2%	€ 148,2
anesthesiologie	€ 2,6	5,5%	€ 0,8	1,6%	€ 47,9
totaal	€ 526,8	5,8%	€ 93,4	1,0%	€ 9.034,9

Tabel 7 Omvang schadelas tverschillen meervoudige diagnose per specialisme

Het is heel specialismenafhankelijk welk deel van de dubbelgedeclareerde DBC's voor linker- en rechterlichaamsdeel is gedeclareerd. Hiervoor is een diepere analyse nodig. Daarom wordt in Tabel 7 voor de DBC's die precies twee keer voorkomen met dezelfde diagnose de totale schadelast weergegeven. Voor de DBC's die drie of meer keer voorkomen, worden daarentegen de schadelastverschillen weergegeven met de situatie waarin de betreffende DBC's slechts één keer gedeclareerd zouden zijn. Het totale schadelastverschil voor deze laatste groep is 93 miljoen euro. Voor de DBC's die precies twee keer voorkomen, maar niet samenhangen met linker- én rechterlichaamsdeel, is een ruwe inschatting gemaakt van de schadelast van 384 miljoen euro. De schadelastverschillen voor deze groep wanneer de DBC's slechts één keer meegeteld zouden worden, is dan 192 miljoen euro. De totale inschatting voor de schadelastverschillen komt hiermee op 285 miljoen euro ten opzichte van de totale schadelast voor meervoudige DBC's van 660 miljoen euro. Deze laatste schadelast kan uit Tabel 6 worden afgelezen.

4 Vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek zijn er twee richtingen die ingeslagen kunnen worden. Ten eerste kunnen de in hoofdstuk 3 besproken analyses op een dieper niveau geanalyseerd worden. In deze ‘quick scan’ is vrijwel geen rekening gehouden met verschillen in de toepassing van declaratieregels zoals opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen (specialismen). Ook binnen een specialisme is vaak een dieper niveau nodig om te bepalen of declaraties rechtmatig zijn. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan meerdere DBC’s met dezelfde diagnose, zoals besproken in paragraaf 3.4. Verder kunnen verschillen tussen ziekenhuizen dieper geanalyseerd worden door ook per ziekenhuis op specialismenniveau te kijken.

Ook kan er meer rekening worden gehouden met overlap van de gedane analyses, zodat dubbeltellingen worden voorkomen, en met onderschattingen door het ontbreken van onderhandenwerk.

Ten tweede kan het aantal vraagstukken dat geanalyseerd wordt, worden uitgebreid. De nu onderzochte types vraagstukken zijn wel de meest voor de hand liggende, maar zeker niet de enige.

5 Conclusie

In opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft Vektis een eerste onderzoek gedaan naar DBC-declaraties. Doel van dit onderzoek was om een 'quick scan' te doen om het vóórkomen van mogelijke foutieve declaraties in kaart te brengen. In onderling overleg met ZN is besloten om dit onderzoek te concentreren op een aantal relatief makkelijk te analyseren DBC-declaraties, waarvan het vermoeden bestaat dat deze oneigenlijke declaraties bevatten. Uit de eerste analyse van de DBC-declaraties kan worden geconcludeerd dat er in 2005 naar schatting 566 miljoen euro oneigenlijk is gedeclareerd. Aangezien het grootste gedeelte van de ziekenhuisproductie en de inzet van medisch specialisten gebudgetteerd is, hebben ziekenhuizen en specialisten geen financieel voordeel hiervan. Een onderbouwing hiervan, opgesplitst naar het soort probleem, wordt weergegeven in Tabel 8. Voor deze schatting is geen rekening gehouden met eventuele overlap.

Omschrijving	omvang (in mln. euro)	schadelast-verschillen (in %)	schadelast-verschillen (in mln. euro)
SEH-DBC+ eendaagse reguliere DBC	610	24%	146
Dubbele SEH-DBC (binnen specialisme)	17	46%	8
Klinische eendags-DBC	227	56%	127
DBC's met dezelfde diagnose	660	43%	285
Totaal			566

Tabel 8 Schade omvang oneigenlijke declaraties.

Opvallend in de uitkomsten van het onderzoek is de grote variatie tussen specialismen en tussen ziekenhuizen. Dit wijst erop dat verschillende instellingen of specialisten op verschillende wijze met de DBC-systematiek omgaan. Dat kan te maken hebben met de administratieve onvolkomenheden van de ziekenhuizen, maar vooral laat het zien dat het DBC-systeem niet stabiel is en dat betrokkenen een eigen invulling daaraan kunnen geven. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de validatiemodule, die als veiligheidssysteem moet dienen om dit te voorkomen, onvoldoende functioneert. Om de onvolkomenheden in de DBC-systematiek weg te nemen zullen afspraken over DBC-declaraties verduidelijkt en aangescherpt moeten worden.

De inschatting van schadelastverschillen in tabel 5 kan worden geïnterpreteerd als een kwantificering van de kloof tussen (de interpretatie van) de letter en de geest van de DBC-systematiek. Waarbij de aannamen voor dit onderzoek zijn gebaseerd op de interpretatie zoals is opgenomen in hoofdstuk 2 en 3. Over deze aannamen en de onduidelijkheden in de DBC-systematiek kan en moet verder worden gediscussieerd.

Verandering van de letter of van de geest betekent dat uitkomsten van analyses, zoals beschreven in dit onderzoek, ook zullen veranderen.

6 Appendici

6.1 IZiZ

Het totale IZiZ-bestand van Vektis bevat op dit moment 3,3 miljoen DBC's (zowel A- als B-segment) met een totale schadelast van 3,1 miljard euro. Deze DBC's zijn gedeclareerd voor 1,7 miljoen verzekerden. In totaal representeren de elf verzekeraars die nu in IZiZ zijn opgenomen 6,7 miljoen verzekerden. In onderstaande tabellen wordt in meer detail op de inhoud van IZiZ ingegaan.

Aantal DBC's per verzekerde	Aantal verzekerden	Percentage	Aantal DBC's
1	926.629	55,2	926.629
2	386.774	23,0	773.548
3	169.673	10,1	509.019
4	83.394	5,0	333.576
5	44.177	2,6	220.885
6	24.766	1,5	148.596
7	14.582	0,9	102.074
8	8.990	0,5	71.920
9	5.730	0,3	51.570
10	3.767	0,2	37.670
11	2.538	0,2	27.918
12	1.873	0,1	22.476
13	1.390	0,1	18.070
14	1.002	0,1	14.028
15	718	0,0	10.770
16	526	0,0	8.416
17	399	0,0	6.783
18	303	0,0	5.454
19	243	0,0	4.617
20	181	0,0	3.620
21	103	0,0	2.163
22	94	0,0	2.068
23	65	0,0	1.495
24	64	0,0	1.536
25	43	0,0	1.075
26	31	0,0	806
27	29	0,0	783
28	30	0,0	840
29	15	0,0	435
30	19	0,0	570
31	9	0,0	279
32	9	0,0	288
33	7	0,0	231
34	7	0,0	238
35	3	0,0	105
36	6	0,0	216
37	2	0,0	74
38	3	0,0	114
39	1	0,0	39
41	1	0,0	41
42	1	0,0	42
43	1	0,0	43
44	1	0,0	44
47	1	0,0	47
48	2	0,0	96
49	2	0,0	98
50	1	0,0	50
53	2	0,0	106
57	1	0,0	57
60	1	0,0	60
61	2	0,0	122
62	1	0,0	62
64	1	0,0	64
71	1	0,0	71
72	1	0,0	72
105	1	0,0	105

Tabel 9 Het aantal DBC’s per verzekerde.

aantal dbcs per verzekerde per specialisme	oogheelkunde	keel-, neus- en oorheelkunde	chirurgie	plastische chirurgie	orthopedie	urologie	verloskunde en gynaecologie	neurochirurgie	dermatologie	inwendige geneeskunde	kindergeneesk unde	gastro-enterologen	cardiologie
	301	302	303	304	305	306	307	308	310	313	316	318	320
1	282.790	137.633	294.119	31.003	150.236	59.427	104.770	10.704	138.078	125.171	49.842	26.706	106.127
2	38.944	21.209	108.697	4.556	33.510	12.155	32.837	1.483	19.551	32.825	20.620	4.910	33.919
3	8.831	3.979	23.504	701	6.091	2.888	15.043	185	3.433	8.248	7.645	1.133	13.323
4	2.539	1.052	7.751	141	1.424	963	7.182	29	744	2.948	3.167	317	6.246
5	823	332	2.360	48	362	407	3.450	8	164	1.204	1.481	117	3.234
6	281	147	949	9	92	163	1.615	1	43	695	715	39	1.720
7	111	50	347	7	37	86	852		17	389	372	22	1.047
8	50	22	169	3	9	57	419		5	210	173	8	629
9	33	9	71	3	8	29	221		1	165	107	6	333
10	11	2	37	1	5	17	98		1	156	75	7	218
11	7		19		1	8	49		2	233	54	1	119
12	1	2	17		1	3	43		2	293	34		102
13	1		9		1	4	10		1	282	12	1	47
14	1	2	8		1	3	16			132	10		28
15	1	1	6			1	7		2	73	10	2	21
16			5		1		4			46	5	1	16
17			1				3		1	24	4	1	8
18			4				5		1	13	4		9
19			3			1			1	9	1	1	6
20							1			6	2		3
21							2			7			5
22							1			1			2
23			2						1	3	1		3
24			1							2			1
25			2						1	1	1		1
26			1							2			
27			1							1	1		1
28										1			2
29										1			1
30+			2						1	6	1		4

aantal dbcs per verzekerde per specialisme	longziekten	reumatologie	allergologie	revalidatie	cardio-pulmonale chirurgie	psychiatrie	neurologie	geriatrie	radiotherapie	radiologie	anesthesiologie	klinische genetica	Onbekend
	322	324	326	327	328	329	330	335	361	362	389	390	9
1	46.231	21.938	2.791	223	3.954	4.262	122.746	7.142	7.234	4.186	9.219	3.073	33.402
2	14.233	2.464	274	29	149	401	29.508	1.432	918	579	1.540	33	2.859
3	4.452	396	22	5	19	55	6.608	269	168	153	394		445
4	1.715	93	2		2	10	2.001	69	45	58	124		120
5	844	20	1		1	4	649	16	21	30	49		44
6	483	6				3	219	7	3	17	12		23
7	265	7					85	1	2	1	10		9
8	151	7				1	49	1	1	2	1		4
9	107	4					23	3		1	1		3
10	63	4				1	15			1	1		2
11	54	1					8	1		1	1		2
12	88					1	6				1		2
13	64	1					4	1					
14	19						1	3					
15	9	1					1						1
16	9						1						
17	8						1						
18	4												
19	2							1					
20	2												
21	1												
22													
23	1												
24													1
25	1												
26													
27	1												
28													
29										1			
30+	1							3					

Tabel 10: Aantal DBC's per verzekerde per specialisme.

Wat opvalt in Tabel 10 is dat het regelmatig voorkomt dat verzekerden binnen een specialisme drie of meer DBC's hebben. Onderzoeksvraag 4 in paragraaf 3.4 gaat hier ook op in.

Specialismenaam	11, regulier	12, SEH	13, ICC	16, medebehandeling	21, vervolg	25, exacerbatie	onbekend	Eindtotaal
oogheelkunde	350.902	21.126	3.067		28.333	1.415		404.843
keel-, neus- en oorheelkunde	170.918	9.002	2.692		14.094	2.726		199.432
chirurgie	257.839	351.980	8.089		16.976	1.669		636.553
plastische chirurgie	39.141	1.193	572		2.265	15		43.186
orthopedie	180.927	49.106	1.470		11.766	837		244.106
urologie	65.804	9.391	6.348		14.338	5.126		101.007
verloskunde en gynaecologie	229.742	46.615			8.972			285.329
neurochirurgie	13.489	72			807	19		14.387
dermatologie	170.286		6.088		12.647	2.911		191.932
inwendige geneeskunde	109.367	76.496	34.928		39.310			260.101
kindergeneeskunde	98.721	32.707	2.068	1.021	11.067	360		145.944
gastro-enterologen	25.989	7.231	4.193		4.411	636		42.460
cardiologie	155.807	77.269	22.956		32.019			288.051
longziekten	46.435	28.169	9.426	4.635	15.021	6.443		110.129
reumatologie	20.075	1.060	1.387		6.260			28.782
allergologie	2.865	12	82		459			3.418
revalidatie	173				123			296
cardio-pulmonale chirurgie	4.201				121			4.322
psychiatrie		944	2.082	2.311				5.337
neurologie	147.535	40.544	11.370		15.450	868		215.767
geriatrie	5.962	953	1.280	2.670	586			11.451
radiotherapie	8.830		199		870			9.899
radiologie	5.929	383	10		47			6.369
anesthesiologie	9.555	583	974		3.302			14.414
klinische genetica	2.918		141		80			3.139
Eindtotaal	2.123.410	754.836	119.422	10.637	239.324	23.025	41.520	3.312.174

Tabel 11 Aantal DBC's per specialisme en zorgtype. Vooral de vervolg-DBC's zullen in IZiZ nog ondervertegenwoordigd zijn, omdat deze veelal een lange looptijd kennen.

	Som	aantal dagen					
specialismenamen	POORTSPECIALISME	**1**	**2-10**	**11-30**	**31-364**	**365+**	Eindtotaal
	9	16.913	3.397	4.760	15.897	553	41.520
oogheelkunde	301	287.203	16.976	22.612	71.327	6.725	404.843
keel-, neus- en oorheelkunde	302	81.800	11.348	25.626	77.135	3.523	199.432
chirurgie	303	380.467	69.724	69.786	111.253	5.323	636.553
plastische chirurgie	304	17.731	2.135	5.302	17.595	423	43.186
orthopedie	305	131.226	8.864	23.243	78.235	2.538	244.106
urologie	306	28.703	8.122	17.726	43.676	2.780	101.007
verloskunde en gynaecologie	307	131.861	28.775	33.828	87.775	3.090	285.329
neurochirurgie	308	5.904	635	1.262	6.235	351	14.387
dermatologie	310	87.167	10.001	27.131	63.085	4.548	191.932
inwendige geneeskunde	313	127.490	28.699	40.780	51.374	11.758	260.101
kindergeneeskunde	316	60.082	37.341	15.612	29.699	3.210	145.944
gastro-enterologen	318	16.847	5.244	5.649	13.208	1.512	42.460
cardiologie	320	136.839	46.479	26.942	68.790	9.001	288.051
longziekten	322	43.717	16.999	17.613	27.610	4.190	110.129
reumatologie	324	7.106	1.683	7.054	10.665	2.274	28.782
allergologie	326	536	176	710	1.744	252	3.418
revalidatie	327	38	11	25	222		296
cardio-pulmonale chirurgie	328	340	504	659	2.803	16	4.322
psychiatrie	329	2.672	1.617	738	276	34	5.337
neurologie	330	87.296	24.577	34.868	65.921	3.105	215.767
geriatrie	335	2.388	2.878	2.563	3.487	135	11.451
radiotherapie	361	1.313	1.484	1.786	4.965	351	9.899
radiologie	362	5.438	589	151	183	8	6.369
anesthesiologie	389	4.110	1.592	1.436	6.834	442	14.414
klinische genetica	390	360	549	580	1.637	13	3.139
	Eindtotaal	1.665.547	330.399	388.442	861.631	66.155	3.312.174

Tabel 12 Aantal DBC's per specialisme en looptijdklasse (aantal dagen). Bijna de helft van alle DBC's staat één dag open, dat wil zeggen de openingsdatum is gelijk aan de sluitingsdatum.

specialismenamen	Aantal DBC's POORTSPECIALISME	ZORGTYPE aantal dagen open 11, regulier 1	2-10	11-30	31-364	365+	Totaal 11, regulier
	9						
oogheelkunde	301	253.105	13.633	19.693	61.045	3.426	350.902
keel-, neus- en oorheelkunde	302	68.850	9.717	23.451	66.805	2.095	170.918
chirurgie	303	50.272	37.969	66.135	101.120	2.343	257.839
plastische chirurgie	304	15.831	1.829	4.969	16.142	370	39.141
orthopedie	305	78.501	6.655	21.751	71.969	2.051	180.927
urologie	306	13.105	5.478	14.772	31.525	924	65.804
verloskunde en gynaecologie	307	84.828	26.839	32.522	83.364	2.189	229.742
neurochirurgie	308	5.598	566	1.202	5.838	285	13.489
dermatologie	310	79.707	8.484	24.915	54.576	2.604	170.286
inwendige geneeskunde	313	27.416	18.625	20.535	39.312	3.479	109.367
kindergeneeskunde	316	26.049	34.273	14.222	22.905	1.272	98.721
gastro-enterologen	318	6.376	3.796	4.887	10.487	443	25.989
cardiologie	320	43.961	37.043	21.967	50.006	2.830	155.807
longziekten	322	7.853	8.701	11.281	17.856	744	46.435
reumatologie	324	4.837	980	6.238	7.696	324	20.075
allergologie	326	460	158	640	1.532	75	2.865
revalidatie	327	26	8	22	117		173
cardio-pulmonale chirurgie	328	265	503	655	2.762	16	4.201
neurologie	330	40.218	18.483	31.936	55.455	1.443	147.535
geriatrie	335	991	824	1.291	2.773	83	5.962
radiotherapie	361	933	1.426	1.732	4.737	2	8.830
radiologie	362	5.033	563	147	178	8	5.929
anesthesiologie	389	2.862	825	1.102	4.519	247	9.555
klinische genetica	390	272	520	524	1.589	13	2.918
	Eindtotaal	817.349	237.898	326.589	714.308	27.266	2.123.410

Tabel 13 Aantal DBC's per specialisme en looptijdklasse (aantal dagenopen), regulier

specialismenamen	Aantal DBC's POORTSPECIALISME	21, vervolg 1	2-10	11-30	31-364	365+	Totaal 21, vervolg
	9						
oogheelkunde	301	12.120	1.471	2.241	9.245	3.256	28.333
keel-, neus- en oorheelkunde	302	2.354	515	1.395	8.459	1.371	14.094
chirurgie	303	3.066	904	1.990	8.100	2.916	16.976
plastische chirurgie	304	322	189	290	1.414	50	2.265
orthopedie	305	4.503	356	1.072	5.377	458	11.766
urologie	306	1.369	680	1.530	8.978	1.781	14.338
verloskunde en gynaecologie	307	1.925	612	1.203	4.333	899	8.972
neurochirurgie	308	255	50	56	382	64	807
dermatologie	310	2.320	496	1.304	6.673	1.854	12.647
inwendige geneeskunde	313	604	999	18.369	11.070	8.268	39.310
kindergeneeskunde	316	1.210	472	979	6.484	1.922	11.067
gastro-enterologen	318	265	156	471	2.455	1.064	4.411
cardiologie	320	3.198	1.941	3.172	17.554	6.154	32.019
longziekten	322	774	497	2.305	8.034	3.411	15.021
reumatologie	324	460	381	677	2.792	1.950	6.260
allergologie	326	46	10	27	199	177	459
revalidatie	327	12	3	3	105		123
cardio-pulmonale chirurgie	328	75	1	4	41		121
neurologie	330	1.708	840	1.778	9.473	1.651	15.450
geriatrie	335	84	38	56	358	50	586
radiotherapie	361	191	49	54	227	349	870
radiologie	362	27	13	4	3		47
anesthesiologie	389	534	111	210	2.254	193	3.302
klinische genetica	390	9	4	29	38		80
	Eindtotaal	37.431	10.788	39.219	114.048	37.838	239.324

Tabel 14 Aantal DBC's per specialisme en looptijdklasse (aantal dagen open), vervolg

		ZORGTYPE							
aantal_dagen	Gegevens	**11**	**12**	**13**	**16**	**21**	**25**	**Onbekend**	**Totaal**
1	Aantal DBC's	817.349	700.131	90.115	830	37.431	2.778	16.913	1.665.547
	Percentage per zorgtype	38%	93%	75%	8%	16%	12%	41%	
2-10	Aantal DBC's	237.898	49.801	17.516	5.868	10.788	5.131	3.397	330.399
	Percentage per zorgtype	11%	7%	15%	55%	5%	22%	8%	
11-30	Aantal DBC's	326.589	2.558	6.871	2.988	39.219	5.457	4.760	388.442
	Percentage per zorgtype	15%	0%	6%	28%	16%	24%	11%	
31-364	Aantal DBC's	714.308	2.282	4.857	901	114.048	9.338	15.897	861.631
	Percentage per zorgtype	34%	0%	4%	8%	48%	41%	38%	
365+	Aantal DBC's	27.266	64	63	50	37.838	321	553	66.155
	Percentage per zorgtype	1%	0%	0%	0%	16%	1%	1%	
Eindtotaal Aantal DBC's		2.123.410	754.836	119.422	10.637	239.324	23.025	41.520	3.312.174
Eindtotaal Percentage per zorgtype		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tabel 15 Aantal DBC's per zorgtype en looptijdklasse (aantal_dagen_open). De percentages tellen per zorgtype op tot honderd procent.

6.2 Onderzoeksvraag 4

Aantal DBC's	zelfde_diag										
POORTSPECIALISME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12
301	198.785	5.707	311	49	6						
302	81.471	3.460	288	51	16	6	3				
303	81.042	2.474	125	14	2		2				
304	21.697	960	58	6	3	1			1		
305	43.291	1.671	104	9							
306	31.161	1.521	39	3							
307	102.249	7.798	1.221	320	88	36	8	5	1		1
308	1.294	21									
310	93.693	3.282	186	20	3		1		1		
313	57.062	1.424	115	16	3	3	2	1	1		
316	21.285	788	42	5	1						
318	7.957	198	7	2		1					
320	50.838	4.295	575	133	36	15	2	3		1	
322	22.649	972	88	23	5	2		1			
324	10.751	190	6		1						
326	800	5									
328	879	16									
330	63.795	2.286	116	16	4	2				1	
335	2.735	174	13	3	1						
361	3.430	257	41	10	3	1		1			
362	57										
389	3.794	70	5								
390	18										
Eindtotaal	900.733	37.569	3.340	680	172	67	18	11	4	2	1

Tabel 16 Aantal meervoudige DBC's per specialisme, regulier

Aantal DBC's	zelfde_diag										
POORTSPECIALISME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
301	4.418	295	34	6	2	1					
302	55	2									
303	53.599	3.863	553	179	48	25	11	5	3	3	
304	35	2	1								
305	68	1									
306	52										
308	6										
313	41.340	5.212	1.040	351	123	43	20	15	7	6	5
316	2.556	174	8	3							
318	13										
320	5.973	265	46	15	1	3	5				
322	37	1									
326	4	1									
329	2										
330	4.966	112	3								
335	1										
Eindtotaal	113.125	9.928	1.685	554	174	72	36	20	10	9	5

Tabel 17 Aantal meervoudige DBC's per specialisme, SEH

POORTSPECIALISME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
301	11.304	251	6	2							
302	631	7									
303	4.027	109	4		1						
304	818	24			1						
305	2										
306	1.958	77	9	3							
307	122	3		1							
308	16	1									
310	3.630	61	1								
313	7.860	139	15	3						1	
316	435	9	1								
318	961	31	2								
320	14.770	587	74	16	4		2	1	1		
322	6.695	300	39	4	5				1	1	1
324	3.202	143	21	6	1	1	1	3	2	1	1
326	57	1									
330	2.320	140	21	5	4		1	1	1		
335	27	1									
361	636	13									
389	833	133	34	22	2						
Eindtotaal	60.304	2.030	227	62	18	1	4	5	5	3	2

Tabel 18 Aantal meervoudige DBC's per specialisme, vervolg

Bijlage 3

Nederlandse Zorgautoriteit i.o. (CTG/ZAio en CTZ)

Declaraties Beter Controleerbaar

Onderzoek naar de toepassing van declaratiebepalingen van DBC's

augustus 2006

Inhoud

Managementsamenvatting 5

Conclusies, voornemens en aanbevelingen van de NZa 9

1. Aanleiding 11

2. Opzet onderzoek en verantwoording 13

2.1 Vraagstelling 13
2.2 Aanpak 16
2.3 Afstemming rond het onderzoek 17

3. Analyse van het onderzoek naar declaratiebepalingen dat Vektis in opdracht van ZN heeft uitgevoerd 19

3.1 Algemeen 19
3.2 Korte beschrijving van het onderzoek van Vektis 19

4. Analyse declaratiebepalingen en Instructies 21

4.1 De Instructies onder de loep 21
4.1.1 Gebruik van begrippen en Instructies 22
4.2 Confrontatie van de specifieke DBC-categorieën uit het Vektis- onderzoek met declaratiebepalingen 24
4.2.1 De categorie “Spoedeisende hulp”-DBC en eendaagse reguliere DBC tegelijkertijd 25
4.2.2 De categorie dubbele SEH-DBC op één dag door hetzelfde specialisme 26
4.2.3 De categorie klinische eendaagse DBC’s 26
4.2.4 Meerdere DBC’s met dezelfde diagnose 27
4.3 Beschouwing en algemene conclusies 28

5. Schets van de controleketen 31

5.1 Inleiding 31
5.2 Declaratieproces: de kant van de zorgaanbieder 32
5.3 Budgettaire waarborgen tegen financiële risico's 33
5.4 Controlewerkzaamheden zorgverzekeraars 35
5.5 Conclusies 40

6. Verbeterplan marktpartijen en VWS 41

6.1 Inleiding 41
6.2 Nadere beschouwing van het verbeterplan 41
6.3 Algemene conclusie over het verbeterplan 43

7. Conclusies en aanbevelingen 45

7.1 Conclusies 45
7.1.1 Vraagstelling 45
7.1.2 Controleketen en risico's uitgavenontwikkeling 46
7.1.3 Systeemontwikkeling en verbeterplannen 46
7.2 Aanbevelingen voor vervolgstappen 46
7.2.1 Systeemvereisten 46
7.2.2 Controletoepassingen 47
7.2.3 Toetsingskader 48

Bijlagen

Managementsamenvatting

Naar aanleiding van een door Zorgverzekeraars Nederland naar buiten gebrachte rapportage en daarop gebaseerde berichten in de media over te hoge declaraties van ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Nederlandse Zorgautoriteit i.o.(NZa)[1] om onderzoek gevraagd.
De vraag aan de NZa was tweeledig:

- nagaan of declaraties van DBC's (A-segment) in strijd zijn met de daarvoor geldende bepalingen;
- nagaan of voorschriften voor de declaratie moeten worden aangepast.

De aard van de vraagstelling heeft de NZa in het begin van het onderzoek doen besluiten zich met name te richten op een kwalitatief onderzoek van de voorschriften, die voor het registreren en declareren van DBC's van kracht zijn. Analyse van handelingen en situaties bij individuele zorgaanbieders heeft alleen zin als deze tot duidelijke bevindingen over strijdigheid van gedrag met regels kan leiden. Daarop aansluitend besloot de NZa zich ook te buigen over het systeem van controle, dat onjuiste of verboden handelingen voor het declareren moet uitsluiten. De NZa kijkt daarbij naar de doelstellingen van het DBC-systeem voor de bekostiging en financiering van DBC's in een marktgeoriënteerde omgeving. In een dergelijke situatie zullen er geen budgetten meer fungeren als vangnet voor kostengevolgen, die samenhangen met eventueel onjuist declareren. De instellingsbudgettering voor de ziekenhuizen en de lumpsum voor de medisch specialisten vormen op dit moment zulke vangnetten. Ze nemen in zekere zin het zicht weg op het belang van correct declareren.

In het onderzoek zijn de bevindingen van Vektis, die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) naar buiten heeft gebracht en die aanleiding vormden voor de berichten in de media, tegen het licht gehouden. Dit heeft meegespeeld in de analyse van de voorschriften rond het registreren en declareren.
De analyse van de voorschriften, die gelden bij het registreren en declareren, is gericht op de vraag of de 'norm' eenduidig en duidelijk is. Met name de Instructies, die de medisch specialisten en ziekenhuizen bij het typeren en declareren van DBC's hanteren, zijn tegen het licht gehouden. Daarbij is breder gekeken dan alleen de onderwerpen uit het Vektis-onderzoek, dat zich beperkt tot vier specifieke categorieën van declaraties. De NZa heeft onderzocht of er meer potentiële situaties zijn aan te wijzen waar de Instructies en typeringslijsten aanleiding kunnen vormen voor afwijkingen in declaratiegedrag.

De conclusie is dat de norm op veel onderdelen zo weinig scherp is, dat niet toe te komen is aan een oordeel of declaraties juist of onjuist zijn. Dat geldt in het bijzonder voor de vier specifieke casus uit het Vektisonderzoek, maar er zijn in de Instructies en typeringslijsten meer onduidelijkheden aan te wijzen. De norm zoals deze in voorschriften voor het typeren en

1 Formeel is vanzelfsprekend nog sprake van de organisaties College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. en College toezicht zorgverzekeringen. Nu binnenkort de Wet marktordening gezondheidszorg (die de oprichting van de NZa regelt) in werking treedt, hanteert dit rapport alvast de benaming NZa.

declareren van DBC's is opgenomen, is niet eenduidig en duidelijk. Tegelijk moet daarbij de stelling zijn, dat vage normen een te hoog declaratieniveau niet legitimeren. Daarmee concludeert de NZa ten aanzien van de eerste vraag van de minister, dat niet aantoonbaar sprake is van onrechtmatig declaratiegedrag. Dat het niet 'fout' is, houdt niet automatisch in dat het 'correct' is. In deze zin doet de NZa aanbevelingen voor verbetering van de registratie door middel van duidelijke en eenduidige definities en Instructies, waarmee een antwoord wordt gegeven op de tweede vraag van de minister. De NZa onderschrijft de stelling dat in verband met de huidige bekostigingssystemen de zorginstellingen en de medisch specialisten geen financieel voordeel bij onjuist declareren hebben.

De conclusie dat de normstelling binnen het DBC-systeem te vaag is om conclusies te trekken over onrechtmatig declareren door individuele zorgaanbieders, heeft geleid tot het besluit om geen feitenonderzoek bij instellingen uit te voeren. De consequentie daarvan is dat in de systeemanalyse wordt geconstateerd dat er risicogebieden voor declaraties bestaan. Maar er kunnen geen uitspraken worden gedaan over de omvang van het probleem van te grote interpretatieruimte in de Instructies en de frequentie van situaties, waarin het probleem optreedt.

Hoe kan een bekostigingssysteem worden gehanteerd, dat te hoge declaraties niet opmerkt? Vanuit deze vraag, die voor de NZa als toezichthouder op alle markten van zorg en verzekering relevant is, heeft het onderzoek aandacht besteed aan de controleketen. Allereerst zijn te hoge declaraties onwenselijk voor de consument. Deze is weliswaar (voor het merendeel van de zorg) verzekerd, maar wordt direct (eigen risico) of indirect (premiegevolgen) geconfronteerd met de lasten van te hoge declaraties. De zorgverzekeraar moet zich openbaar verantwoorden over de uitvoering van de zorgverzekering. Gegevens over de kosten van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg moeten ook met het oog op de verevening correct zijn.
Bij het doorlichten van deze keten blijkt dat in 'opzet' sluitende regelingen tot stand zijn gebracht, maar dat deze nog niet 'werken'. Dat betreft vooral de verantwoording van het ziekenhuis. In 2005 is op grote schaal sprake van lacunes in de interne administratieve organisatie. In de kern daarvan speelt evenwel opnieuw dat waar de norm niet duidelijk is, controle achteraf onvoldoende corrigerende werking kan hebben. Vervangende controles door de zorgverzekeraar konden niet tijdig en voldoende soelaas bieden. De NZa betrekt de uitvoering van de controles door zorgverzekeraars bij haar toezichtrapport over de ziekenfondsverzekering over het jaar 2005. Het versterken van de achteraf-controle is geen structurele oplossing van het probleem van een niet stabiel systeem en kan ook niet slagen als de basis niet wordt verbeterd.

Een tweede reden om naar de aspecten van controle en verantwoording te kijken, naast de taak om toezicht te houden op de verzekeringsuitvoering, ligt in de NZa-taak van markttoezicht. De centrale opdracht van de NZa is om ten behoeve van de verzekerde consument de efficiëntie van de zorg te laten toenemen. In die zin bevordert de NZa marktwerking. Ook voor de ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg telt dat uitgangspunt. In de visie van de NZa

wordt hieraan gevolg gegeven door de invoering van prestatiebekostiging in een geliberaliseerd reguleringsmodel met een prijsplafond, zoals de NZa heeft geadviseerd in haar uitvoeringstoets over de bekostiging van medisch-specialistische zorg, “De zichtbare hand”. In een dergelijk reguleringsmodel is een stabiel en solide DBC-systeem nodig, waarbinnen de prestatiebeschrijvingen voldoende eenduidig zijn. Hoewel vanzelfsprekend ook in het huidige bekostigingssysteem adequate prestatiebeschrijvingen nodig zijn, vergt een verdere introductie van marktwerking dat DBC’s leiden tot gelijke prestatiebeschrijving in gelijke gevallen.

De NZa komt in deze lijn tot de aanbeveling het DBC-systeem te verbeteren en te vereenvoudigen vanuit de optiek van declareren en bekostigen. Daarbij moet niet alleen worden gekeken vanuit het blikveld van de zorgaanbieders, maar juist ook vanuit de zorgverzekeraars. Binnen het onderzoek is gekeken naar het voorstel van de verschillende marktpartijen voor de verbeteraanpak van het DBC-systeem: “DBC’s eenvoudig beter”. De NZa ziet hierin goede aanknopingspunten, die qua intentie overeenkomen met de aanbevelingen van de NZa. Het totale pakket aan voorgestelde maatregelen moet echter in het licht van de geconstateerde knelpunten worden aangepast. De NZa dringt er op aan als doelstelling van het DBC-systeem voorop te zetten, dat het moet leiden tot een op duidelijke prestaties gebaseerde inkoop van zorg en betrouwbare declaraties. De conclusies en aanbevelingen uit dit onderzoeksrapport neemt de NZa mee in een op te stellen toetsingskader voor de verdere ontwikkeling en het onderhoud van het DBC-systeem.

Het is evident dat de verbetervoorstellen tijd vergen. De NZa vindt, gezien de eisen die uit de bekostiging en financiering voortvloeien, dat deze tijdspanne zo kort mogelijk moet worden gehouden. Een strakke sturing vanuit het publieke belang is daarbij hard nodig; zowel naar inhoud als naar realisatieplanning.

Op weg naar een beter systeem zal de huidige DBC-systematiek voldoende stabiel moeten zijn voor bekostiging van de ziekenhuiszorg en betrouwbare declaraties voor de consument. De NZa vindt dat al op korte termijn moet worden gekeken naar de voortgang van de verbetermaatregelen van ziekenhuizen voor de werking van de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC/registratie en facturering. Toepassing van regels, Instructies voor de DBC-registratie en -validering komen samen in werkprocessen, waarvoor de ziekenhuisorganisatie verantwoordelijkheid moet nemen. Indien bevindingen daarover tot de conclusie leiden dat ook voor de komende tijd de AO/IC niet op orde is, doet de NZa de aanbeveling te bestuderen of tijdelijk een maatregel nuttig kan zijn om de zorgverzekeraars meer informatie te laten verschaffen door de zorgzorgaanbieders over de profielen van de gedeclareerde DBC's. Hoewel zo’n maatregel op zich een afwijking vormt in het gekozen systeem van controle, schept het tijdelijk mogelijkheden voor de controles van zorgverzekeraars en draagt het langs die weg bij aan de stabiliteit van het systeem.

Conclusies, voornemens en aanbevelingen van de NZa

1. Met betrekking tot de vraag of declaraties van DBC's in strijd zijn met de geldende bepalingen concludeert de NZa het volgende. De normen in het typeren van DBC's zijn dermate onduidelijk dat niet is vast te stellen, dat in het geval van DBC's die in het Vektis-rapport zijn geanalyseerd, onrechtmatig is gedeclareerd. Om die reden heeft de NZa vooral de normstelling onderzocht.
2. Het DBC-systeem in zijn huidige vorm staat zoveel vrijheidsgraden toe aan de zorgaanbieder bij het typeren van de DBC, dat controle door de zorgverzekeraar en het toezicht ernstig worden bemoeilijkt. Hieruit volgt naar de mening van de NZa dat de publieke belangen, met name de doelmatigheid, onvoldoende tot hun recht komen in het DBC-systeem.
3. Het hoge niveau van declaraties (2005) wordt niet door middel van controles gecorrigeerd. De instellingsbudgettering en lumpsum voor medisch specialisten die in de visie van de minister van VWS en de NZa in de toekomst verdwijnen, werken in de huidige situatie als correctiemechanisme.
4. Door het gebrek aan eenduidige prestatiebeschrijvingen leidt een overstap naar een andere vorm van regulering van de markt met doelmatigheidsprikkels tot onnodige risico's, tenzij aanvullende controlemaatregelen worden geëffectueerd. Een betrouwbaar DBC-systeem is voorwaarde voor verdere liberalisering.
5. Het DBC-systeem moet in zijn opzet worden verbeterd om knelpunten weg te nemen en te komen tot DBC's die elk een voldoende duidelijke prestatiebeschrijving bevatten. Vanuit het publiek belang moeten de criteria worden vastgelegd waaraan het systeem moet voldoen. Het opstellen hiervan past bij de toezichthoudende en regulerende taken die de NZa heeft op basis van de huidige Wet tarieven gezondheidszorg en die ook in de Wet Marktordening Gezondheidszorg zijn opgenomen. Het verbeterplan van de veldpartijen is een stap in de goede richting, maar is in zijn huidige vorm nog niet voldoende. Dit plan zal ook aan deze criteria moeten voldoen.
6. Onderdeel van de benodigde verbeteringen zijn uniformering en aanscherping van de declaratiebepalingen waar de Instructies voor het typeren een cruciaal onderdeel van zijn. Ook moet, gezien het doel van het gebruik van het DBC-systeem, het aantal DBC's worden ingeperkt. Instructies en typeringslijsten moeten door verschillende zorgaanbieders steeds uniform worden toegepast. De NZa is voornemens om door toetsing van de Instructies en typeringslijsten en vaststelling daarvan in beleidsregels of nadere regels correcte toepassing voor te schrijven. De NZa regelt daarbij ook versiebeheer van de Instructies.
7. De besturen van de instellingen die DBC's declareren, dragen zelf verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid en het functioneren van een adequate AO/IC. Ook afgezien van vage normen voor eenduidig typeren en declareren van DBC's waren de administratieve procedures van de instellingen en de daarbij horende controlesystemen in 2005 niet op orde. Dit is in 2005 al gebleken, ondanks de stelling van de zorgaanbieders in 2004 dat men klaar was voor de DBC-invoering. De NZa vindt het noodzakelijk dat de externe accountants van de zorginstellingen op korte

termijn onderzoek doen naar de stand van zaken bij de AO/IC van de zorgaanbieders in 2006 en de voortgang van verbeteringen die moeten worden uitgevoerd als gevolg van het ontbreken van goedkeurende verklaringen over 2005. In het kader van de bevindingen in dit rapport is het voor de NZa niet vanzelfsprekend dat de coulanceregeling, zoals voor 2005 is toegepast, in 2006 wordt voortgezet.

8. Voordat de aanpassingen in het DBC-systeem zijn gerealiseerd, beveelt de NZa in de tussentijd aan om extra maatregelen te treffen om te voorzien in voldoende controle.

9. De NZa heeft het voornemen om, ten behoeve van de borging van de publieke belangen die met het DBC-systeem zijn gemoeid, een toetsingskader te ontwikkelen. Daarmee wordt beoogd de ruimte die het huidige systeem biedt te normeren. De NZa zal de marktpartijen consulteren bij het ontwikkelen van dit kader.

1. Aanleiding

Op 15 juni 2006 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een onderzoek naar buiten gebracht, waarin gewag werd gemaakt van mogelijk oneigenlijke declaraties over 2005 door ziekenhuizen en medisch specialisten. Het ging daarbij om declaraties van DBC's uit het A-segment, die naar de mening van ZN niet in overeenstemming zijn met de geest van het DBC-systeem.
Naar aanleiding van dit bericht heeft de minister van VWS op 21 juni 2006 een brief aan de Tweede Kamer gestuurd, waarin hij een aantal maatregelen aankondigde. Dat betrof het instellen van een Taskforce met alle marktpartijen onder leiding van VWS, alsmede een verzoek aan de NZa om een onderzoek in te stellen naar de vraag of instellingen in strijd met vigerende declaratiebepalingen hebben gehandeld.
Op 7 juli 2006 heeft de minister een formeel verzoek aan de NZa gestuurd (bijlage 1).

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek dat de NZa heeft uitgevoerd.

2. Opzet onderzoek en verantwoording

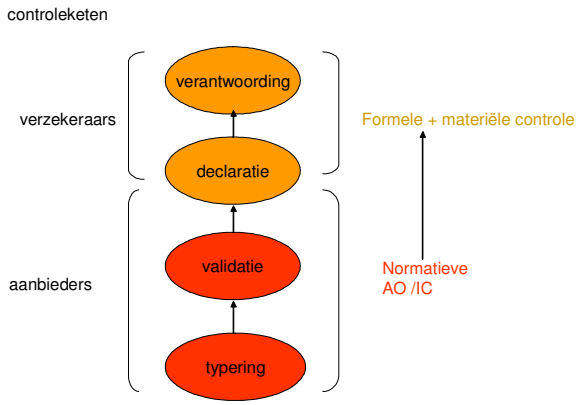
2.1 Vraagstelling

In het verzoek van de minister van VWS van 7 juli 2006 is sprake van een tweeledige vraagstelling. De minister vraagt de NZa om te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten in strijd met geldende declaratiebepalingen hebben gedeclareerd en daarnaast te onderzoeken of de declaratiebepalingen aanscherping behoeven.
De beantwoording van de vragen van de minister moet naar de mening van de NZa worden gezien tegen de achtergrond van de doelstellingen van het DBC-systeem. Uiteindelijk moet het DBC-systeem introductie van prestatiebekostiging en marktwerking mogelijk maken. Dat stelt eisen aan het tariefsysteem. Het DBC-systeem moet stabiel zijn, eenduidige prestatiebeschrijvingen leveren en daarmee een instrument bieden dat zowel voor consumenten, zorgaanbieders als zorgverzekeraars betrouwbaar is en de goede prikkels geeft voor doelmatigheidsbevordering. Vanuit die optiek is ook de publieke toetsing en borging van het systeem van belang.

Onrechtmatig declaratiegedrag houdt in dat er door zorgaanbieders wordt afgeweken van vastgestelde (wettelijke) normen voor declaraties. Dat vergt dus primair een analyse van de normen, i.c. de Instructies en declaratiebepalingen, om te bepalen of de normstelling voldoende duidelijk is.

Daarnaast heeft de NZa vooral gekeken naar de mogelijke gevolgen voor de zorgverzekeraars en de risico's die het declaratiegedrag met zich meebrengt voor de verantwoording van de uitgaven van zorgverzekeraars. In onderstaand schema is de samenhang weergegeven tussen typeringsinstructies en de verantwoording van de zorguitgaven.

Figuur: controleketen



Het proces van administreren en declareren start bij de typering van de DBC door de specialist. De Instructies en typeringslijsten bepalen in het bovenstaande schema de eerste schakel in de

keten. Na afsluiten van de DBC vindt binnen het ziekenhuis een controle plaats op de juistheid ervan, de zogenaamde validatie. Deze validatie maakt gebruik van een aantal regels en van te voren gedefinieerde kenmerken van de DBC, waarbij vooral de kenmerkende verrichtingen ('essentiële verrichtingen') van belang zijn. Dit zijn verrichtingen die, simpel gezegd, in het profiel van de DBC moeten voorkomen om deze te kunnen goedkeuren. Na de validatie kan de DBC aan de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.

De typering van de DBC vindt plaats aan de hand van typeringslijsten en Instructies. De inhoud daarvan wordt vastgesteld door de stichting DBC-Onderhoud, waarbij de Wetenschappelijke Verenigingen in overleg met DBC-Onderhoud de inhoud bepalen. Daarmee is een praktijk gegroeid waar de facto sprake is van zelfregulering door de betrokken beroepsgroep.

Vanuit het oogpunt van regulering is voor het declareren van DBC-tarieven artikel 2 van de Wet tarieven gezondheidszorg leidend. Dat zegt, kort samengevat, dat het verboden is een tarief (of prestatiebeschrijving zonder tarief) te declareren, dat niet is goedgekeurd door CTG/ZAio. Op grond van de WTG kan CTG/ZAio, straks de NZa, ook nadere regels of beleidsregels vaststellen voor de declaratie van tarieven. Voor de DBC-declaraties zijn dergelijke declaratiebepalingen vastgesteld. Deze bepalingen verwijzen naar de geldende typeringsinstructies. Daarmee hebben de typeringsinstructies het karakter van een wettelijk voorschrift en is afwijking daarvan aan te merken als een overtreding van artikel 2 van de WTG. De typeringslijsten en Instructies hebben dus geen vrijblijvend karakter, maar zijn wettelijk verankerd. De praktijk laat zien dat er geen inhoudelijke toets op de Instructies en typeringslijsten plaatsvindt en dat geen sprake is van een autorisatieprocedure bij het publiceren van wijzigingen en aanvullingen op de Instructies.
Naast de declaratiebepalingen heeft CTG/ZAio een nadere regel vastgesteld, die zorgaanbieders verplicht de administratieve organisatie en interne controle rond het declaratieproces volgens bepaalde normen in te richten. Dit is de zogenaamde kaderregeling AO/IC.
De controlewerkzaamheden van de zorgverzekeraars op declaraties rusten in belangrijke mate op deze kaderregeling.

Uit de schematische weergave van de controleketen blijkt dat problemen met betrekking tot de typering van DBC's de basis van de controleketen aantasten. Immers, met een goed functionerende AO/IC is te verifiëren of de typeringsinstructies correct worden nageleefd. Indien deze echter ruimte voor interpretatie open laten vindt verderop in het proces geen correctie plaats. Datzelfde geldt voor de voorgeschreven validatie. Die berust op het uitgangspunt dat de volgens de Instructies getypeerde DBC's worden getoetst aan een aantal vooraf gedefinieerde kenmerken zoals bepaalde verrichtingen.
De WTG en straks de Wmg kennen de NZa de bevoegdheid toe regels vast te stellen zoals declaratiebepalingen.[2] Materieel wordt de inhoud van de typeringslijsten en Instructies echter

[2] WTG-beleidsregels en nadere regels worden bij de invoering van de Wmg overgenomen en waar nodig later aangepast.

door de wetenschappelijke verenigingen bepaald. In onderstaande tabel is de formele basis en de inhoudelijke invulling van de regelgeving weergegeven.

Regel	Wettelijke basis	Inhoudelijke invulling	Controle/handhaving
typeringsinstructie	Beleidsregel declaratiebepalingen Art. 11 WTG/ 35, 36,37 Wmg	Privaat: SDO en WV	Via AO/IC en externe accountant
Validatie	Beleidsregel declaratiebepalingen Art. 11 WTG/35, 36, 37 Wmg	Privaat : SDO, zorgaanbieders en ICT-leveranciers	Via AO/IC en externe accountant
Kaderregeling normatieve AO/IC	Nadere regel Art. 11 WTG/35, 36, 37 Wmg	Publiek/privaat zorgaanbieders	Bestuursverklaring en accountantsverklaring, bestuurlijke handhaving

Bij de invoering van het DBC-systeem is onder regie van het ministerie van VWS voor een beheersing van risico's gekozen, die uitgaat van zelfregulering door partijen. Bij die insteek hebben veldpartijen in belangrijke mate een rol vervuld bij het opstellen van specificaties, waaronder de typeringslijsten en Instructies. Bij het stellen van regels heeft het toenmalige CTG daarop aangesloten.
Het ontbreken van een toetsing en goedkeuring voor publicatie kan er toe leiden dat de typeringslijsten en Instructies een te vage 'norm' definiëren. Zonder concrete normen kan ook geen doeltreffende validatie plaatsvinden. Vanwege de invloed van de typeringsinstructies op de gehele controleketen heeft de NZa besloten om in het kader van dit onderzoek de vraagstelling te verbreden en de risico's voor de controleketen mede in beeld te brengen.
De NZa heeft op grond van de beschreven werking van het declaratieproces besloten om primair de basiselementen, i.c. de Instructies, te onderzoeken. Immers, die bepalen het reguleringsmodel en daarmee de normen waarmee het gedrag van individuele zorgaanbieders dient te worden vergeleken. Dit deel van het onderzoek heeft vooral bestaan uit desk research. In tweede instantie zou een feitenonderzoek bij individuele zorgaanbieders moeten volgen. In verband hiermee heeft de NZa ook bij Vektis nadere gegevens opgevraagd over de instellingen die waren betrokken in het onderzoek dat Vektis in opdracht van ZN heeft uitgevoerd. Vektis heeft daarbij gezegd dat zij geen aanleiding zag de namen van de instellingen vrij te geven.

Bij de afronding van het primaire onderzoek naar de inhoud van de regelgeving is gebleken dat hieruit geen eenduidige normen konden worden bepaald waartegen het gedrag van individuele zorgaanbieders kan worden afgezet. Met andere woorden, de normen zijn dermate ruim dat geen afwijking van de norm kan worden vastgesteld. In hoofdstuk 4 wordt dit uitgebreid beargumenteerd. Om die reden heeft de NZa besloten geen nader feitenonderzoek bij

individuele instellingen te doen. Ook is er om die reden van afgezien om verder bij Vektis aan te dringen op het overhandigen van de instellingsgegevens.

Dit is de reden dat in dit onderzoek geen uitspraken worden gedaan over het vóórkomen van onrechtmatige declaraties bij individuele instellingen. Dit kan met de gevolgde methode niet worden aangetoond. Daarmee is echter onrechtmatig declareren door individuele instellingen en specialisten op grond van dit onderzoek ook niet volledig uit te sluiten.

Een tweede beperking van de gekozen aanpak is dat het bestaan van risico's vanwege te ruime interpretatiemogelijkheden van de Instructies en typeringslijsten kan worden aangetoond, maar dat geen uitspraken kunnen worden gedaan over de omvang van het probleem en de frequentie van situaties waarin problemen optreden.

2.2 Aanpak

Het onderzoek van de NZa kent de volgende elementen:
- beoordeling Vektis-onderzoek;
- analyse van de relevante declaratiebepalingen en Instructies;
- analyse van de controleketen;
- beoordeling van het onlangs door veldpartijen en het ministerie van VWS vastgestelde verbeterplan voor de DBC-systematiek.

Aan de hand van deze stappen heeft de NZa een aantal algemene conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

Beoordeling Vektis-onderzoek
De beoordeling van het Vektis-onderzoek heeft plaatsgevonden aan de hand van de eerste rapportage van Vektis van 15 juni 2006 en de door Vektis aangeleverde definitieve vervolgrapportage d.d. 21 juli 2006. Op 10 juli en op 17 juli 2006 hebben gesprekken met respectievelijk ZN en Vektis plaatsgevonden, waarin de NZa aanvullende vragen heeft gesteld.

Bij de beoordeling van de onderzoeksresultaten heeft de NZa niet zelfstandig een kwantitatieve analyse van declaratiegegevens uitgevoerd.

Een aanvullende vraag van de NZa betrof de kwestie of uit de geanonimiseerde scores in de analyses van Vektis naar DBC's een patroon valt waar te nemen in de DBC-declaraties van ziekenhuizen. Een patroon behelst dat een 'slechte' score op één onderwerp samenhangt met een 'slechte' score op een ander onderwerp. In een brief van 17 augustus 2006 heeft Vektis aangegeven dat zo'n patroon niet uit de scores blijkt.

Analyse relevante declaratiebepalingen en Instructies
Teneinde de rapportages van Vektis te kunnen beoordelen en antwoord te geven op de vragen van de minister zijn de bestaande declaratiebepalingen doorgenomen op onduidelijkheden en interpretatieproblemen.

Analyse van de controleketen
Het declaratiegedrag beïnvloedt uiteindelijk de zorguitgaven van de zorgverzekeraars en heeft consequenties voor consumenten. Om in beeld te brengen wat de risico's zijn voor de uitgaven ten laste van de Ziekenfondswet (Zfw) respectievelijk de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de controleketen beschreven. In verband met de wijzigingen als gevolg van de invoering van de Zvw is er onderscheid gemaakt tussen 2005 en 2006. Verder is gekeken naar onderscheiden risico's in het A- en B-segment en de verschillen tussen gebudgetteerde zorgaanbieders (ziekenhuizen in A-segment) en niet gebudgetteerde zorgaanbieders (B-segment, ZBC's). Dit is relevant in verband met de voorgenomen uitbreiding van het B-segment en de toekomstige wijziging in de bekostiging van de medisch-specialistische zorg.

Beschouwing over het verbeterplan
Op 12 juni 2006 heeft de minister van VWS een brief aan de Tweede kamer gestuurd, waarin het plan 'DBC's eenvoudig beter' is gepresenteerd. In dit plan zijn aanpassingen in de DBC-systematiek opgenomen voor 2007 en verder. De NZa is nagegaan in hoeverre de voorstellen uit dit plan tegemoetkomen aan de knelpunten die zijn gesignaleerd in de declaraties en de controleketen.

2.3 Afstemming rond het onderzoek

Aan het begin van het onderzoek is op ambtelijk niveau met VWS gesproken over de aanpak die de NZa in het onderzoek zou volgen in reactie op het verzoek van de Minister van VWS. Ook is het ministerie van VWS geïnformeerd over de voorgang in het onderzoek.
Er is voor gekozen niet met vertegenwoordigers van zorgaanbieders over de onderzoeksonderwerpen te spreken. Reden hiervoor is dat over individuele zorgaanbieders geen concrete uitspraken worden gedaan.
Een concept van twee hoofdstukken van het onderzoeksrapport is voorgelegd aan Vektis met de vraag of de weergave in het concept van hun analyses correct was (hoofdstukken 3 en 4). Opmerkingen van Vektis zijn in het rapport verwerkt. De NZa is vanzelfsprekend verantwoordelijk voor de conclusies die zij trekt.

3. Analyse van het onderzoek naar declaratiebepalingen dat Vektis in opdracht van ZN heeft uitgevoerd

3.1 Algemeen

De directe aanleiding voor het verzoek van VWS aan de NZa was een onderzoek naar ingediende declaraties dat in opdracht van ZN door Vektis bv is uitgevoerd. De resultaten van dit onderzoek zijn voor het eerst op 16 juni 2006 naar buiten gebracht. ZN heeft op 21 juli 2006 de definitieve rapportage aangeboden aan de taskforce en aan de NZa.

3.2 Korte beschrijving van het onderzoek van Vektis

In de loop van 2006 werd duidelijk dat de uitgaven van zorgverzekeraars aan ziekenhuiskosten over 2005 hoger waren dan op grond van de budgetten kon worden verwacht. Voor ZN is dit aanleiding geweest om Vektis in te schakelen om meer inzicht te krijgen in deze schadelastontwikkeling.
Volgens de rapportage, die Vektis in opdracht van ZN heeft opgesteld, is het onderzoek beperkt van opzet geweest. In de definitieve rapportage zijn alleen algemene ziekenhuizen opgenomen en de onderzochte declaraties hebben alleen betrekking gehad op het A-segment. Voor een beschouwing over de potentiële risico's van het B-segment verwijzen wij naar hoofdstuk 5 van dit rapport.

De onderzochte data hebben allemaal betrekking op 2005 (afgesloten, gevalideerde en gedeclareerde DBC's, waarvan de declaratieperiode is afgesloten na het eerste kwartaal 2006). Het gaat daarbij om de data van vijf zorgverzekeraars. Vektis heeft niet bekend gemaakt van welke ziekenhuizen de data in het onderzoek zijn betrokken. De macrokostengevolgen die door Vektis zijn genoemd en die medio juni 2006 naar buiten zijn gebracht, worden in de definitieve rapportage genuanceerd. Vektis heeft de 26 ziekenhuizen in het onderzoek geselecteerd op voldoende volume in de declaratiedata. Er kan op grond van deze cijfers daarom geen harde uitspraak worden gedaan over de totale potentiële macrokostengevolgen. Het onderzoeksrapport heeft, zo blijkt uit een toelichting van Vektis, niet de pretentie een gedetailleerde studie rond DBC-declaraties op te leveren. De opdracht van ZN aan Vektis was om een signalerend onderzoek uit te voeren.

In het onderzoek zijn vier verschillende situaties door Vektis geanalyseerd. Er is bij iedere vraag een andere rangschikking van zorgaanbieders weergegeven, waardoor niet is vast te stellen of er in het declaratiegedrag van zorgaanbieders sprake is van systematische afwijkingen ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

Vektis heeft tenslotte een aantal hypotheses in de rapportage uitgewerkt over wat naar de mening van ZN een juiste interpretatie van de typeringen en de bijbehorende declaratiebepalingen zou zijn. De cijfermatige analyse is daar volledig op gebaseerd.

In paragraaf 4.1 van dit rapport gaan wij verder in op de declaratiebepalingen en typeringsinstructies. Het blijkt dat een aantal interpretaties, dat Vektis heeft gehanteerd bij zijn analyse, naar de letter van de typeringsinstructie niet zo strikt kan worden uitgelegd. In de publicatie van de bevindingen door ZN op 16 juni 2006 zijn conclusies gepresenteerd, die deden voorkomen dat in strijd met declaratiebepalingen zou zijn gedeclareerd. Bij de aanbieding van de definitieve rapportage aan VWS en de marktpartijen op 21 juli 2006 heeft ZN het beeld van onrechtmatig declareren, dat uit de presentatie van 16 juni 2006 naar voren kwam, genuanceerd.

De belangrijkste conclusie uit het ZN-rapport, is dat zorgaanbieders op verschillende manieren omgaan met typeringsinstructies en declaraties van geleverde producten. De analyses van Vektis laten zien dat de spreiding in aantallen DBC's tussen zorgaanbieders bij dezelfde aard van behandelingen erg groot is. Omdat de exacte diagnose en individuele gevallen niet nader onderzocht zijn, kan niet worden geconcludeerd of individuele declaraties van ziekenhuizen in strijd zijn met wettelijke bepalingen.

4. Analyse declaratiebepalingen en Instructies

4.1 De Instructies onder de loep

De minister van VWS heeft de NZa verzocht om op basis van de gegevens van Vektis te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBC's in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen en of deze eventueel aanpassing behoeven.

In het Vektis-onderzoek is een beperkt aantal verschillende soorten DBC's onder de loep genomen. Voor deze DBC's is bekeken of eenduidig is vast te stellen wat de 'regel' of 'norm' is die een declarant moet volgen. Bindend voor het declareren door ziekenhuizen (en daarbinnen medisch specialisten) zijn de door CTG/ZAio vastgestelde declaratiebepalingen (voor een toelichting verwijzen wij naar hoofdstuk 2). Deze declaratieregels bevatten enkele algemene bepalingen over de declaratiewijze bij DBC's, waaronder bepalingen over begin en einde van een DBC. Daarnaast verwijzen declaratiebepalingen rechtstreeks naar de zogenoemde 'Instructies' en 'typeringslijsten'. De Instructies schrijven voor hoe de medisch specialist en de instelling tot de omschrijving en dus registratie van een DBC komen in een specifiek geval[3]. Er zijn Instructies en typeringslijsten voor 24 medische specialismen voor de hele range van DBC's. De typeringslijsten en Instructies zijn specifiek voor een bepaald specialisme. De NZa heeft onderzocht of de norm die door de Instructies wordt gevormd duidelijk en eenduidig is voor de registratie en declaratie van een DBC. De NZa acht onderzoek naar strijdigheid tussen declaratiegedrag en norm alleen mogelijk, als is vastgesteld dat de norm voldoende eenduidig is gedefinieerd en de interpretatieruimte binnen aanvaardbare genzen blijft.

De NZa heeft deze vraag naar duidelijkheid van de norm breed opgevat. Gelet op de vraag van de minister van VWS naar eventuele aanpassingen, heeft de NZa niet alleen gekeken naar de diverse niveaus van regels, maar ook breder gekeken dan de vier categorieën DBC's die in het Vektis-onderzoek in het vizier waren. Deze analyse is evenwel niet uitputtend.

Onderstaand volgen in 4.1.3 de bevindingen bij het bestuderen van de Instructies. Eerst komt in 4.1.2 een aantal algemene opmerkingen aan bod. Deze vormen geen uitputtende inventarisatie van de grijze gebieden in de typering, maar illustreren de tekortkomingen en lacunes in het gebruik van het DBC-systeem. In 4.2 volgen de bevindingen over de DBC-categorieën uit het Vektis-onderzoek.

[3] In de tekst wordt verder kortheidshalve de aanduiding 'Instructies' gebruikt omdat die materieel bepalen welke DBC uiteindelijk tot declaratie komt.

4.1.1 Gebruik van begrippen en Instructies

Hieronder wordt een indruk gegeven van een algemene analyse van de Instructies. Het overzicht is niet uitputtend, maar geeft een algemene indruk van het open karakter van de normen.

1. De definitie van een DBC biedt vanuit zichzelf onvoldoende houvast voor de interpretatie. Zo zou één zorgepisode gepaard gaan met één DBC. In dat geval moet een tweede DBC niet zomaar te openen zijn. De Instructies laten zien dat vooral de meerdere zorgtypen die onderdeel uitmaken van de DBC-omschrijving, aanleiding kunnen vormen voor het openen van meer DBC's. De NZa is van mening dat, indien de hoofdregel is dat steeds één DBC een zorgepisode omvat, uitzonderingen op deze regel limitatief moeten worden benoemd en omschreven. Dat gebeurt in onvoldoende mate.

2. De regels voor het openen en sluiten van DBC's zijn niet voor alle specialismen identiek. Bovendien kennen ze specialismespecifieke uitzonderingen en laten in de praktijk ruimte voor verschillende interpretaties.

3. De DBC-definitie laat het toe om 'diagnostiek op verzoek van derden' (bijvoorbeeld de huisarts) verschillend te benaderen en als DBC aan te merken. De discussies hierover tussen zorgverzekeraars en de NZa met zorgaanbieders tonen dit aan. Een aanvullende eis volgens het principe van face-to-face-contact, met nadruk op de verantwoordelijkheid van de specialist voor de behandeling, ontbreekt.

4. In alle Instructies zijn de passages over multidisciplinaire DBC's voor meerdere interpretaties vatbaar. Dit heeft overigens geen praktische gevolgen, omdat deze vorm in de praktijk niet wordt gehanteerd.

5. In de Instructies van verschillende specialismen wordt verschillend omgegaan met het begrip 'zorgvraag'. Van de 24 specialismen hanteren zeven dit begrip om uiteenlopende redenen. De zorgvraagclassificatie blijkt bij enkele specialismen niet of nauwelijks tot financieel onderscheid te leiden. (Zo kent urologie in het B-segment bijvoorbeeld bijna 1100 DBC's).

6. In geval van parallelle DBC's is de vuistregel in de Instructies dat sprake moet zijn van "substantiële extra inzet van medisch specialisten c.q. kosten van het ziekenhuis". Het begrip substantiële inzet is echter niet voldoende scherp gedefinieerd. Het is volgens de tekst van de Instructies mogelijk om dit alleen te relateren aan de inzet van de specialist (overigens zonder specifiek aan normtijden o.i.d. te refereren) of aan de kosten van het ziekenhuis. Verder kan hier worden opgemerkt dat de regels voor parallelle DBC's bij 'andere zorgvragen' of nevendiagnosen bij verschillende specialismen verschillen. Het begrip 'nevendiagnose', zoals dat bij cardiologie bijvoorbeeld wordt gehanteerd, leidt tot onduidelijkheid. Een scherpe norm vergt een keuze: blijft de al geopende DBC met eerdere diagnose gelden of is het nodig uit te gaan van een nieuwe diagnose terwijl tegelijkertijd een nieuwe DBC wordt geopend? Dat wordt

uit de Instructie niet duidelijk. Gelet op de gemiddelde verhouding tussen kosten ziekenhuis en honorarium specialist[4] ligt het naar de mening van de NZa meer voor de hand dat hetzij de kosten van het ziekenhuis, hetzij de integrale kosten (incl. honorarium) bepalend zijn voor het criterium wanneer een parallelle DBC wordt geopend. Dat zou een nadere precisering van de norm vergen. Zoals de instructie nu is vormgegeven ligt de beslissing bij de specialist, die immers verantwoordelijk is voor de typering. Deze heeft echter een inkomensprikkel naast de doelmatigheid die in het integrale tarief (kosten en honorarium) is besloten.

7. De verschillen tussen de Instructies van de verschillende specialismen hebben deels te maken met verschillen tussen de typeringslijsten. Onder punt 5 is al ingegaan op het verschil in omgaan met 'zorgvraag'. Datzelfde geldt voor 'zorgtypen'. Behandelassen verschillen op belangrijke aspecten, bijvoorbeeld geneesmiddelen. Een voorbeeld van verschillend gebruik van typeringslijsten is kindergeneeskunde. Hier worden twee lijsten gehanteerd, een algemene lijst en één voor neonatologie. De typeringslijst voor neonatologie kent een van alle andere typeringslijsten afwijkende modulaire opbouw, waarbij de indeling in categorieën meer is gebaseerd op honorariumaspecten dan op ziekenhuiskosten. De categorieën verschillen onderling nauwelijks in kosten, maar wel in honorarium.

4.1.2 Toepassing van de Instructies

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de toepassing van de Instructies zoals die uit de inhoud van de Instructies zelf is af te leiden.

1. In alle Instructies wordt in het inleidende gedeelte gesteld dat de exacte wijze van registreren per ziekenhuis kan verschillen, al naar gelang de interne afspraken en de mogelijkheden van de DBC-registratiemodule. Hier zit potentieel een fors probleem voor de toepassing van het systeem voor een aantal doelen. Wil het systeem drager zijn voor de bekostiging, dan moeten de DBC's voor gelijke gevallen onder gelijke omstandigheden uniform zijn. Het systeem moet dus zo worden toegepast, dat de wijze van registreren uniform is en dus onafhankelijk van een ziekenhuis en de daar geldende afspraken. Tevens moet het systeem onafhankelijk zijn van de maatregelen die lokaal in automatiseringsvoorzieningen worden getroffen.

2. In alle Instructies staat dat er moet worden gekozen voor de meest juiste diagnose en zodoende voor een DBC. Dit laat erg veel interpretatieruimte. In het geval van heelkunde staat bijvoorbeeld expliciet dat uitgegaan moet worden van een "alsof"-variant, dat wil zeggen een qua honorarium en kosten geschikte maar inhoudelijk onjuiste DBC, indien de juiste typering niet kan worden gevonden. Een dergelijke benadering doet af aan het uitgangspunt van maximale transparantie. Het is in een dergelijke situatie naar onze mening logischer om, indien er geen geschikte diagnose te kiezen is, een categorie 'restgroep' beschikbaar te hebben. Latere analyses kunnen zonodig leiden tot een nieuwe categorie DBC's.
3. De Instructies wijken onderling sterk af. Bij interne geneeskunde bijvoorbeeld is de instructie dat als de behandeling wijzigt, de lopende (initiële/vervolg)-DBC wordt gesloten en een nieuwe

[4] Landelijk is de verhouding ca. 85% kosten en 15% honorarium vrijgevestigde specialisten

vervolg-DBC wordt geopend. Bij onder meer orthopedie is de Instructie dat geen nieuwe DBC wordt geregistreerd wanneer gedurende de looptijd van de DBC de inhoud van de behandeling zich wijzigt. In een overzicht van stichting DBC-Onderhoud van medio 2005 (Algemene toelichting op de Instructies) zijn bijlagen opgenomen met verschillen in typeringsinstructies. Deze inventarisatie is echter niet uitputtend. De leesbaarheid van de Instructies is door de vele specialismespecifieke uitzonderingen matig. De Algemene toelichting van medio 2005 en de aanvullingen van eind 2005 hebben de leesbaarheid niet verbeterd, waardoor de toepasbaarheid in het gedrang komt.
Inconsistentie in Instructies tussen specialismen werkt verwarring bij het toepassen van het DBC-systeem in de administratie van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar in de hand.

Algemene opmerkingen over interpretatieruimte kunnen niet tot de Instructies beperkt worden, maar hebben ook gevolgen voor het validatieproces:

4. De inhoud van de validatiemodule blijkt per specialisme verschillend te zijn ingevuld. Die invulling is bepalend voor de interpretatie van de DBC-registratie. Het geven van ongelijke interpretatieaanwijzingen via deze validatietabellen is ongewenst. Het validatieproces moet vanzelfsprekend uitgaan van uniforme normen. Overigens is in de praktijk de werking van de validatiemodule behalve specialismegebonden ook instellingsgebonden. Een proces van valideren behoort tot geldige en eenduidige uitkomsten te leiden ongeacht de uitvoerder of de plek van valideren.
Een algemene tekortkoming van de validatiemodule is dat deze per DBC valideert en niet in staat is om combinaties van meerdere DBC’s per patiënt te valideren op onderlinge strijdigheid. Met name de combinatie van verschillende DBC's per patiënt is de insteek geweest van het Vektis-onderzoek.

4.2 Confrontatie van de specifieke DBC-categorieën uit het Vektis-onderzoek met declaratiebepalingen

Het onderzoek van Vektis heeft betrekking op declaratiegegevens, die een periode beslaan van begin 2005 tot en met het eerste kwartaal van 2006. De gegevens van DBC-declaraties zijn op gelijke wijze verwerkt. De Instructies en typeringslijsten voor DBC’s zijn in dezelfde periode op enkele onderdelen gewijzigd. In het onderzoek van Vektis is niet duidelijk van welke periode de onderzochte declaraties van DBC’s zijn. Daarnaast is niet te zeggen met welke Instructies en typeringslijsten de DBC’s zijn geregistreerd en gedeclareerd. Immers, de DBC wordt pas bij de afsluiting definitief. Wijzigingen van Instructies en typeringen hebben hier invloed op, temeer omdat in de onderzochte periode tijdsafhankelijkheid van tabellen nog niet was ingevoerd (voor de validatie geldt die overigens nog steeds niet). Afhankelijk van het tijdstip van afsluiten bestaat dus de kans dat DBC's met een gelijke openingsdatum dus verschillend worden getypeerd.

4.2.1 De categorie “Spoedeisende hulp”-DBC en eendaagse reguliere DBC tegelijkertijd

De verwachting is dat de beide soorten DBC’s (zorgtype 12–spoedeisende hulp (SEH) en zorgtype 11–reguliere zorg (RZ)) in geval van spoedeisende zorg niet tegelijkertijd geregistreerd mogen worden. Deze zorgtypen kunnen volgens ZN alleen naast elkaar bestaan als de reguliere DBC een langere looptijd heeft dan één dag. Deze verwachting is in het Vektis-onderzoek het uitgangspunt geweest voor een kwantitatief onderzoek. De vraag is derhalve of verwachting en (formele) norm samenvallen.

Uit de diverse Instructies blijkt geen ondubbelzinnige norm. De basisteksten over Spoedeisende hulp zijn niet in alle Instructies identiek. De teksten in de Instructies over het openen en sluiten van DBC's zijn niet bij alle specialismen gelijkluidend en kennen per specialisme verschillende uitzonderingen. De teksten in de diverse Instructies over SEH-DBC’s (zorgtype 12), samen met of gevolgd door een DBC reguliere zorg (zorgtype 11), zijn niet identiek bij diverse specialismen. Daarbij lopen de teksten uiteen voor de combinatie SEH en reguliere zorg; er is sprake van *erna* d.w.z. in hetzelfde DBC-traject of *ernaast* als parallelle DBC's. Aan de ene kant wordt geschreven: "er kan zowel een spoedeisende zorg-DBC als een reguliere DBC worden geopend binnen een zorgtraject", dus *na elkaar*. Dit lijkt dan de hoofdregel, maar tegelijk vermeldt de ‘Algemene toelichting op de Instructies’ van medio 2005 in de algemene toelichting dat parallelle DBC’s hier kunnen voorkomen, dus *naast elkaar.*[5]
Nergens in de Instructies wordt expliciet vermeld dat er nooit meerdere SEH-DBC’s per patiënt per dag bij hetzelfde specialisme kunnen voorkomen. Er staat evenwel ook niet dat het wel is toegestaan. De in Instructies opgenomen passages over parallelle DBC’s bij substantiële meerkosten bieden ruimte om meerdere SEH-DBC’s tegelijkertijd wel toe te staan.[6]
Vijf specialismen kennen het zorgtype SEH niet (dermatologie, radiotherapie, klinische genetica, revalidatie en neonatologie), alhoewel spoedeisende zorg bij de eerste drie kan voorkomen.
Bij het specialisme gynaecologie wordt SEH afwijkend gedefinieerd (van 8.00 tot 18.00 uur is alleen van reguliere zorg sprake m.u.v. weekends en erkende feestdagen). Alleen daarbuiten is sprake van spoedeisende hulp voor echte ’eerste hulp’. Dit is een duidelijk voorbeeld van een specifieke afwijking van algemene regels.
In de Instructies voor het specialisme cardiologie staat het uitgangspunt uitgewerkt dat “niet meer dan één lopende DBC per patiënt/instelling open kan staan”, behoudens drie limitatieve uitzonderingen. Dit houdt de mogelijkheid van verscheidene seriële DBC’s per patiënt in, in tegenstelling tot de meeste andere specialismen.
Het zorgtype 12 (SEH) wordt afhankelijk van het specialisme gevolgd door diverse, meestal poliklinische behandelitems; bij enkele specialismen zijn dagbehandeling - en klinische behandelitems mogelijk (Algemene toelichting op de Instructies 1 juli 2005).

[5] Zie voor volledige tekst website DBC-Onderhoud algemene toelichting Instructies v20050701, blz. 2.
[6] De standaardtekst voor parallelle DBC’s is: voor zorgvragen met een eigen zorgtraject bestaande uit diagnostiek en behandeling waarmee substantiële kosten van het ziekenhuis c.q. inzet van de medisch specialist zijn gemoeid, kan een nieuwe parallelle DBC worden geopend.

Een specifiek voorbeeld van een afwijkende en onduidelijke tekst in dit kader*:*

> *- orthopedie: "bij de DBC's SEH zoals deze uiteindelijk worden gedeclareerd, is gezien bovenstaande uitleg alleen de setting poliklinisch mogelijk. Een eventuele (dag)opname volgend op een SEH-presentatie dient immers altijd in een afzonderlijke DBC te worden ondergebracht".*

Deze tekst maakt een SEH-DBC plus eendaagse reguliere DBC mogelijk, immers dagopname is ook eendaags; dit past niet bij de omschrijving van dagverpleging "in het algemeen voorzienbaar…etc".

Constatering

Hoewel de verwachting in het Vektis-onderzoek over het niet samen kunnen lopen van SEH-DBC en eendaagse reguliere DBC plausibel is, laten de 'instructie'-teksten interpretatieruimte. De algemene, toelichtende tekst mag aangeven dat geen aansluitende, reguliere DBC kan worden geopend als er geen sprake is van voortgezette behandeling, de specialismespecifieke Instructies zelf laten uitzonderingen toe. De NZa is dan ook van mening dat de norm te vaag geformuleerd is om vast te kunnen stellen of er sprake is van normafwijkend gedrag.

4.2.2 De categorie dubbele SEH-DBC op één dag door hetzelfde specialisme

De verwachting ten aanzien van deze categorie is dat het niet mogelijk is op een dag bij een patiënt meerdere SEH-DBC's van hetzelfde specialisme te openen en te sluiten. In het Vektis-onderzoek is dit verder verkend, waarbij bleek dat meestal een andere diagnose de aanleiding vormde voor opening van een nieuwe SEH-DBC, maar in enkele gevallen ging het om dezelfde diagnose. De vraag is of wat als verwachting geldt, ook overeenkomt met een eenduidige norm.

De afzonderlijke Instructies en de algemene toelichting sluiten niet expliciet uit dat voor meerdere diagnoses meerdere SEH-DBC's per patiënt mogen worden geopend. Voor ernstige gevallen, waarbij meerdere aandoeningen elk afzonderlijk met spoed klinische behandeling vereisen, bestaan de multitrauma-DBC's (overigens alleen bij heelkunde en orthopedie).

Constatering

Ook voor de categorie Dubbele SEH-DBC geldt dat de verwachting zoals in het Vektis-onderzoek gehanteerd, op zijn minst plausibel is. De logica van het systeem leidt tot de constatering dat bij een spoedeisende presentatie bij een specialisme niet meer dan een SEH-DBC wordt geopend. Het niet expliciet vermelden van dat uitgangspunt moet niet kunnen leiden tot het declareren van meerdere DBC's bij een bezoek aan de afdeling Eerste Hulp. De Instructieteksten laten echter interpretatieruimte.

4.2.3 De categorie klinische eendaagse DBC's

De stelling ten aanzien van deze categorie DBC's is dat deze eigenlijk niet zou kunnen voorkomen. Of er is sprake van een (voorzienbare) dagverpleging of er is een klinische DBC die

meer dan een dag duurt. De uitzonderingen op de regel kunnen niet anders dan beperkt zijn. De vraag is of deze verwachting ook gestaafd wordt door de definities die van kracht zijn.

Door verschillende zorgverzekeraars is al gewezen op de problematiek van de te hanteren definities. Bij de start van het DBC-systeem zijn de definities van dagverpleging, opname en verpleegdag zoals die voor de FB-budgettering (en tarifering) onveranderd gebleven. Deze definities laten van oudsher enige interpretatieruimte toe. De discussies hierover hebben zich nu naar het DBC-systeem verplaatst. Daarbij kan het gaan om situaties op de grens van dagverpleging en opname, zoals een uitgebreide observatie op een afdeling van het ziekenhuis, of een PTCA (dotterbehandeling van het hart) binnen één dag. Daarbij laat de tarifering voor de dagverplegings-DBC's en de klinische varianten grote verschillen zien[7]. Ten dele betreft dit de categorie eendaagse klinische DBC's naast SEH-DBC's, zoals die hiervoor onder 4.2.1 werd genoemd. Omdat niet steeds bij voorbaat duidelijk is welke kwestie zich voordoet, zou nader onderzoek moeten uitwijzen om welke praktijksituaties het gaat en hoe deze zich met de van oudsher bestaande definities verhouden.

Bij de definities die voor de budgettering worden gehanteerd, is geen tijdsduur gespecificeerd voor een klinische opname. Omdat het begrip dagverpleging is gekoppeld aan 'in het algemeen voorzienbaar' ontstaan nogal eens discussies bij acute zorg.

Constatering
De uitgangsstelling dat een klinische eendags-DBC eigenlijk niet mag voorkomen, is vanwege de bestaande definities niet overeind te houden. Overigens is dit niet alleen een probleem aan de systeemkant (definiëring), maar ook aan de tariefkant. De constatering in het Vektis-onderzoek leidt dus niet ten algemene tot een conclusie dat onterecht is gedeclareerd. Er is een verduidelijking of aanscherping van bestaande definities nodig.

4.2.4 Meerdere DBC’s met dezelfde diagnose

Het gaat om onderscheiden DBC’s met hetzelfde zorgtype en dezelfde diagnose. Aangezien het in het DBC-systeem gaat om registratie en declaratie van één zorgperiode door middel van een combinatie van diagnose en behandeling, is de verwachting dat het eigenlijk niet mogelijk moet zijn om per patiënt bij een specialisme meerdere DBC’s met dezelfde diagnose en hetzelfde zorgtype binnen een jaar te declareren.
Het Vektis-onderzoek laat echter zien dat relatief vaak sprake is van grote aantallen DBC’s per verzekerde. De vraag is hoe scherp de genoemde verwachting in de Instructies is weergegeven.
Over deze groep DBC’s zijn enkele opmerkingen te maken. In de eerste plaats dat de verwachting als zodanig niet altijd terecht is. Dit geldt bijvoorbeeld voor DBC’s die betrekking hebben op operaties op dubbele organen dus met name bij snijdende specialismen. Deze

7 Bij PTCA’s (dotterbehandelingen van het hart) gaat het om dagverpleging-DBC’s met ziekenhuiskosten van € 5908 versus klinische DBC’s met een kostenbedrag van € 8377. Ook hier is overigens bij de indeling van PTCA-DBC’s in klassen meer rekening gehouden met de honoraria dan met de kosten.

uitzondering heeft Vektis in zijn onderzoek genoemd (een voorbeeld is de behandeling van staar aan beide ogen die twee DBC's oplevert. Overigens heeft heelkunde hiervoor een andere oplossing, namelijk een apart behandelitem voor dubbelzijdige behandeling).
In de tweede plaats is niet voor alle specialismen eenzelfde registratiewijze gekozen. Cardiologie kent de ingrijpende uitzondering dat opeenvolgend in de tijd dezelfde DBC's bij een patiënt worden geopend. Andere specialismen komen bij parallelle DBC's uit.

Tenslotte kunnen op basis van de regels meerdere identieke vervolg- en exacerbatie-DBC's voorkomen. Hier zou door middel van (profiel)onderzoek moeten worden nagegaan of dat wenselijk is. Er is voor 2007 een wijziging van de definitie van exacerbatie in de maak.

Constatering
Ook bij dit onderwerp uit het Vektis-onderzoek is sprake van een aanzienlijke 'gap' tussen wat verwacht mag worden van het systeem en de huidige werking. Voor een belangrijk deel wordt het bestaan van de kloof in de hand gewerkt door onduidelijke Instructies. Dat voor sommige diagnoses in de DBC's rekening wordt gehouden met dubbele organen spreekt voor zich. Uniformering van tekst in de Instructies moet hier een oplossing bieden. Ook het punt van meerdere DBC's per patiënt (zowel parallel als volgtijdelijk) kan hier worden meegenomen. Maar de voorschriften voor parallelle DBC's verschillen per specialisme, zoals hierboven opgemerkt.

4.3 Beschouwing en algemene conclusies

Conclusies over de vier declaratiecasus
De categorieën die Vektis in zijn onderzoek aan de orde heeft gesteld zijn te grofmazig om te kunnen worden gebruikt voor het trekken van harde conclusies. Uitgaande van de door Vektis gebruikte brede categorieën moet in elk geval worden geconstateerd dat interpretatie van verschillende onderwerpen zoveel ruimte laat dat van strijdigheid tussen wijze van declareren en de declaratiebepalingen strikt genomen niet kan worden gesproken. Om strijdigheid aan te tonen moet in de eerste plaats de normstelling duidelijk zijn en in de tweede plaats de soort declaraties die onder verdenking staan. Dat laatste kan alleen op basis van nieuwe analyses op nieuw bronmateriaal. De conclusie is dan ook dat op basis van het door ZN en Vektis beschikbaar gestelde materiaal geen fraude is aan te tonen. De ruimte binnen de Instructies is echter van dien aard dat de 'mogelijkheid van strijdigheid met regels' ook niet geheel is uit te sluiten. Daarmee heeft het ZN-rapport over het onderzoek van Vektis naar de mening van de NZa terecht de aandacht gevestigd op een belangrijke tekortkoming van het DBC-systeem in zijn huidige vorm. Immers, de toepassing van DBC's als tariefsysteem veronderstelt dat registraties uniform geschieden en dat een adequate controle van de geleverde en gedeclareerde zorg mogelijk is. De voorbeelden tonen aan dat dat niet het geval is. Het systeem laat een dermate grote vrijheid dat doeltreffende controle door zorgverzekeraars vrijwel niet mogelijk is. Zorgelijk daarenboven is de grote spreiding tussen zorgaanbieders, die duidt op feitelijk verschillend declaratiegedrag. Specifieke zorg wordt niet in alle gevallen op dezelfde manier getypeerd en geregistreerd, en dus ook niet op dezelfde manier gedeclareerd.

Algemene conclusies en aanbevelingen voor het DBC-systeem
Het bedoeld of onbedoeld meer prestaties in rekening brengen dan noodzakelijk of een duurdere prestatie dan geleverd, is een achilleshiel van elk tarief- en bekostigingssysteem. De uitgevoerde analyse toont aan dat deze mogelijkheid binnen het huidige DBC-systeem ruim voorhanden is. Hier raakt het systeem ook direct aan de publieke belangen. Een te grote volumeprikkel in de declaraties leidt immers tot te hoge zorguitgaven.
Voor een groot deel berust de ruimte op onduidelijkheden in de basisteksten van de Instructies. Voor een ander deel berust deze op discutabele specialisme specifieke regels in de Instructies. Het algemene beeld dat ontstaat is dat geen sprake is van één DBC-systeem, maar van 24 naast elkaar bestaande DBC-systemen die op de verschillende specialismen zijn toegesneden.

Langs deze lijn is het probleem wel duidelijk. De oplossing ervan moet bestaan in het zo snel mogelijk vereenvoudigen, uniformeren en verduidelijken van de Instructies. Gelet op de verwevenheid van typeringslijsten Instructies en de validatiemodules dient dit tegelijkertijd met uniformering en vereenvoudiging van de typeringslijsten en validatiemodules aangepakt te worden.

De NZa is van mening dat een aantal belangrijke stappen in onderlinge samenhang moet worden gezet. Daarbij is gebleken dat de huidige praktijk waarbij de inhoud van de basiselementen van het DBC-systeem door de zorgaanbieders zelf is bepaald, tot een onevenwichtig systeem heeft geleid. Daarmee zijn uiteindelijk de publieke belangen niet gediend. Ten behoeve van de bouw van het DBC-systeem is gekozen voor een model waarbij de zorgaanbieders een bepalende rol hebben gespeeld bij het opstellen van de systeemspecificaties. Daarbij is gekozen voor een systeem van zelfregulering door het veld, met een marginale toetsing achteraf. Destijds heeft CTG/Zaio inzake de systeemverantwoordelijkheid gewezen op het feit dat daardoor het DBC-systeem meer als een compromismodel dan als een expertisemodel is ontworpen. Nu het DBC-systeem in de praktijk wordt getest, komen zwakke punten van dit model en het daarop gebaseerde systeem tot uiting. In een nieuwe afweging van risicobeheersing in het systeem vindt de NZa de marginale toetsing achteraf niet langer voldoende. Partijen hebben vanzelfsprekend hun eigen verantwoordelijkheid, maar de NZa stelt de kaders en voorwaarden waarbinnen zij opereren, vast vanuit haar taak de publieke belangen te behartigen. De aanpassingen van het systeem dienen naar de mening van de NZa dan ook plaats te vinden onder publieke toetsing en borging. Dat leidt tot een aantal aanbevelingen.

Basis van het systeem:
- De definities en begrippen dienen te worden aangescherpt;
- De Instructies moeten eenduidig worden geformuleerd waarbij één algemeen toepasbare hoofdregel wordt gehanteerd;
- Uitzonderingen op hoofdregels moeten worden beperkt tot het hoogst noodzakelijke; uitzonderingen dienen bovendien limitatief benoemd te worden en gebaseerd zijn op concreet geformuleerde criteria.

Deze aanpassingen zouden door de stichting DBC-Onderhoud moeten worden opgepakt. Het aanpassen van de Instructies heeft niet tot doel om in te grijpen in de professionele inhoudelijke autonomie van de specialist en diens oordeel over de behandeling van de patiënt. Het doel is om in de declaratiesfeer meer evenwicht te brengen in de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Administratief proces en toepassing van de regels:

- De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de inrichting van een adequaat functionerende administratieve organisatie en een systeem van interne controle;
- Een dergelijk systeem moet gebaseerd zijn op uniforme toepassing van Instructies. Dat wil zeggen dat alleen geautoriseerde versies geldend zijn. De stichting DBC-Onderhoud mag alleen geautoriseerde versies publiceren, die daarmee onderdeel zijn van de wettelijke declaratiebepalingen;
- Zorgaanbieders dienen zich te houden aan landelijke Instructies. Verschillen in lokale uitwerking door softwareleveranciers mogen niet voorkomen (certificering).

In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de risico's van de vrije interpretatieruimte voor de controle en verantwoording van uitgaven van zorgverzekeraars.

5. Schets van de controleketen

5.1 Inleiding

De vraag of er sprake is van strijdigheid van DBC-declaraties met regels roept de vraag op hoe het systeem in elkaar steekt, waar risico's zich voordoen dat het systeem onvoldoende werkt, welke gevolgen dat heeft en wat is gedaan om risico's van tevoren te beperken. Een dergelijke schets creëert de mogelijkheid na te gaan of de signalen uit het Vektis-onderzoek wijzen op risico's die niet eerder in beeld waren en bij welke onderdelen uit de keten maatregelen nodig zijn.

De schets geeft alleen de hoofdlijnen weer en omvat de hele keten. Deze start bij het openen van een DBC tot aan de betaling van de verzekeraar die op zijn beurt verantwoording aflegt over de verzekering die hij uitvoert. Voor de bekostiging van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg gold in 2005 voor het grootste deel van de bevolking nog de ziekenfondsverzekering. Anderen waren hoofdzakelijk aangewezen op particuliere ziektekostenverzekeringen. Het onderzoek van Vektis heeft grotendeels op die situatie betrekking. Vanaf 2006 geldt voor iedereen de zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Aanbevelingen voor de toekomst moeten bij die nieuwe verzekering aansluiten.

Voor de ziekenfondsverzekering geldt dat deze wordt uitgevoerd op basis van een wet en dat de overheid als het ware garantie moet bieden dat het premiegeld goed wordt beheerd en alleen volgens de regels wordt besteed. Voor de Zvw geldt deze laatste eis niet. Naast nominale premie-inkomsten is sprake van inkomsten uit een vereveningsfonds waarvan de omvang gekoppeld is aan het totaal van de uitgaven. Onnodige uitgaven laten de hoogte van uitgaven stijgen, maar ook doemt de vraag op of verdeling van onnodige uitgaven en dekking daarvan via het vereveningsfonds over alle zorgverzekeraars gelijk is verdeeld. Los van de eis dat zorgverzekeraars moeten zorgen voor vertrouwen in de verzekering door alleen werkelijke 'schade' te vergoeden, moeten zij via maatschappelijke verantwoording zekerheid bieden dat verzekerden via hun premie geen zorgkosten betalen die niet in het systeem terecht horen te komen.

Voor in 2005 afgesloten DBC's is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar te preciseren vanuit de Ziekenfondswet en de daarop gebaseerde regels. Het gaat dan onder meer om voorschriften voor de financiële verantwoording en de daarvoor uit te voeren controlewerkzaamheden. Voor 2006 geldt de eis voor de financiële verantwoording niet op dezelfde wijze en gaat het niet langer om het vaststellen van de rechtmatigheid van uitgaven. Wel moeten in het kader van de verantwoording via de jaarrekening en ten behoeve van het Vereveningsfonds controlewerkzaamheden worden verricht.
Het toepassen van een DBC-systeem moet niet alleen leiden tot een transparante prestatiebekostiging van ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, maar ook bijdragen

aan een heldere verantwoording van zorgverzekeraars over de uitvoering van de verzekering. Daar komt bij dat partijen, ten behoeve van gewenste marktwerking, moeten kunnen vertrouwen op de juistheid van gegevens over geleverde zorg en de daarop aansluitende zorginkoop.

5.2 Declaratieproces: de kant van de zorgaanbieder

In hoofdstuk 2 is de controleketen getypeerd: typering – validatie – declaratie – verantwoording. Deze paragraaf concentreert zich op het deel van de keten bij de zorgaanbieder dat wordt afgerond met de declaratie. We onderscheiden daarin de volgende stappen om de risico's bij het declareren in beeld te krijgen.

- Het openen van de DBC, waarbij diagnose en (voorlopige) typering worden vastgelegd. Hiervoor zijn vooral de typeringsinstructies van belang;
- Het afsluiten van de DBC. Het moment waarop de DBC kan worden afgesloten is beschreven in de typeringsinstructies en in de declaratiebepalingen;
- Het valideren van de DBC. Hiervoor is in de ziekenhuizen een validatiemodule in gebruik;
- De declaratie van de DBC aan de zorgverzekeraar. Hiervoor gelden voor een instelling vaste procedures.

Dit proces kent meerdere vrijheidsgraden voor de toepassing in de praktijk van Instructies en declaratiebepalingen.

Ten principale doet het risico zich voor bij het niet eenduidig registreren van DBC's dat elke prestatie één keer in rekening wordt gebracht en dat ook alleen een DBC in rekening wordt gebracht indien de prestatie daadwerkelijk is geleverd. De Instructies en declaratiebepalingen behoren te leiden tot eenduidige registratie. Daadwerkelijke risico's ontstaan, als de sturende werking van de Instructies en andere bepalingen onvoldoende is en geen eenduidige registratie plaatsvindt. De analyse uit dit rapport zoals in hoofdstuk 4 gegeven, maakt duidelijk dat de Instructies onvoldoende functioneren.

In een tweede stap zou het geschetste risico moeten worden beperkt door de geregistreerde DBC's in lijn met de Instructies te valideren.
Te constateren is dat de werking van deze validatie niet voldoende is. De validatiemodule die vooral valideert op de behandel-as, kan alleen naar 'losse' DBC's kijken. De module kan niet toetsen op het onderlinge verband tussen verschillende DBC's per patiënt. Het eventueel onterecht declareren van meerdere DBC's per patiënt per periode wordt niet door de validatiemodule afgevangen. In de praktijk van werken is er een per ziekenhuis wisselende zogenoemde 'uitval'. Deze uitval kan handmatig worden opgelost.
Bovendien is er geen sprake van landelijk gestandaardiseerde validatiemodules. Er zijn modules per ziekenhuis en deze zijn afhankelijk van de keuzes die het ziekenhuis respectievelijk zijn softwareleverancier maakt. Bij elkaar genomen heeft dit tot gevolg dat de uitkomsten van de validatie per aanbieder tot andere resultaten kunnen leiden. In een derde

stap zouden de geregistreerde en gevalideerde DBC's conform vaste procedures moeten leiden tot declaraties. Wanneer deze procedures overeenkomstig vooraf gestelde eisen worden gevolgd, kan erop worden vertrouwd dat risico's met betrekking tot onterechte declaraties zich niet zullen voordoen. Dan moeten de procedures in opzet goed zijn en moet de instelling de procedures ook goed volgen. In de regelgeving is deze aanpak gevolgd met de 'Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering'. Deze regeling bestaat uit een aantal eisen aan de administratieve organisatie en interne controle bij de aanbieder. Het bestuur van de instelling moet een bestuursverklaring opstellen over de naleving van de kaderregeling. De externe accountant van de instelling geeft bij de bestuursverklaring een accountantsverklaring af. De doelstelling is dat de zorgverzekeraars kunnen steunen op de bestuursverklaringen over naleving van de eisen uit de kaderregeling. Met een goedkeurende verklaring heeft een zorgverzekeraar in beginsel voldoende zekerheid over de zorgkosten ten laste van de zorgverzekering, ten behoeve van zijn eigen verantwoording.

Bij het aanpakken van risico's door het stellen van eisen is niet alleen van belang dat de opzet deugt, maar ook dat deze goed werkt. Het functioneren van de kaderregeling komt aan bod in paragraaf 5.4. Daaraan voorafgaand worden in een afzonderlijke paragraaf de financiële gevolgen van de risico's van onjuist declareren van DBC's belicht en de waarborgen die daartegen werken.

5.3 Budgettaire waarborgen tegen financiële risico's

Bij de invoering van de DBC-systematiek is gekozen voor een zodanige aanpak dat zich slechts beperkt risico's konden voordoen, zowel aan de kant van de zorgaanbieder als aan de kant van de zorgverzekeraar. Dat heeft vooral te maken met de bekostigingswijze. Er is onderscheid te maken tussen:

- A-segment ziekenhuizen en lumpsum medisch specialisten;
- B-segment ziekenhuizen en specialisten;
- Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) en extramurale specialisten, alsmede specialisten buiten lumpsum (Voor A- en B-segment is de omzet bepalend).

Daarnaast zijn aan de kant van de zorgverzekeraars maatregelen genomen rond de zorgverzekeraarbudgettering, mede in verband met de overgang naar de Zvw in 2006. Deze blijven in dit rapport verder buiten beschouwing.

<u>A-segment ziekenhuizen en lumpsum specialisten</u>
Voor het grootste deel van het zorgaanbod is sprake van budgetfinanciering waarbij de DBC-omzet als dekking van het budget fungeert. Voor de honoraria van medisch-specialisten is daarenboven in de meeste gevallen sprake van een lokaal initiatief met een lumpsum voor de honoraria, waarbij de DBC-omzet ook alleen ter dekking van die lumpsum fungeert. Bij zowel budget- als lumpsumfinanciering wordt een te hoge DBC-omzet per definitie terugbetaald aan

zorgverzekeraars. Het budget wordt in het lokaal overleg bepaald. Het financiële risico is door voortzetting van de budgettering op dit moment nog beperkt.
Er doen zich enkele bijzondere risico's voor:

- Het declareren van meer DBC's dan op zich te verwachten valt, kan ook plaatsvinden om meer FB-parameters te registreren en op te voeren die, gezien de budgetteringsregels, consequenties hebben voor het budget. Er is geen rechtstreekse controle meer mogelijk op de FB-parameters, omdat deze niet meer afzonderlijk worden gedeclareerd. Budgetafspraak en declaratie kunnen dus uit de pas gaan lopen omdat deze op verschillende dragers worden gebaseerd. Uiteindelijk wordt dit (via de nacalculatie op budget en opbrengsten) gecorrigeerd, maar de controle is lastiger voor de zorgverzekeraars.
- Een risico voor de controle op declaraties in het A-segment is verder dat geen individuele DBC-tarieven worden gedeclareerd, maar dat sprake is van productgroeptarieven. Dat maakt het belang van controle op de juiste DBC groter.

<u>B-segment ziekenhuizen en specialisten</u>
In het B-segment is geen sprake meer van budget en lumpsum. Een algemene risicofactor is dat hoge omzetten meer kosten betekenen en een te hoog declaratievolume betekent meer inkomsten voor de aanbieder en een hogere schadelast voor de verzekeraar en patiënt. Het risico is dat er meer wordt gedeclareerd dan geleverd.
Het risico wordt beperkt door de volgende factoren:

- De omvang van het B-segment is relatief beperkt;
- Het B-segment wijkt qua DBC's af van het A-segment. Er komen in het B-segment minder of geen DBC-groepen voor waarvoor problemen met registratie te verwachten zijn, zoals de DBC's voor spoedeisende hulp. Het declareren van SEH-DBC's is een van de door Vektis onderzochte probleemcategorieën;
- Het B-segment bestaat voor een relatief groot deel uit eenvoudige behandelingen die duidelijk afgebakend en gedefinieerd zijn en is als zodanig niet representatief voor het overige zorgaanbod;
- Zorgverzekeraars maken afzonderlijke prijs- en volumeafspraken in termen van DBC's voor dit B-segment en kunnen daardoor ook eenvoudiger een toename in gedeclareerd volume constateren.

Vooralsnog zijn de risico's beperkt. Als het B-segment in omvang gaat toenemen wordt het algemene risico van meer en hogere declaraties bij ongewijzigd beleid uiteraard navenant groter.

<u>ZBC's en extramurale specialisten, specialisten buiten lumpsum</u>
Ook hier komt het risico rechtstreeks voort uit het gegeven dat het declaratievolume de omzet en inkomsten van de zorgaanbieders bepaalt. Het risico is derhalve dat meer wordt gedeclareerd dan (reëel gesproken) is geleverd.

Voor dit risico gelden als beperkende factoren:

- De omzet is relatief klein en heeft een beperkte invloed op de schadelast van zorgverzekeraars;
- Er is geen SEH-productie;
- Een ZBC mag geen klinische productie leveren met uitzondering van het B-segment.

Het onderzoek van Vektis heeft zich beperkt tot het A-segment. Er is niet gekeken naar de productie in ZBC's en de extramurale en 'buiten lumpsum'-declaraties. Als we kijken naar de macrogevolgen in financiële zin is dat voor de korte termijn geen grote omissie. Dit verandert als naar de gevolgen van systeemfalen op langere termijn wordt gekeken. Immers, dan zal grotendeels sprake zijn van variabele prestatiebekostiging zonder budgettaire waarborgen, ook voor de ZBC's.

5.4 Controlewerkzaamheden zorgverzekeraars

Uitgangspunt voor de bekostiging op basis van DBC-declaraties is geweest dat de declaraties voor de verzekeraar controleerbaar moeten zijn. Dit is onder meer nodig voor de verantwoording van de zorgverzekeraaruitgaven ten laste van de Zfw (2005) en vanaf 2006 de Zvw. Daarnaast is sprake van controle door CTG/ZAio /de NZa voor de instellingsbudgettering van de zorgaanbieders. Deze laatste controle gaat niet over de rechtmatigheid van declaraties (de vraag of een declaratie terecht ten laste van de zorgverzekering is vergoed). Voor de nacalculatie op de budgettering is primair de volledigheid van de declaraties ter dekking van het budget van groter belang dan de rechtmatigheid van de declaratie.

Voor 2005 moeten de ziekenfondsen (zorgverzekeraars) zich verantwoorden over de rechtmatigheid van de uitgaven ten laste van de ziekenfondsverzekering. Dit doen zij door middel van het Financieel Verslag, waarbij een verklaring van een externe accountant wordt gevoegd. Om te komen tot een verklaring over de rechtmatigheid (overeenkomstig de regels) moet een zorgverzekeraar controles uitvoeren. Aanlevering van het Financieel Verslag is geprotocolleerd waarbij ook is uitgewerkt waaraan de controles moeten voldoen.

De controle van zorgverzekeraars moet in opzet kunnen steunen op een normatieve AO/IC-beschrijving. Dat is zoals in paragraaf 5.2. weergegeven de 'Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering'. Deze bestaat uit een aantal eisen aan de administratieve organisatie en interne controle bij de zorgaanbieder. De doelstelling voor 2005 was dat de zorgverzekeraars konden steunen op de bestuursverklaringen over het naleven van deze eisen. Onderstaand wordt ingegaan op de werking van de opzet van controles in 2005. Vervolgens wordt aandacht besteed aan 2006.

Situatie 2005: werking van de controleopzet via verantwoording door de instellingen
In het Controleprotocol rechtmatigheidsonderzoek ZFW 2005 heeft het CTZ/de NZa opgenomen dat voor het uitvoeren van de materiële controle de ziekenfondsen (gedeeltelijk) gebruik kunnen maken van de verantwoordingsconstructie van de ziekenhuizen inzake DBC's.

Het ziekenfonds geeft voor de materiële controle op de DBC's gemotiveerd aan of, en in hoeverre het gebruikmaakt van de naleving van de Kaderregeling door de ziekenhuizen en welke materiële controle het zelf aanvullend heeft verricht om aan de Regeling administratie en controle ziekenfondsen Zfw te kunnen voldoen.
In het najaar van 2005 is duidelijk geworden dat de instellingen over 2005 niet zouden kunnen voldoen aan de eisen van de Kaderregeling AO/IC. Vervolgens heeft ZN voor 2005 de zorgverzekeraars/ziekenfondsen geadviseerd om de formele controles op de declaratieverwerking zelf uit te voeren en nog geen gebruik te maken van de bestuursverklaring en de daarbijbehorende accountantsverklaring van de ziekenhuizen over de naleving van de Kaderregeling AO/IC.

Over 2005 voldoen in het algemeen de instellingen niet aan de gestelde eisen in de kaderregeling. Dit komt tot uitdrukking in de strekking van de bestuursverklaringen van de instellingen. De zorgverzekeraars kunnen hierdoor in het algemeen niet steunen op de ontvangen bestuursverklaringen. In een aantal gevallen zijn de bestuursverklaringen ook niet tijdig ontvangen.
De NZa vraagt de instellingen om de bestuursverklaringen te overleggen. In onderstaande tabel zijn de resultaten weergegeven.

Verklaringen ziekenhuizen 2005

Aantal ziekenhuizen	99
Ingeleverde bestuursverklaringen 2005	66
Daarvan goedkeurende verklaringen	1

Uit de tabel blijkt dat het merendeel van de instellingen over 2005 geen goedkeurende verklaring heeft kunnen overleggen[8].
Een en ander heeft tot gevolg dat de door de zorgverzekeraars zelf uit te voeren controles behoren toe te nemen.

Formele controles
Ziekenfondsen hebben in het overgangsjaar 2005 de formele controles op de DBC-declaraties uitgevoerd. Voor de reikwijdte van de formele controles op de DBC-declaraties zijn in het algemeen de voorwaarden van toepassing waaraan minimaal voldaan moet zijn voor een rechtmatige verstrekking, zoals vastgelegd in het Controleprotocol rechtmatigheidsonderzoek bij het Maatschappelijk verslag 2005.
In het bijzonder gaat het om de volgende criteria voor DBC-declaraties:
- De DBC-declaratie heeft betrekking op een persoon die als verzekerde in het verzekerdenbestand Zfw is opgenomen;
- Er is sprake van een overeengekomen (B-segment) en/of door het CTG/ZAio goedgekeurd tarief (A-segment);

8 De peildatum voor de genoemde aantallen is 15 juli 2006

- De DBC-behandeling maakt deel uit van het verstrekkingenpakket Zfw;
- Aan de DBC-declaratie ligt een overeenkomst met een zorgverlener ten grondslag.

De formele controles hebben betrekking op enkele algemene eisen van rechtmatigheid van de uitgaven.
Voor 2005 komen in het algemeen uit de uitgevoerde formele controles geen bijzonderheden naar voren. Op beperkte schaal worden onzekerheden over de rechtmatigheid van de DBC-uitgaven geconstateerd doordat controles op rode en oranje DBC's (DBC's die niet behoren tot het wettelijk verzekerd pakket dan wel daartoe onder voorwaarden behoren) nog niet volledig zijn afgerond.
Overigens moet hierbij worden aangetekend dat de hier vermelde formele controle uitgaat van de DBC's zoals ze worden geregistreerd in de instellingen en vervolgens worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraars. Een dergelijke opmerking moet ook worden gemaakt voor de Kaderregeling AO/IC. Deze gaat uit van de geldende typeringsinstructies en declaratiebepalingen. Indien die ruimte laten voor interpretatieverschillen, wordt dat per definitie door de AO/IC-voorschriften niet gecorrigeerd.

Materiële controles
Bij de materiële controle wordt onderscheid gemaakt tussen materiële controle gericht op de daadwerkelijke levering aan de verzekerde en materiële controle gericht op de 'terechte' levering. Vaak vinden deze controles plaats na afloop van het jaar waarop de kosten zijn geboekt. Ze worden gericht uitgevoerd op basis van bestandsanalyses. De uitkomsten van materiële controles hebben niet direct invloed op de rechtmatigheid van de uitgaven, maar wel op de getrouwheid van de kosten. De beoordeling van de materiële controles door de toezichthouder kunnen aanleiding tot opmerkingen geven in het kader van de rechtmatigheid van de uitvoering.
Bij veel ziekenfondsen zijn de materiële controles (nog) niet volledig uitgevoerd. Mede hierdoor ontstaan er onzekerheden over de kosten van DBC's. Overigens is de mogelijkheid tot het uitvoeren van materiële controles in 2005 door de zorgverzekeraar ook beperkt omdat op last van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) niet de volledige DBC-prestatiecode op de declaratie mocht worden vermeld. De diagnosecode mocht slechts ten dele worden vermeld. Vanaf 2006 is dat veranderd en kunnen per DBC de volledige prestatiecodes op de declaratie worden vermeld. Beperkende factor blijft dat in de declaraties de verrichtingprofielen niet worden opgenomen, waardoor de DBC-declaratie voor de verzekeraar lastig te controleren is.

Andere redenen voor de onzekerheid over de hoogte van de DBC-kosten zijn onder andere:
- de ziekenhuizen voldoen in overgrote meerderheid niet (of gedeeltelijk niet) aan de kaderregeling AO/IC;
- een aantal ziekenfondsen had niet de beschikking over de bestuursverklaringen van de instellingen ten tijde van de opmaak van de jaarcijfers van de ziekenfondsen;

- de DBC's worden pas gefactureerd bij sluiting van de DBC's, waardoor de declaratiestroom laat op gang is gekomen, met minder tijd voor materiële controles en een hoger aandeel van ramingen in het totaal van de kosten;
- er zijn geen ervaringsgegevens beschikbaar voor de raming van het onderhanden werk DBC's.

De externe accountants van de ziekenfondsen hebben, zonder afbreuk te doen aan het oordeel over de verantwoording van het ziekenfonds, in de accountantsverklaringen een toelichtende paragraaf opgenomen en de aandacht gevestigd op de toelichting in het Financieel Verslag. De ziekenfondsen hebben in de toelichting uiteengezet dat door de invoering van de DBC's de hoogte van de kosten DBC's en de technische voorziening DBC's met onzekerheid is omgeven. Deze onzekerheden zal de NZa (het CTZ) aan de orde stellen in haar algemeen rapport over de uitvoering Zfw 2005. Dat uitgaven onzeker zijn (uitgedrukt in een percentage van het totaal), drukt uit dat over de juistheid van de weergegeven kosten geen oordeel kan worden gegeven.

Situatie 2006

Voor de zorgverzekeraars is met de inwerkingtreding van de Zvw een nieuwe situatie ontstaan. In de verslaglegging zal de rechtmatigheidverantwoording over de bestedingen geen rol meer spelen[9]. De verantwoording van het nakomen van wettelijke verplichtingen speelt wél een rol. Daarnaast moeten zorgverzekeraars de juistheid van gegevens aantonen die nodig zijn in het kader van de verevening. De zorgaanbieder behoort op basis van de Zvw de gegevens te leveren die de zorgverzekeraar voor zijn controles nodig heeft. De mogelijkheden van controles volgens een werkwijze die is afgestemd met het CBP, zijn vastgelegd in de "Wijziging Regeling zorgverzekering ter uitvoering Zorgverzekeringswet" van 15 december 2005. Een andere wijziging voor de zorgverzekeraar is de marktgerichte benadering waarvan de Zvw uitgaat. Meer dan tijdens de periode van de Zfw ondervindt de zorgverzekeraar prikkels om efficiënte zorg in te kopen en te doen leveren. Een en ander veronderstelt dat bekostigingssystemen in de zorg deze werking van het verzekeringssysteem ondersteunen.Tegelijk moeten zorgverzekeraars zorgen dat zij daarmee kunnen werken, onder meer door zich van de goede gegevens te voorzien.

De verklaringen over het (niet) voldoen aan de Kaderregeling AO/IC zijn gepaard gegaan met verbetervoorstellen aan de besturen van de instellingen. Het is niet bekend wat de stand van zaken is met betrekking tot het realiseren van deze verbetervoorstellen. Het is een verantwoordelijkheid van de aanbieder om ten behoeve van de publieke verantwoording in overleg met de controlerend accountant de verbeteringen in de AO/IC te realiseren zodat over 2006 een goedkeurende verklaring kan worden verkregen.

[9] De onzekerheid de uitgaven van zorgverzekeraars heeft wel invloed op de resultaten en kan gevolgen hebben voor de financiële positie van zorgverzekeraars. Die valt onder het toezicht van DNB.

De zorgverzekeraars zijn beter dan vorig jaar voorbereid op het uitvoeren van controles om voldoende zekerheid over de uitgaven te krijgen. De aanpak van ZN om via kwantitatief onderzoek van Vektis greep op de declaraties te krijgen bevestigt dit beeld. Overigens zal voor de beoordeling over 2006 ook de NZa als toezichthouder na beoordeling van 2005 meer zicht hebben op het al dan niet uitvoeren van controles door zorgverzekeraars.

5.5 Conclusies

Vanuit het oogpunt van risico's voor macrokosten zijn de kansen op grote gevolgen door onterechte declaraties beperkt. Dat komt grotendeels door de bekostigingsvangnetten die ook als plafond werken. Voor de niet-gebudgetteerde zorgsectoren ontbreken cijfers, maar op basis van een kwalitatieve analyse kan worden geconstateerd dat de risico's daar beperkt van aard zullen zijn, zowel op macro- als microniveau.

Voor de nabije toekomst met een gewenste overgang naar variabele prestatiebekostiging ligt dat echter anders. Als dan geen sprake is van eenduidige productdefinities zodat afnemers niet kunnen controleren wat wordt geleverd, is de overstap naar prestatiebekostiging niet verantwoord.

De controles op uitgaven en declaraties steunen vrijwel volledig op het correct functioneren van de interne administratieve processen in het ziekenhuis. Die processen zijn op hun beurt weer afhankelijk van een juiste toepassing van de DBC-registratie en -validatie. Met andere woorden: als de basis niet deugt, wankelt het hele bouwwerk, terwijl dat overeind wordt gehouden door de budgetteringssystematiek. Dat is materieel gezien de situatie in 2005 en naar verwachting ook in 2006.

Om deze knelpunten te kunnen oplossen is een parallelle aanpak nodig:
- systeemverbeteringen aan de basis: in hoofdstuk 4 is hiervoor een aantal aanbevelingen aangedragen;
- versterken van de controleketen;
- voor de korte termijn het opstellen van een aantal richtlijnen voor de interpretatie van typeringsinstructies;
- handhaving van de Kaderregeling AO/IC;
- nadere maatregelen en instructies voor accountantscontrole;
- onderzoek door de externe accountants van de instellingen naar de stand van zaken AO/IC 2006 en de voortgang in het realiseren van de verbeterplannen;
- het (tijdelijk) verplicht aanleveren van profielgegevens aan zorgverzekeraars (de toezichthouder krijgt die data via het DIS aangeleverd en kan op grond daarvan ook achteraf onrechtmatige declaraties constateren. Dit is in de praktijk onvoldoende op gang gekomen).

Het versterken van de achteraf-controle is geen structurele oplossing voor het probleem van een instabiel systeem en kan bovendien niet slagen indien de basis niet wordt verbeterd. Dat betekent naar de mening van de NZa dat het DBC-systeem aan de basis sterk vereenvoudigd en verduidelijkt moet worden.

6. Verbeterplan marktpartijen en VWS

6.1 Inleiding

De marktpartijen hebben in overleg met het ministerie van VWS een verbeterplan opgesteld onder de naam 'DBC's eenvoudig beter'. In dit hoofdstuk volgt een korte samenvatting van dit plan en wordt gekeken naar het verwachte effect op de hiervoor in hoofdstuk 5 beschreven controlerisico's.

In het verbeterplan worden de volgende stappen aangekondigd:
- enkelvoudige vastlegging ten behoeve van meervoudig gebruik;
- verbeteren basisregistratie;
- ICD-codering koppelen aan DBC-registratie;
- de specialist typeert alleen de diagnose en waar nodig de behandeling;
- de validatie van de DBC die achteraf plaatsvindt wordt vervangen door afleiden van de DBC uit de basisregistratie;
- beter gebruik maken van ICT-mogelijkheden;
- ICT-infrastructuur moet beter en slimmer;
- reële tarieven voor herkenbare producten;
- declaratie op DBC-niveau, onderhandelen op clusterniveau;
- clusteren op basis van de diagnose.

6.2 Nadere beschouwing van het verbeterplan

Het verbeterplan bestaat grofweg uit drie categorieën maatregelen: registratie en validatie, technische maatregelen en maatregelen voor tarifering en prijsonderhandeling.

Registratie en validatie
In het verbeterplan wordt onder de noemer basisregistratie een aantal onderwerpen meegenomen:
- uniformeren definities en typeringslijsten;
- uitbreiden aantal verrichtingen en activiteiten die het zorgprofiel bepalen;
- uniformeren toepassingsregels;
- invoeren ICD-codering als basisregistratie;
- afleiden van DBC's uit basisregistratie.

Het is evident dat een uniforme toepassing van de DBC's afhangt van een uniforme registratie van diagnosen en verrichtingen in het medisch dossier. De vraag of dat een registratie van diagnosen moet zijn die is gebaseerd op de ICD-9 (zoals in de Landelijke Medische Registratie) of een andere vorm, is voor de bekostiging van zorg op basis van eenheden als DBC's minder relevant. Centrale eis is dat uniforme definities en typeringen worden gehanteerd. Uiteindelijk moet eenzelfde diagnose en behandeling bij alle zorgaanbieders tot dezelfde DBC leiden.

De validatie of het afleiden van DBC's kennen allebei dezelfde achilleshiel: er zijn uniforme typeringsalgoritmes noodzakelijk, die door alle zorgaanbieders uniform worden toegepast. Als deze typeringsalgoritmes ontbreken, zoals in de huidige situatie het geval is, zal het afleiden van DBC's geen verbetering met zich meebrengen. De rol van de specialist ten aanzien van de registratie van de diagnose spreekt voor zich, maar in de hoofdstukken 4 en 5 is aangetoond dat juist de Instructies en typeringslijsten die door specialisten zijn opgesteld, voor de interpretatieproblemen zorgen. De vraag is dan ook of achteraf fiatteren van afgeleide DBC's door de specialist de structurele problemen oplost. Essentieel is dat de ruimte voor lokale interpretatie uit de typering wordt gehaald. Ten aanzien van het systeem van afleiden wordt in het verbeterplan opgemerkt dat de verantwoordelijkheid van de specialist 'door mandatering of anderszins lokaal ingevuld (kan) worden'. Daarmee wordt opnieuw de deur opengezet voor variatiebreedte in het declaratiegedrag en daar schiet het verbeterplan in het licht van de analyse en conclusies van hoofdstuk 4 dan ook tekort.

Technische maatregelen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn in toenemende mate afhankelijk van ICT-toepassingen. De DBC-systematiek zou zonder ICT-ondersteuning ondenkbaar zijn. Het is echter primair de verantwoordelijkheid van marktpartijen om hun ICT-ondersteuning zo in te richten dat daarmee aan vigerende regelgeving kan worden voldaan. Voor het invoeren van regelgeving is het dan relevant dat voldoende tijd wordt geboden om aanpassingen in regelgeving in de ICT-systemen te implementeren. Dat houdt meteen ook in, dat wijzigingen in het DBC-systeem pas kunnen ingaan als is aangetoond dat alle systemen werken.
Ten aanzien van het verbeterplan zou naar de mening van de NZa veel meer centraal moeten staan hoe uniformering van de ICT-software tot stand kan komen. In het verbeterplan wordt die vraag niet beantwoord. Er wordt gesproken over een gecertificeerde validatiemodule, maar men zou bijvoorbeeld kunnen denken aan toepassing van een certificeringsysteem voor de integrale ICT-ondersteuning.

Declaratie en onderhandelingen

Het huidige tariefsysteem kent een tarifering die is gebaseerd op productgroeptarieven. Die productgroeptarieven zijn op hun beurt gebaseerd op de landelijke gemiddelde productmix per productgroep. Alle DBC's uit een productgroep hebben hetzelfde tarief. Er worden individuele DBC's gefactureerd. Als gesproken wordt over individueel declareren, dan wordt in het algemeen bedoeld dat de DBC's ook een eigen tarief krijgen. In het B-segment zijn geen landelijke productgroepen gedefinieerd en kunnen nu al prijzen per DBC worden afgesproken. Aannemende dat per 1 januari 2008 de prijsvorming wordt geliberaliseerd en het systeem van vaste tarieven wordt losgelaten, zal dus de productstructuur voor de tariefbepaling geen rol meer spelen. Maar ook voor de onderhandelingen ligt het dan meer voor de hand dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar zelf bepalen over welke DBC's individueel wordt onderhandeld en welke DBC's tegen een gemiddelde (cluster-)prijs worden aangeboden. Het tariefsysteem hoeft dat dan niet meer voor te schrijven. Een probleem daarbij is het grote (en toenemende) aantal DBC's. Dat wordt in het verbeterplan niet aangepakt.

Het is nu overigens zo dat de tariefberekening van de zorg helemaal aan het eind van het systeem zit. De casemix (het relatieve aandeel van iedere DBC in het totale productaanbod) wordt bepaald door het gerealiseerde volume en dat staat of valt met de typeringsinstructies zoals elders in dit rapport is aangetoond. Verbetering van het DBC-systeem kan op zich los worden gezien van de wijze van tarifering.

6.3 Algemene conclusie over het verbeterplan

Onderdelen van het verbeterplan dragen bij aan de door de NZa voorgestelde oplossingsrichting van het DBC-systeem. Het is nuttig dat de bekostiging van zorg nog eens als de essentie van het DBC-systeem voorop is gezet. De elementen uit het plan die de NZa vooral positief waardeert, zijn de vereenvoudigingen en uniformering van de Instructies en het realiseren van uniforme basisregistraties met eenduidige begrippen. Daarnaast zijn echter ook doelen opgenomen die als randvoorwaarden gezien kunnen worden, maar die *au fond* niets te maken hebben met de verbetering van de basis van het DBC-systeem als drager van tarieven en prestaties. Dat betreft onderdelen over de tarifering. Het huidige reguleringssysteem kan niet bindend zijn. Als structurele oplossing voor de knelpunten rond de controle op declaraties die elders in dit rapport zijn beschreven, zijn nog verbeterstappen te zetten. Het plan zou moeten worden aangevuld met maatregelen die de controle vergemakkelijken én criteria om de mate van detaillering van het DBC-systeem aan banden te leggen. Het plan moet voorkomen dat in de toekomst nieuwe knelpunten ontstaan. Tenslotte moet het plan worden voorzien van concrete mijlpalen en condities voor vervolgstappen. De NZa ontwikkelt hiertoe zelf een toetsingskader voor de systeemontwikkeling.

7. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vat de NZa de belangrijkste conclusies uit het rapport nog eens samen en worden aanbevelingen gedaan voor vervolgstappen.

7.1 Conclusies

7.1.1 Vraagstelling

De vraag in het verzoek van de minister van VWS was om na te gaan of er door zorgaanbieders in strijd met declaratiebepalingen is gedeclareerd. In het verlengde daarvan heeft de minister gevraagd of aanpassingen in de declaratiebepalingen noodzakelijk zijn.

Ten aanzien van de vraag of door zorgaanbieders onrechtmatig is gedeclareerd, concludeert de NZa dat het op grond van de door ZN aangeleverde gegevens niet mogelijk is om conclusies te trekken over al dan niet onrechtmatig declareren. Bij onderzoek naar onrechtmatigheid moeten bovendien de normen duidelijk zijn. Daarover gaat een belangrijk deel van het onderzoek van de NZa.

Bij nadere analyse van de materie en de onderliggende regelgeving heeft de NZa het volgende geconcludeerd. Het blijkt op grond van de vigerende typeringsinstructies niet mogelijk om vast te stellen of er sprake is van onrechtmatig declaratiegedrag. De typeringsinstructies bieden daarvoor op een groot aantal punten eenvoudigweg een te vrijblijvend geformuleerde norm en ze laten te veel ruimte voor een eigen interpretatie door de aanbieder. De normen zijn daardoor te vaag om normafwijkend gedrag te kunnen vaststellen. Verder is de afhankelijkheid van de ICT-systemen zorgelijk, aangezien de verschillende softwareleveranciers verschillende toepassingen bij de zorgaanbieders implementeren. Daarmee neemt het risico op (onaanvaardbare) spreiding in het declaratiegedrag sterk toe.

Naar mening van de NZa kan nader onderzoek bij individuele zorgaanbieders bij gebrek aan concrete normen geen helderheid verschaffen over de vraag of al of niet onrechtmatig i.c. in strijd met de declaratiebepalingen is gedeclareerd. Op grond van de analyse kan worden vastgesteld dat er een risico bestaat vanwege te ruime interpretaties van Instructies. Er kan geen uitspraak worden gedaan over frequentie en omvang bij individuele zorgaanbieders. De NZa voegt daaraan toe dat met betrekking tot het huidige bekostigingsregime niemand voordeel trekt uit onjuiste declaraties.

Ten aanzien van de vraag of declaratiebepalingen moeten worden aangescherpt, concludeert de NZa dat het noodzakelijk is om te komen tot een universele normstelling die controle op de declaraties mogelijk maakt. Daaruit volgt de noodzaak tot het uniformeren en verduidelijken van typeringsinstructies en declaratiebepalingen die refereren aan de Instructies.

7.1.2 Controleketen en risico's uitgavenontwikkeling

In het kader van het onderzoek is door de NZa behalve naar de vraagstelling van de minister van VWS in enge zin naar de controleketen gekeken. Dat is gebeurd vanwege de inherente risico's die de DBC-typering met zich meebrengt voor de verantwoording van de zorguitgaven. Daarbij heeft de NZa geconstateerd dat de controleketen over 2005 onvoldoende heeft gefunctioneerd. In 2005 heeft 98% van de zorgaanbieders niet voldaan aan de eisen van de AO/IC. Dit was op voorhand bekend en er zijn met de betrokken toezichthouders en externe accountants afspraken gemaakt over de wijze waarop hiermee moet worden omgegaan. Het is echter niet duidelijk of er in 2006 daadwerkelijk verbetering zal optreden. Hierop zal de NZa in het bijzonder alert moeten zijn.
De risico's die hieruit voortvloeien ten aanzien van de uitgaven ten laste van de Zvw worden nog grotendeels ondervangen door het budget- en lumpsumsysteem. Dat is materieel het enige vangnet aan de kant van de zorgaanbieders. Hiermee worden risico's van 90% van het zorgaanbod afgevangen.
Kijkend naar controles om zekerheid over de weergave van de uitgaven te verkrijgen, zou het ontbreken van voldoende controles bij de ziekenhuizen moeten worden gecompenseerd door een (tijdelijke) toename van controlemogelijkheden bij zorgverzekeraars.

7.1.3 Systeemontwikkeling en verbeterplannen

De aanpassingen die sinds de invoering van het DBC-systeem in 2005 zijn aangebracht, hebben niet geholpen om de knelpunten die in dit rapport zijn gesignaleerd weg te nemen. Integendeel, de toenemende mate van detaillering maakt toepassing van het DBC-systeem complexer en de foutenkans groter.
Het verbeterplan, dat recent door marktpartijen en VWS is vastgesteld, kent een aantal elementen die tegemoet komen aan de genoemde bezwaren. Naar de mening van de NZa is het echter nog onvoldoende gericht op de eisen die vanuit controle en verantwoording aan het DBC-systeem moeten worden gesteld.

7.2 Aanbevelingen voor vervolgstappen

Om tot een evenwichtig DBC-systeem te komen dat voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars en consumenten voldoende zekerheden biedt, beveelt de NZa het volgende aan.

7.2.1 Systeemvereisten

In het DBC-systeem moet een aantal aanpassingen worden ingevoerd.

- Het uniformeren van Instructies en typeringslijsten en het aanscherpen van declaratiebepalingen zowel binnen specialismen als over specialismen heen. Instructies dienen een eenduidige hoofdregel te bevatten en alle toegelaten uitzonderingen moeten limitatief worden benoemd;

- Het beperken van het aantal DBC's. De NZa beveelt in lijn daarmee aan dat in afwachting van de uniformering het aantal DBC's niet wordt uitgebreid;
- Bij toekomstige systeemontwikkeling moet nadrukkelijk worden gekeken naar gevolgen voor het volume aan (declarabele) prestaties;
- De typeringsinstructies en bijbehorende declaratiebepalingen moeten landelijk uniform worden toegepast door het inrichten van versiebeheer en het verplicht gebruik van voorgeschreven versies;
- De ICT-toepassingen van zorgaanbieders, gericht op registratie en validatie in het kader van DBC's, moeten worden gecertificeerd om te controleren of deze aan de gestelde eisen voldoen.

7.2.2 Controletoepassingen

De aanpassingen in het DBC-systeem vergen geruime tijd. In afwachting van realisatie daarvan moeten in de controle maatregelen worden genomen om onzekerheden in de betalingen danwel fouten daarin tot een vooraf vastgestelde grens te voorkomen. Daar waar maatregelen moeten worden genomen neemt de NZa het voortouw.

- Er moet een onderzoek worden uitgevoerd door de externe accountants van de zorgaanbieders naar de stand van zaken met betrekking tot de AO/IC in 2006 en de voortgang met de verbeterplannen die uitgevoerd moeten worden als gevolg van het ontbreken van goedkeurende verklaringen over 2005. Bij gebrek aan voldoende voortgang moet de NZa met duidelijke maatregelen komen en sancties in haar afweging betrekken.
- De AO/IC wordt uitgebreid met eisen ten aanzien van lokale toepassingen van informatievoorziening op het vlak van DBC's.
- Overwogen moet worden of ten behoeve van de controle een aantal maatregelen voor de korte termijn dwingend moet worden voorgeschreven:
    - voor het beoordelen van declaraties worden voorlopige landelijke interpretaties van de Instructies vastgesteld;
    - de zorgverzekeraars krijgen de beschikking over landelijke profielen voor het A-segment alsmede gemiddeld declaratiegedrag van zorgaanbieders voor 'multi interpretabele declaraties';
    - de zorgaanbieders zijn verplicht om profielinformatie aan de zorgverzekeraars te geven. Hiermee wordt meer inzicht in de geleverde prestaties mogelijk.

- Bij die overwegingen kan de NZa betrekken dat zij een generieke versoepeling van deze maatregelen afhankelijk stelt van het realiseren van de landelijke systeemvereisten;
- Op het niveau van de individuele aanbieder (instelling en de aldaar toegelaten specialisten) kunnen de maatregelen worden versoepeld, indien voldaan is aan de AO/IC-eisen;

– In overleg met organisaties van accountants wordt de toetsing van registratie- en informatiesystemen bepaald.

Deze maatregelen kunnen worden genomen op grond van de mogelijkheid binnen de Wmg om administratievoorschriften uit te vaardigen. Door deze in de vorm van een nadere regel vast te stellen, heeft de NZa instrumenten voor de handhaving ervan.

7.2.3 Toetsingskader

De NZa acht het van belang dat in het DBC-systeem de publieke belangen voldoende tot hun recht komen. Bij de uitwerking van bovenstaande aanbevelingen zal vanuit die doelstelling door de NZa een toets worden uitgevoerd. Hiertoe ontwikkelt de NZa een toetsingskader waarmee wordt beoogd de ruimte in het systeem te normeren. Bij de ontwikkeling van dat toetsingskader zal de NZa de marktpartijen consulteren.

Bijlage 1

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

CTG/ZAio
T a v. de Voorzitter
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
CZ/2697001	M. Verbeek	070-3407070	- 7 JUL 2006
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Taskforce declaraties		2	

Op donderdag 15 juni 2006 ontving ik van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een powerpointpresentatie van uitkomsten van een onderzoek door Vektis in opdracht van ZN. De uitkomsten spreken van vier categorieën 'verdachte' DBCs waarvoor instellingen in 2005 566 mln. euro teveel gedeclareerd zouden hebben. Tevens werd een grote variatie zichtbaar in de wijze waarop instellingen DBCs uit de vier categorieën gedeclareerd hebben. Deze resultaten zijn 16 juni 2006 in de pers uitgebreid aan de orde gesteld De resultaten, en de wijze waarop deze door de pers geïnterpreteerd zijn, hebben tot de nodige beroering geleid. De minister heeft de voorzitter van de Tweede Kamer per brief geïnformeerd over de resultaten, en aangegeven onmiddellijk actie te nemen om de gerezen problematiek adequaat aan te pakken Ik heb deze brief bijgevoegd.

De aanpak van de minister is tweeledig:

- een in te stellen taskforce, tenminste bestaande uit CTG/ZAio, NVZ, NFU, OMS en ZN, zal, ondersteund door de veegploeg, de uitkomsten nader verifiëren en analyseren, en tevens nagaan of er naast de vier genoemde categorieën DBCs nog andere DBC declaraties zijn waar te veel variatie voorkomt in de wijze van declareren
- het CTG-Zaio wordt verzocht om op basis van de gegevens van Vektis te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBCs in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen, en of deze eventueel aanpassing behoeven.

De minister acht de betrokkenheid van CTG/Zaio in de taskforce van groot belang De taskforce zal bij het nader analyseren en verifiëren van de uitkomsten, en het op basis daarvan verklaarbaar en 'normaal' achten van variatie in declaraties, snel stuiten op de vigerende (declaratie)bepalingen, en eventueel gebrek aan eenduidigheid daarin Op dat moment is de inbreng van de materiedeskundigheid van het CTG/Zaio van groot belang Daarbij kunt u zich onafhankelijk opstellen, zodat u zich richting de minister onverminderd onafhankelijk kunt uitspreken over het handelen van ziekenhuizen en medisch specialisten Daarnaast kan het één in de praktische uitvoering moeilijk los gezien worden van het ander

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend richten aan het postadres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief

Internetadres:
www minvws nl

De oprichting van de taskforce wordt op dit moment geconcipieerd. De gedachtevorming hieromtrent wordt vastgelegd in een oprichtingsnotitie. Een concept-versie treft u bijgaand aan. In de notitie zal de onafhankelijkheid van CTG/Zaio, met name als het gaat om de beoordeling omtrent de rechtmatigheid van de declaraties, ondubbelzinnig helder moet zijn. Ik vraag u dan ook te participeren in de verdere vorming van de oprichtingsnotitie.

Ik hoop dat u snel overgaat tot participatie in de taskforce, teneinde deze problematiek die de vereenvoudiging en de doorontwikkeling van de DBCs hindert, snel het hoofd te bieden.

De Directeur-Generaal Gezondheidszorg,

drs. M.J. van Rijn

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
CZ-2693780			21 JUN 2006
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Teveel betaalde DBC-declaraties		1	

In de Voortgangsrapportage van 12 juni jongstleden (DBO-CB-U-2682919) heb ik u geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek naar overdekking bij ziekenhuizen. Het onderzoek laat zien dat er sprake is van een substantiële overdekking. Geraamd wordt dat voor het jaar 2005 de inkomsten van ziekenhuizen op grond van DBCs ongeveer € 1 à 2 miljard hoger uitkomen dan de vastgestelde budgetten. De inkomsten omvatten de opbrengsten van gedeclareerde DBCs (inclusief verrekenpercentages) aangevuld met het zogenaamde 'onderhandenwerk'. De belangrijkste oorzaak voor deze overdekking is dat de verrekenpercentages per ziekenhuis te hoog zijn vastgesteld. Tevens is uitgegaan van een te lage raming van het aantal te declareren DBCs in 2005. De raming was gebaseerd op een steekproef.

Ik heb donderdag 15 juni jongstleden van ZN een powerpointpresentatie ontvangen van uitkomsten van onderzoek door Vektis. De presentatie is bijgevoegd. De uitkomsten verklaren mogelijkerwijs een deel van de overdekking. Ik heb tot op heden geen onderbouwing van de uitkomsten ontvangen. Vektis stelt dat 'door analyse van de DBC-declaraties is gebleken dat er voor vier categorieën van DBC-declaraties €566 miljoen teveel is gedeclareerd'. De analyse van Vektis laat op grond van een steekproef een grote variatie zien in de wijze waarop ziekenhuizen in 2005 vier specifieke categorieën DBCs hebben gedeclareerd. Dat kan verschillende oorzaken hebben. De registratievoorschriften kunnen onvoldoende eenduidig zijn, waardoor verschillend met registratievoorschriften om wordt gegaan. Dit betekent niet noodzakelijkerwijs dat betreffende DBC-declaraties ook onrechtmatig zijn. Een andere oorzaak kan zijn dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars onvoldoende controleren of het naast elkaar declareren van meerdere DBC-combinaties wel terecht is. De indicaties van Vektis zijn nog niet bij individuele ziekenhuizen getoetst op oorzaken en achtergrond. Een verdieping van de analyse is noodzakelijk om tot een onderbouwd inzicht te komen in de aard en de oorzaken van de geschetste problematiek

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend richten aan het postadres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief

Internetadres:
www.minvws.nl

Aangezien het grootste gedeelte van de ziekenhuisproductie en de inzet van medisch specialisten gebudgetteerd is, is het niet waarschijnlijk dat er fraude in het spel is. Daarnaast zijn de financiële gevolgen miniem.
Immers, de budgetsystematiek zorgt er voor dat eventueel teveel gedeclareerde DBCs worden verrekend. Niettemin is een te grote variatie in het declaratiesysteem onacceptabel en vereisen de uitkomsten van de analyse van Vektis onmiddellijke actie. Met het oog op het Algemeen Overleg ziekenhuiszorg van 27 juni aanstaande informeer ik u over de afspraken die naar aanleiding hiervan zijn gemaakt met ZN, de NVZ, de NFU, de OMS en de NPCF.

Nader onderzoek en analyse van de gegevens
Onder mijn leiding wordt een taskforce, bestaande uit CTG/ZAio, NVZ, NFU, OMS en ZN, ingesteld die verantwoordelijk is voor een adequate aanpak van de gerezen problematiek. In eerste instantie richt de taskforce zich op verificatie en nadere analyse van de uitkomsten van Vektis. Ten behoeve hiervan zijn de volgende afspraken gemaakt:

1. ZN stelt de rapportage en brongegevens beschikbaar aan de NVZ, OMS, NFU, NPCF, CTG/ZAio en mijn departement ter verificatie en nadere analyse van de uitkomsten;
2. Het ministerie verzoekt CTG/ZAio om met gegevens van Vektis te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBCs in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen. Mogelijkerwijs dienen de registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt te worden. CTG/ZAio rapporteert aan het ministerie zijn bevindingen;
3. De taskforce, ondersteund door de veegploeg, onderzoekt op grond van gegevens van Vektis, het DBC Informatiesysteem en de gegevens van de veegploeg of er naast de vier categorieën uit de analyse van Vektis nog andere DBC declaraties zijn waar (te) veel variatie voorkomt tussen ziekenhuizen en specialismen.

Daarnaast zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Alle DBCs die vanaf 1 januari 2006 zijn gedeclareerd worden door ziekenhuizen en verzekeraars opnieuw gecontroleerd. Hier wordt nadrukkelijk ook gekeken naar controles, die zich richten op het aantal gedeclareerde DBCs per patiënt en de onderlinge logica daarvan. De huidige validatiemodule schiet hierin mogelijk tekort.
- CTG/ZAio beziet of de registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt moeten worden.
- Op grond van gegevens van Vektis benadert de veegploeg in opdracht van VWS ziekenhuizen die het meest afwijkende registratiegedrag vertonen.
- Voor 2005 zijn naar aanleiding van signalen dat ziekenhuizen geen volledige goedkeurende bestuurs- en accountantsverklaring voor de administratieve processen konden overleggen nadere controleafspraken gemaakt. Onderdeel hiervan is dat ziekenhuizen in 2006 een verbeterplan voor de administratieve processen moeten opstellen. Onderzoek wordt uitgezet naar de werking van de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle bij ziekenhuizen en de voortgang van de verbeterplannen.
- De verrekentarieven worden door het CTG/ZAio aangepast om overdekking voor het jaar 2006 te voorkomen.

Financiële gevolgen
In de inleiding is gesteld dat de financiële gevolgen van de declaratieproblematiek miniem zullen zijn. Dit licht ik hier verder toe.
Als gevolg van het huidige budgetsystematiek heeft een grote meerderheid van ziekenhuizen en medisch specialisten geen belang bij meer declareren.
In het zogenaamde A-segment bepaalt de budgetsystematiek (FB-systematiek en lumpsummen) de inkomsten van ziekenhuizen en (vrijgevestigde) specialisten. Te veel gedeclareerde DBCs worden bij specialisten en ziekenhuizen verrekend. Meer declareren dan het budget heeft voor ziekenhuizen en voor specialisten werkzaam in loondienst of vrijgevestigd binnen een lumpsum geen zin. Alleen vrijgevestigde specialisten zonder lumpsum en zelfstandige behandelcentra hebben baat bij meer declareren. Naar raming werkt ongeveer 10% van de vrijgevestigde specialisten zonder lumpsum. De zelfstandige behandelcentra nemen ongeveer 1 à 2% van de gehele ziekenhuisproductie voor hun rekening. Gesteld kan worden dat de financiële gevolgen van een (mogelijke) overdekking miniem zijn. Ik zal op grond van de gegevens van Vektis specifiek de financiële gevolgen onderzoeken bij vrijgevestigde specialisten zonder lumpsum en de zelfstandige behandelcentra.

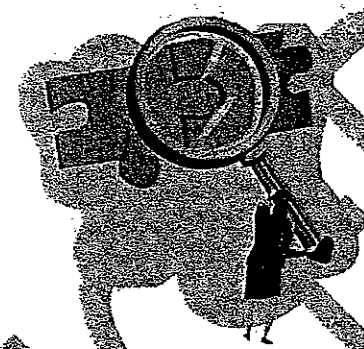
Het B-segment met vrije prijsvorming valt buiten de budgetsystematiek. In de contractuele verplichtingen zijn afspraken over volume en daarmee aantallen te declareren DBCs vastgelegd. Uit de analyse van Vektis kan worden opgemaakt dat een belangrijk deel van de constateringen geen betrekking heeft op het B-segment. Zo maken spoedeisende hulp DBCs deel uit van het gebudgetteerde deel van het ziekenhuis (A-segment). De eventuele effecten van de analyse op het B-segment kunnen alleen met nader onderzoek van het bronmateriaal in beeld worden gebracht.

In de voortgangsrapportage van 12 juni jongstleden heb ik u geïnformeerd over de oplossing voor de overdekking voor het jaar 2005, waarbij zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor de overdekking. Hierdoor heeft deze geen invloed op de premies van verzekerden en het budgettair kader zorg.

De analyse van Vektis suggereert dat er mogelijk teveel DBCs en in verkeerde combinaties in rekening zijn gebracht. Bij de onderzochte categorieën gaat het niet om een eerste DBC, maar een tweede of volgende. Met andere woorden, een patiënt zal altijd één DBC gedeclareerd hebben gekregen. Deze komt ten laste van de no-claim. Aangezien in 2005 de DBC-tarieven (inclusief verrekentarief) in vrijwel alle gevallen boven de €255 lagen en de patiënt daarnaast nog andere zorg (bijvoorbeeld medicatie) kan hebben gekregen, is het effect op de no-claim van verzekerden naar alle waarschijnlijkheid nihil. Bovendien lijkt, hoewel nadere informatie niet voorhanden is, circa driekwart van het bedrag dat Vektis noemt betrekking te hebben op relatief dure dagopname en klinische DBCs. De tarieven van deze DBCs liggen in het algemeen zeer veel hoger dan de no-claim grens van €255. Hierdoor kan een tweede gedeclareerde DBC geen substantieel effect meer hebben op de no-claim. Ook ZN verwacht niet dat de analyse van Vektis de no-claim afrekening van 2005 beïnvloedt. Zoals gezegd, heb ik voor het jaar 2006 afgesproken dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars de gedeclareerde DBCs opnieuw controleren. Hierdoor zal de verzekerde geen nadelige effecten in de no-claim teruggaaf ervaren.

Taskforce declaraties

Oprichtingsnotitie



CONCEPT

Pieter Hooftman
29 juni 2006
versie 0 2

Inleiding

Op vrijdag 16 juni hebben de resultaten van een onderzoek, door Vektis uitgevoerd in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), naar de declaratie van bepaalde categorieën DBCs uitgebreid de aandacht van de media gehad. Vektis stelt in dit onderzoek dat 'door analyse van de DBC-declaraties is gebleken dat er voor vier categorieën van DBC-declaraties €566 miljoen teveel is gedeclareerd'. De analyse van Vektis laat op grond van een steekproef een grote variatie zien in de wijze waarop ziekenhuizen in 2005 vier specifieke categorieën DBCs hebben gedeclareerd.

In antwoord op de ontstane commotie heeft de minister op woensdag 21 juni een brief naar de Tweede Kamer gestuurd waarin de instelling van een taskforce genoemd staat teneinde nader onderzoek te doen naar de bevindingen in het onderzoek, en eventuele correctieve en preventieve maatregelen te treffen. In de taskforce nemen vertegenwoordigers plaats van CTG-Zaio, NVZ, OMS, NFU en ZN. De taskforce staat onder leiding van VWS.

Dit document beschrijft de oprichting van de taskforce, middels de opdrachtformulering aan de taskforce, de kaders waarbinnen de opdracht uitgevoerd dient te worden, de beoogde samenstelling van de taskforce en een tijdsplanning.

Opdracht

In de brief aan de Tweede Kamer heeft de Minister de volgende opdrachten geformuleerd:

In eerste instantie:

1. taskforce: verificatie en nadere analyse van de uitkomsten van het onderzoek. Onderzoek met behulp van de brongegevens is nodig om beter zicht te krijgen op onderbouwing en omvang van het probleem.

2. CTG-Zaio: met gegevens van Vektis onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBCs in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen.

3. taskforce: onderzoeken, ondersteund door de veegploeg, of er op grond van gegevens van Vektis, het DBC Informatiesysteem en de gegevens van de veegploeg naast de vier categorieën uit de analyse van Vektis nog andere DBC categorieën zijn waar (te) veel variatie voorkomt in de wijze waarop ziekenhuizen en specialismen declareren.

Tevens wordt beoogd dat de taskforce de uitvoering van de volgende afspraken bewaakt:

1. ZN stelt de rapportage en brongegevens beschikbaar aan de NVZ, OMS, NFU, NPCF, CTG/ZAio en VWS ter verificatie en nadere analyse van de uitkomsten;
2. Alle DBCs die vanaf 1 januari 2006 zijn gedeclareerd worden door ziekenhuizen en verzekeraars opnieuw gecontroleerd. Hier wordt nadrukkelijk ook gekeken naar controles, die zich richten op het aantal gedeclareerde DBCs per patiënt en de onderlinge logica daarvan. De huidige validatiemodule schiet hierin mogelijk tekort.
3. CTG/ZAio beziet of de registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt moeten worden.
4. Op grond van gegevens van Vektis benadert de veegploeg in opdracht van VWS ziekenhuizen die het meest afwijkende registratiegedrag vertonen.
5. Voor 2005 zijn naar aanleiding van signalen dat ziekenhuizen geen volledige goedkeurende bestuurs- en accountantsverklaring voor de administratieve processen konden overleggen nadere controleafspraken gemaakt. Onderdeel hiervan is dat ziekenhuizen in 2006 een verbeterplan voor de administratieve processen moeten opstellen. Onderzoek wordt uitgezet naar de werking van de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle bij ziekenhuizen en de voortgang van de verbeterplannen.

CONCEPT

Kaders

De kaders van de opdracht worden gevormd door de volgende onderwerpen:

1. De brief van de Minister aan de Tweede Kamer. In deze brief worden de volgende kaders gesteld:

   a) samenstelling taskforce uit NVZ, OMS, NFU, ZN en CTG-Zaio;
   b) CTG-Zaio beziet of ziekenhuizen en specialisten in strijd met vigerende (declaratie)regels gehandeld hebben, en beziet of deze eventueel aangescherpt moeten worden;
   c) in eerste instantie richt de taskforce zich op de huidige uitkomsten van het onderzoek door Vektis.

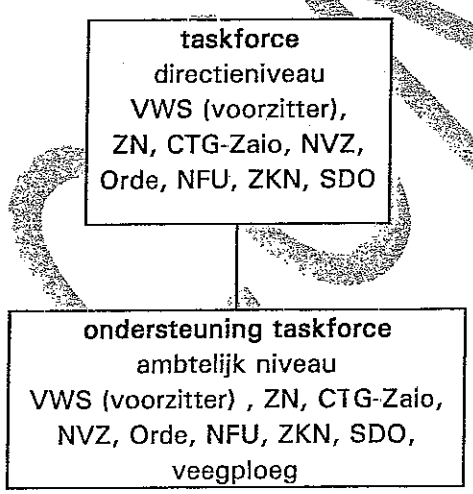
2. De powerpoint presentatie 'Eerste analyse verdachte DBC-declaraties' dd. 15 juni 2006. Deze adresseert de vier categorieën DBC's waar de taskforce zich in eerste instantie op richt.

3. Voor het bepalen of er nog andere DBC categorieën zijn waar (te) veel variatie voorkomt in de wijze waarop ziekenhuizen en specialismen declareren worden o.a. de bevindingen van de veegploeg betrokken.

4. De taskforce richt zich niet op het overdekkingvraagstuk, als kunnen constateringen van de taskforce wel overdekking in bepaalde mate verklaren.

Beoogde samenstelling

Rond de taskforce wordt de volgende structuur voorgesteld:



Tijdsplanning

De resultaten van de taskforce dienen ruim voor de begrotingsbehandeling in het najaar van 2006 beschikbaar te zijn.

Tot slot

De analyse van Vektis lijkt declaratieproblemen aan te tonen op vier categorieën DBCs. Onderzoek met behulp van de brongegevens is nodig om beter zicht te krijgen op onderbouwing en omvang van het probleem. De geconstateerde problemen dienen met spoed aangepakt te worden. In deze brief heb ik aangegeven welke afspraken ik hierover met partijen heb gemaakt.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

Bijlage 2

Samenstelling projectteam NZa:

Fred Visser (projectleider)

Rob Braat
Johan van Manen
Johan Visser
Marcel Vrijhoeven

Bijlage 3

Afkorting

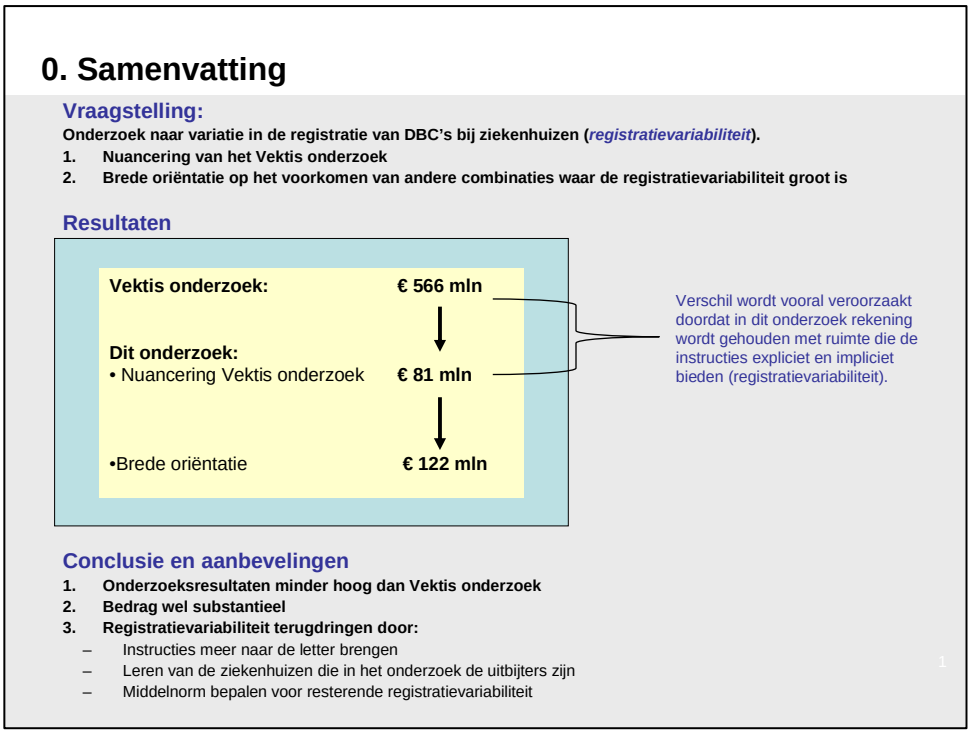
AO/IC	Administratieve organisatie en interne controle
A-segment	Het deel van de medisch specialistische zorg waarvoor tariefregulering resp. budgettering van toepassing is
B-segment	Het deel van de medisch specialistische zorg waarvoor vrije prijzen van DBC's gelden
CPB	College Bescherming Persoonsgegevens
CTG/ZAio	College tarieven gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DNB	De Nederlandsche Bank
FB	Functiegerichte Budgettering
FIOD/ECD	Fiscale Inlichtingen- en OpsporingsDienst / Economische Controledienst
ICD-9	International Classification of Diseases
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie
NZa i.o.	Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting
SDO	stichting DBC-Onderhoud
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WV	Wetenschappelijke Vereniging (van medisch-specialismen)
ZBC's	Zelfstandige BehandelCentra
Zfw	Ziekenfondswet
ZH-psychiatrie	Ziekenhuis-psychiatrie
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 4

Registratievariabiliteit

Rapportage Taskforce Declaratie

Versie 2.8
28 september 2006



Registratievariabiliteit goed te lokaliseren. Totale registratievariabiliteit € 122 mln. Door aanscherping instructies, specifieke communicatie op doelgroepen en nader onderzoek bij uitbijters registratievariabiliteit beperken. Resterende registratievariabiliteit binnen 'middelnormen' accepteren.

1. Vraagstelling

In de brief aan de Tweede Kamer heeft de Minister voor de taskforce de volgende opdrachten geformuleerd (onderstaande komt uit de oprichtingsakte van de taskforce):

1 *taskforce: verificatie en nadere analyse van de uitkomsten van het Vektis onderzoek. Onderzoek met behulp van de brongegevens is nodig om beter zicht te krijgen op onderbouwing en omvang van het probleem.*

2 *taskforce: onderzoeken, ondersteund door de Veegploeg, of er op grond van gegevens van Vektis en het DBC Informatiesysteem naast de vier categorieën uit de analyse van Vektis nog andere DBC categorieën zijn waar (te) veel variatie voorkomt in de wijze waarop ziekenhuizen en specialismen declareren.*

2. Onderzoeksmethode/resultaten

2.1 Nuancering en analyse onderzoek Vektis

Voor het onderzoek door DBC-Onderhoud in samenwerking met Casemix BV ("de veegploeg") is gebruik gemaakt van data van 67 ziekenhuizen die via het DBC Informatiesysteem (DIS) aan DBC-Onderhoud ter beschikking zijn gesteld. De vragen uit het Vektis onderzoek (op basis van schadelastinformatie van zorgverzekeraars in de IZIZ-database) zijn met behulp van de DIS-data gedupliceerd en nader gepreciseerd. In tegenstelling tot Vektis gaat dit onderzoek niet uit van een nulnorm (elke afwijking is fout) maar worden de afwijkingen ten opzichte van het mediane registratiegedrag in kaart gebracht (registratievariabiliteit).

Uitgaande van een registratievariabiliteit die groter is dan twee maal de standaarddeviatie ten opzichte van het mediane registratiegedrag komt de nuancering dan uit op circa € 81 mln.

2.2 Brede oriëntatie

De brede oriëntatie is gericht op het inventariseren van mogelijke vormen van registratievariabiliteit naast de door Vektis aangereikte vier specifieke combinaties van DBC's. In de brede

orientatie maken we eveneens gebruik van DIS-database. De DIS database omvat alleen gesloten, gevalideerde DBC's. Dit betekent dat uitgevallen DBC's en zwevende verrichtingen niet inzichtelijk zijn. Deze vorm van "verborgen registratievariabiliteit" valt daarmee buiten het bereik van dit onderzoek en leidt vooral tot onderdeclaratie.

Uit de brede oriëntatie komt naar voren dat registratievariabiliteit zich met name voordoet bij meervoudige DBC's. Van meervoudige DBC's is sprake wanneer in een periode van een jaar tegelijkertijd op opeenvolgend twee of meerdere DBC's worden geregistreerd.

Ten behoeve van deze brede oriëntatie zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van ZN, Orde, NFU en NVZ. Op basis van deze gesprekken zijn zeven onderzoeksvragen gedefinieerd.. Deze zijn vervolgens in een kwantitatief onderzoek geanalyseerd. Dit onderzoek toont een registratievariabiliteit van circa € 122 mln als wordt uitgegaan van een variabiliteit die groter is dan twee maal de standaarddeviatie van de mediaan.

3. Conclusies

Registratievariabiliteit is goed te lokaliseren en komt maar in een aantal gevallen (parallelliteit en seriële DBC's) voor. Nuancering van de onderzoeksvraag van Vektis en het inzichtelijke maken van de registratievariabiliteit resulteert in een lagere kwantificering van dan uit de Vektis-cijfers bleek. Het bedrag is echter nog steeds substantieel. Vektis heeft de afwijking van de nul norm in kaart gebracht. Hierbij is geen rekening gehouden met verschillen tussen specialismen in regelgeving en behandelmethodiek (en daarmee samenhangende registratie). Dit onderzoek doet dit wel.

4. Aanbevelingen

Deze analyse biedt een aantal handreikingen om de DBC systematiek op onderdelen scherper neer te zetten:

- Aanscherpen van instructies: de analyse biedt de mogelijkheid om in gesprek te gaan met die instellingen die aanzienlijk (>2 maal sd) meer registratievariabiliteit kennen dan de collega ziekenhuizen en van daaruit gezamenlijk te leren (mogelijk leidend tot specifieke communicatie om bestaande afspraken beter voor het voetlicht te brengen of te komen tot aanscherping van de instructies danwel het expliciet beschrijven van uitzonderingen).
- Instellen van middelnorm: enige mate van registratievariabiliteit volgt uit de behandelpraktijk. Door het instellen van een middelnorm voor registratievariabiliteit die lokaal kan worden gebruikt wordt het mogelijk om bij te sturen daar waar afwijkingen voorkomen. Het volledig beschrijven van alle uitzonderingssituaties leidt tot onwerkbare instructies.
- Signaallijsten ontwikkelen: in het kader van AO/ IC hanteren instellingen signaallijsten en uitvallijsten om te sturen op tijdigheid, volledigheid en juistheid. Het huidige controleinstrumentarium is vooral gericht op de controle van individuele DBC's. Door te voorzien in geautomatiseerde signaallijsten op meervoudige DBC's kan een ziekenhuis afwijkingen van de middelnorm tijdig signaleren. Het verdient de voorkeur de specificaties landelijk vast stellen ten einde instellingen (zorgverzekeraars en ziekenhuizen) hierin optimaal te faciliteren.

0. Leeswijzer

Hoofdstuk	Paragraaf
1. Aanleiding	1.1 Aanleiding 1.2 Vraagstelling
2. Onderzoeksopzet	2.1 Aanpak verificatie Vektis onderzoek 2.2 Aanpak brede oriëntatie
3. Gebruikte brondata	3.1 Gebruikte brondata 3.2 Representativiteitstoets
4. Resultaten	4.1 Dupliceren 4.2 Preciseren 4.3 Registratievariabiliteit
5. Conclusies en aanbevelingen	5.1 Conclusies 5.2 Aanbevelingen
B1 Verificatie Vektis onderzoek	B1.1 Dupliceren Vektis onderzoek op basis van Dis-data B1-2 Preciseren vraagstelling B1-3 in kaart brengen registratievariabiliteit
B2 Brede oriëntatie kwantitatief	B2.1 Klinisch zonder dagen B2.2 Onmogelijke combinaties met ZT 25 B2.3 Meerdere DBC's met dezelfde diagnose binnen 365 dagen B2.4 Meerdere DBC's met veranderende diagnose in 365 dagen met zelfde zorgtype B2.5 WDS B2.6 Eerstelijnsproductie of ondersteunend product in een DBC B2.7 Medebehandeling zonder omliggende DBC

3

Vraagstelling, feiten, analyse, conclusie en advies

De opzet van deze rapportage bestaat uit:

1. een omkaderd deel met de essentie;
2. een puntige formulering van de belangrijkste constatering;
3. een korte tekstuele toelichting.

1. Hoofdtekst

In paragraaf 1 wordt ingegaan op de aanleiding van de rapportage en de drie onderzoeksvraagstellingen die op basis hiervan zijn geformuleerd. Deze onderzoeksvraagstelling wordt in paragraaf 2 uitgewerkt in een onderzoeksopzet op basis van de meest recente DIS data. In paragraaf 3 wordt nader ingegaan op de representativiteit en de selectie van data die gebruikt is in het onderzoek. In paragraaf 4 worden de belangrijkste resultaten gepresenteerd van de drie onderzoeksvragen en in paragraaf 5 worden de conclusies en aanbevelingen gepresenteerd.

2. Bijlagen

De beantwoording van de verschillende onderzoeksvragen levert veel interessante informatie. In de bijlagen zijn de resultaten van alle onderzoeksvragen in een vast format in nader detail beschreven. Paragraaf 4 in de hoofdtekst bevat een samenvatting van de belangrijkste bevindingen van de gedetailleerde verslaglegging in de bijlagen.

1. Aanleiding

- Presentatie Vektis-onderzoek in het bestuurlijke overleg van 16 juni 2006 door ZN.
- Media-aandacht met onbedoelde connotatie fraude.
- Toezegging van de Minister aan de Tweede Kamer op 16 juni 2006 het onderzoek serieus te nemen.
- Oprichting taskforce registratievariabiliteit.

4

Onderzoek naar registratievariabiliteit

1.1 Aanleiding

Bij het bestuurlijk overleg van 16 juni 2006 is door Zorgverzekeraars Nederland een presentatie verzorgd met als titel: 'Eerste analyse verdachte DBC-declaraties'. Dit onderzoek heeft in de media veel aandacht gekregen omdat er de onbedoelde connotatie 'fraude' aan werd gehecht.

In het algemene overleg met de Kamer op 20 juni jl. heeft de Minister aangegeven – hoewel er bij de aannames van het ZN onderzoek nuanceringen zijn aan te brengen – de bevindingen uit het onderzoek serieus te nemen. In antwoord op de ontstane commotie heeft de minister op woensdag 27 juni een brief naar de Tweede Kamer gestuurd waarin de instelling van een taskforce genoemd staat. Deze taskforce heeft als opdracht nader onderzoek te doen naar de bevindingen in het Vektis onderzoek en eventuele correctieve en preventieve maatregelen te treffen. In de taskforce nemen vertegenwoordigers plaats van CTG/ZAio, NVZ, OMS, NFU, ZKN, ZN en SDO. De taskforce staat onder leiding van VWS.

1.2 Vraagstelling

In de brief aan de Tweede Kamer heeft de Minister voor de taskforce de volgende opdrachten geformuleerd (Onderstaande komt uit de oprichtingsakte van de taskforce):

1 *taskforce: verificatie en nadere analyse van de uitkomsten van het Vektis onderzoek. Onderzoek met behulp van de brongegevens is nodig om beter zicht te krijgen op onderbouwing en omvang van het probleem.*

2 *taskforce: onderzoeken, ondersteund door de Veegploeg, of er op grond van gegevens van Vektis en het DBC Informatiesysteem naast de vier categorieën uit de analyse van Vektis nog andere DBC categorieën zijn waar (te) veel variatie voorkomt in de wijze waarop ziekenhuizen en specialismen declareren.*

Tevens heeft de taskforce de taak om de volgende afspraken te bewaken:

3 ZN stelt de rapportage en brongegevens beschikbaar aan de NVZ, OMS, NFU, NPCF, CTG/ZAio en VWS ter verificatie en nadere analyse van de uitkomsten.

4 Alle DBC's die vanaf 1 januari 2006 zijn gedeclareerd worden door ziekenhuizen en verzekeraars opnieuw gecontroleerd. Hier wordt nadrukkelijk ook gekeken naar controles, die zich richten op het aantal

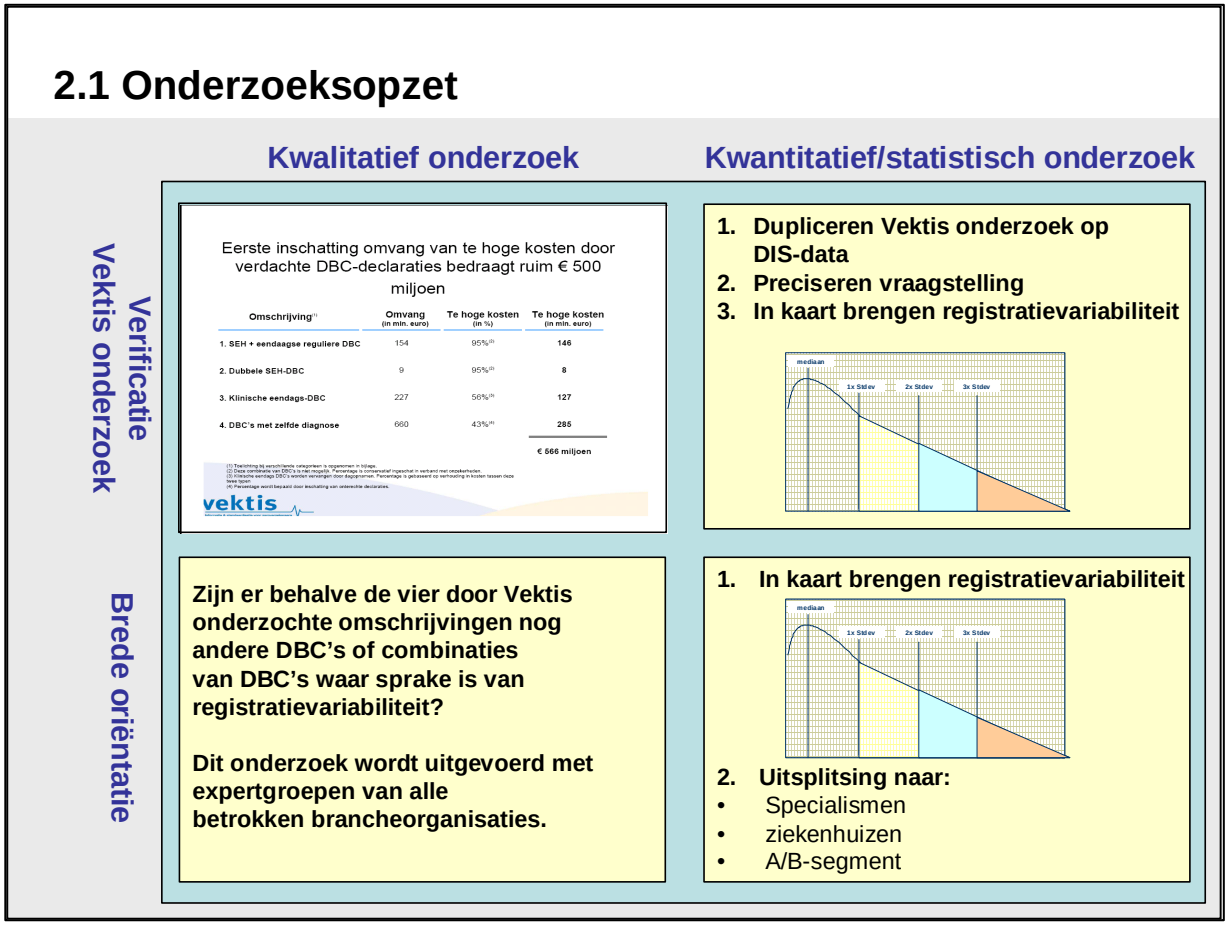
gedeclareerde DBC's per patiënt en de onderlinge logica daarvan. De huidige validatiemodule schiet hierin mogelijk tekort.

5 CTG/ZAio beziet of de registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt moeten worden. Zodra de instructies van de wetenschappelijke vereniging in beeld komen worden de benodigde aanpassingen hieraan gecoördineerd in de taskforce vanwege de relatie met o.a. voorgenomen aanpassingen in pakketten van DBC-Onderhoud.

6 Op grond van gegevens van Vektis benadert de Veegploeg in opdracht van VWS ziekenhuizen die het meest afwijkende registratiegedrag vertonen, met als doel een verklaring te vinden voor de afwijkingen.

7 Voor 2005 zijn naar aanleiding van het feit dat ziekenhuizen geen volledige goedkeurende bestuurs- en accountantsverklaring voor de administratieve processen konden overleggen, nadere controleafspraken gemaakt. Onderdeel hiervan is dat ziekenhuizen in 2006 een verbeterplan voor de administratieve processen moeten opstellen. Onderzoek wordt uitgezet naar de werking van de Kaderregeling AO/IC bij ziekenhuizen en de voortgang van de verbeterplannen.

In het nu voorliggende onderzoek dat is uitgevoerd door DBC-Onderhoud en CaseMix B.V. worden de eerste twee onderzoeksvragen beantwoord.



Verificatie Vektis onderzoek en brede oriëntatie

In de onderzoeksopzet worden de volgende vraagstellingen nader uitgewerkt:

2.1 nuancering Vektis onderzoek;
2.2 brede oriëntatie.

2.1 Aanpak nuancering Vektis onderzoek

De nuancering van het Vektis onderzoek vindt in drie stappen plaats:

1. Herhalen van de Vektis queries op de DIS dataset.
2. Beoordeling en aanpassing van queries.
3. In kaart brengen van de registratievariabiliteit.

Ad. 1: Herhalen van de Vektis queries op de DIS-dataset

Het resultaat van deze stap biedt inzicht in de verschillen die veroorzaakt worden door een verschil in database tussen Vektis (IZIZ) en SDO (DIS). Op basis van deze documentatie is de vraagstelling van Vektis opnieuw geprogrammeerd en toegepast op de DIS database. Op deze wijze ontstaat gekwantificeerd inzicht in het verschil tussen de IZIZ-database en de DIS database.

Ad. 2: Beoordeling en aanpassing van queries

In de tweede fase vindt een inhoudelijke beoordeling van de operationalisering van de onderzoeksvragen van Vektis plaats. Hierbij baseren we ons voor een belangrijk deel op de reeds uitgevoerde Quick scan door DBC onderhoud en de Veegploeg (“Reactie op Vektis-analyse‘verdachte declaraties’”). In dit onderzoek is aangegeven in hoeverre de uitgangspunten van de Vektis-analyse in overeenstemming zijn met de regelgeving. Feitelijk is sprake van een nadere nuancering van de Vektis analyse op basis van de vigerende regelgeving/instructies.

Ad. 3: In kaart brengen van de registratievariabiliteit

Naast de inhoudelijke aanpassing van de geoperationaliseerde onderzoeksvragen van Vektis (fase 2) vindt in de derde fase een genuanceerdere interpretatie van uitkomsten plaats.

De Vektis analyse richt zich op de afwijkingen op specialisme- en ziekenhuisniveau en gaat daarbij uit van een 0 norm. Dit houdt in dat bijvoorbeeld elke

dubbele SEH DBC ongeacht het specialisme aangemerkt wordt als verdacht. In paragraaf 2.2 (beoordelingskader) wordt gesteld dat deze aanpak geen rekening houdt met de ruimte die de geest van de regel alsmede de behandelpraktijk laat voor deze vorm van registratie. Er zijn situaties denkbaar waarbij conform de instructie twee SEH DBC's voor dezelfde patiënt geregistreerd worden op dezelfde dag voor hetzelfde specialisme. Dit geldt ook voor de andere hypotheses. Bij de interpretatie van de uitkomsten houden we hiermee rekening.

Bij de interpretatie van uitkomsten gaan we niet uit van een 0 norm maar gaan we uit van een statistisch ontwerp waarbij we rekening houden met de afwijking van de mediaan. Per specialisme bepalen we de mediaan, deze hanteren we als "statistische norm". Vervolgens beoordelen we per ziekenhuis of significante afwijking bestaat met de mediaan per specialisme. Alleen indien sprake is van significante afwijking van de mediaan is sprake van **registratievariabiliteit.** Deze methode wordt nader beschreven in paragraaf 2.2.

2.2 Aanpak brede oriëntatie

De brede oriëntatie bestaat uit twee fasen
- Kwalitatief onderzoek
- Kwantitatief onderzoek

In het eerste onderzoek wordt beoogd alle situaties in kaart te brengen waar sprake is van een aanzienlijke registratievariabiliteit. In het tweede onderzoek worden de resultaten uit het kwalitatieve onderzoek kwantitatief vertaald.

Kwalitatief onderzoek
De achterliggende motivatie voor het uitvoeren van een bredere kwalitatieve oriëntatie komt voort uit de opdracht aan de Taskforce Declaratie om registratievariabiliteit in brede zin te benaderen. Dit betekent de wens om over de hele breedte te kijken naar vormen waarin registratievariabiliteit kan optreden als gevolg van mogelijke onderduidelijkheden of ruimte in de regelgeving/instructies. De oriëntatie strekte zich dus verder uit dan de vier genoemde combinaties van variabiliteit in het onderzoek van Vektis.

Voor de brede oriëntatie zijn inhoudsdeskundigen van betrokken partijen bevraagd op hun kennis en kunde van de registratiepraktijk. Achtereenvolgens is met de volgende personen namens genoemde partijen gesproken:
- Rob Diepersloot en Ernst Ziere namens OMS.
- Harm Bruins Slot en Margot Redel namens ZN.
- Helpdesk DBC-Onderhoud en gebruiksoverleg DBC-Onderhoud.
- Mirjam van der Donk namens de NFU.
- Brenda van der End – Schouten, Jos Harmelink, Wendy Schneider en Jo Louwers namens de NVZ.

In de gesprekken stonden de volgende punten op de agenda:
- de aanleiding voor het onderzoek;
- de aanpak van het onderzoek en de gevolgde methodiek;
- input voor brede oriëntatie op basis van kennis van de praktijk.

Het zwaartepunt van de gesprekken lag op het verkrijgen van input voor de brede oriëntatie.

Kwantitatief onderzoek
De onderzoeksvragen die uit het kwalitatieve onderzoek naar voren komen, worden cijfermatig geanalyseerd op basis van de DIS-data. Per onderzoeksvraag wordt bekeken wat de richtlijnen zeggen. Op basis daarvan worden zo nodig deelvragen geformuleerd. Op basis van deze deelvragen worden queries gebouwd om de onderzoeksvraag cijfermatig te onderbouwen.
Voor iedere onderzoeksvraag wordt de registratievariabiliteit bepaald. Tevens wordt de vraag uitgesplitst naar specialisme (voor zowel het A-segment als het B-segment). Ook vindt een uitsplitsing plaats naar individuele ziekenhuizen waarbij – geanonimiseerd – een top 10 wordt gepresenteerd van ziekenhuizen met de hoogste registratievariabiliteit.

2.2 Beoordelingskader

LETTER

De letter betreft de regels die gesteld worden aan de registratie. De regel is hierbij de norm. Bij afwijkingen van de norm is sprake van een verkeerde interpretatie.

Indien de afwijking van de norm groter dan 0 is, is sprake van registratievariabiliteit.

GEEST

Met de afwijkingen in de geest van de regelgeving ontbreekt een norm. Uitgangspunt is hier dat op basis van interpretatie van de regels een bepaalde mate van afwijking niet consistent is met de geest van de regelgeving.

Voor analyse van afwijkingen in de geest gaan we daarom uit van een statistisch ontwerp waarbij we per specialisme en per instelling bepalen of sprake is van een significante afwijking van andere instellingen.

6

De onderzoeksopzet is gericht op de letter en de geest van de regelgeving

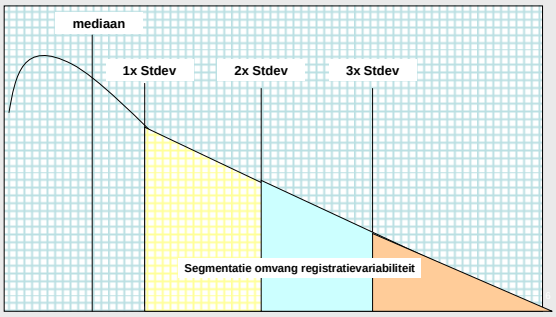
2.2.1 Interpretatie van resultaten in de geest en letter van de regel

De uitkomsten uit het onderzoek naar registratievariabiliteit worden in twee onderdelen onderscheiden. Ten eerste registratievariabiliteit die inzicht geeft in declaraties die niet mogen voorkomen volgens de typeringsinstructies. Hierbij is sprake van declaraties die niet conform de letter van de instructies zijn. Deze bedragen behoeven niet verder te worden geanalyseerd. Daarnaast bestaan vormen van registratievariabiliteit die wellicht niet in de geest van de instructies zijn. Deze declaraties zijn moeilijker te beoordelen.

2.2.2 In kaart brengen registratievariabiliteit

Het beoordelingskader van declaraties in de geest van de regel is in eerste instantie in hoeverre ziekenhuizen afwijken van andere ziekenhuizen (op specialismeniveau). Hiertoe zijn voor de diverse deelvragen gegevens beschikbaar per ziekenhuis. Deze gegevens bestaan voornamelijk uit percentages, bijvoorbeeld het percentage spoedeisende hulp DBC's dat wordt gevolgd door een klinische DBC. De vraag is vervolgens welke ziekenhuizen afwijkend gedrag vertonen. In de statistiek worden significante afwijkingen meestal gerepresenteerd door een aantal (vaak 2) maal de standaarddeviatie afwijkend van het gemiddelde.

Registratievariabiliteit



Als bijvoorbeeld gemiddeld 20% van de spoedeisende hulp DBC's bij het specialisme heelkunde wordt gevolgd door een klinische DBC met een standaarddeviatie van 10%, dan worden alle ziekenhuizen waarbij meer dan 40% van de spoedeisende hulp DBC's wordt gevolgd door een klinische DBC aangemerkt als afwijkend. Nadeel van deze methode is dat deze impliciet uitgaat van een normale verdeling. Deze veronderstelling is niet juist, al is het maar omdat een percentage van minder dan 0% niet kan voorkomen. Wij verwachten een rechts scheve verdeling. Derhalve gaan we uit van de afwijking ten opzichte van de mediaan. Derhalve zal eerst

een transformatie moeten worden toegepast. Een logaritmische transformatie komt dan waarschijnlijk als eerste in aanmerking. De procedure die we volgen is dus als volgt per deelvraag per specialisme:

1. Bereken per ziekenhuis het logaritme van het percentage dat een SEH DBC wordt gevolgd door een klinische.
2. Bereken de mediaan en de standaarddeviatie van (1).
3. Identificeer de ziekenhuizen zie respectievelijk 1, 2 en 3 keer de standaarddeviatie naar boven afwijken van het gemiddelde.
4. Doe eventueel hetzelfde met ziekenhuizen die naar beneden afwijken.

2.2.3 Scope gericht op omvang variabiliteit bij meervoudige DBC's

Omvang

Het onderzoek naar registratievariabiliteit is gericht op het bepalen van de omvang ervan. Deze rapportage biedt geen inzicht in de (mogelijke) oorzaken van registratievariabiliteit.

Voor het bestaan van registratievariabiliteit zijn verschillende verklaringen mogelijk. Voorbeelden van verklaringen zijn: afwijkende behandelmethodiek met bijbehorende afwijkingen in registratie, verschil in interpretatie van regels of verkeerde uitleg van regelgeving. Op basis van regelgeving geeft deze rapportage geen gekwantificeerd inzicht in verklaringen. Dit volstaat echter niet om het fenomeen van registratievariabiliteit volledig te verklaren. Indien wenselijk kunnen in een vervolgonderzoek die ziekenhuizen worden bezocht die afwijken (bijvoorbeeld > 2 standaarddeviaties) van de mediaan van de andere ziekenhuizen om zodoende meer begrip te krijgen in het ontstaan van registratievariabiliteit.

Onderzoek gericht op meervoudige DBC's

Bij het onderzoek naar registratie zijn twee niveaus te onderscheiden. Het eerste niveau is het niveau van de individuele DBC. Het tweede niveau heeft betrekking op het voor komen van meervoudige DBC's per patiënt.

Het eerste niveau wordt gecontroleerd door de validatiemodule. Op basis van de achterliggende verrichtingen vindt met behulp van de landelijke validatietabellen controle plaats van de juistheid van de DBC. Alleen door de validatiemodule gevalideerde en goedgekeurde DBC's worden in gevolge de AO/ IC aangeboden ter facturatie.

Het tweede niveau kent geen voorgeschreven uitgewerkte (geautomatiseerde) controles zoals bij de controles op DBC-niveau. Wel bestaat in een aantal gevallen regels over wanneer een extra DBC geopend mag worden voor een patiënt. Met name op dit tweede niveau manifesteert registratievariabiliteit zich. De scope van dit onderzoek richt zich om die reden op dit niveau.

Onderzoek omvat alleen gesloten valide DBC-trajecten

Het onderzoek naar registratievariabiliteit omvat alleen gesloten, valide DBC-trajecten met een sluitingsdatum in 2005, dit volgt uit het gebruiken van de DIS-database. Hierdoor is het niet mogelijk om uitspraken te doen over "verborgen registratievariabiliteit". Met verborgen registratievariabiliteit wordt gedoeld op DBC's zonder declaratiecode en zwevende verrichtingen, deze maken geen onderdeel uit van de DIS.

2.2.4 Extrapolatie op basis van aanvaardbaar budget

De uitkomsten van het onderzoek zullen per onderzoeksvraag bestaan uit een geschatte omvang van het bedrag dat er mee samenhangt. Dit bedrag zal worden berekend op basis van de ziekenhuizen in de database en vervolgens worden geëxtrapoleerd naar een totaalbedrag in Nederland. Deze extrapolatie kan op een eenvoudige recht toe recht aan relatie plaatsvinden door het gevonden bedrag te vermenigvuldigen met het percentage van de totale kosten dat in de database is vertegenwoordigd.

Een rekenvoorbeeld: het bedrag dat samenhangt met klinische DBC's zonder dagen bedraagt € 10 miljoen. De totale kosten in de Dis database bedragen € 6 miljard, terwijl de totale aanvaardbare kosten van ziekenhuiszorg in Nederland € 12 miljard bedragen. Het geschatte bedrag voor klinische DBC's zonder dagen in Nederland totaal bedraagt dan 12/6 * € 10 miljoen is € 20 miljoen.

3. Gebruikte brondata

DIS-data

Periode	1 januari 2005 – 31 december 2005
Aantal ziekenhuizen	72 Wv 5 UMC's en 67 algemene
Aantal DBC's	9,3 mln
Aantal verrichtingen	136,8 mln
Aantal 1e polikliniek-bezoeken	7,4 mln
Aantal opnamen + dagbehandelingen	1,4 mln opnamen 1,2 mln dagbehandelingen

8

Vijf ziekenhuizen uit de database verwijderd vanwege twijfel over de kwaliteit van de DIS-aanlevering. 67 ziekenhuizen in onderzoek betrokken. Database is representatief voor de sector.

3.1. Gebruikte brondata

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de DIS-database. Vektis heeft voor het eigen onderzoek gebruik gemaakt van de IZIZ database. De DIS-database omvat de DBC-gegevens en bijbehorende verrichtingen van afgesloten DBC's. Om een goede vergelijking tussen ziekenhuizen te maken, zijn alle ziekenhuizen meegenomen die over heel 2005 DBC gegevens hebben aangeleverd. Het betreft hier DBC's die een openingsdatum kunnen hebben in 2004 of 2005 en een sluitingsdatum hebben in 2005. In het totaal betrof dit 67 algemene ziekenhuizen en 5 academisch ziekenhuizen die over heel 2005 gegevens aangeleverd hebben.

3.2 Representativiteittoets

Om te beoordelen in hoeverre deze set van ziekenhuizen uitspraken over de hele sector mogelijk maakt, voerde DBC-onderhoud een representativiteittoets uit. De gebruikte methode is goedgekeurd door KPMG. Uit dit onderzoek blijkt dat de 67 instellingen qua productiviteit voor alle specialismen representatief zijn voor heel Nederland. In bijlage 3 is de uitkomst en een beschrijving van de methode uit dit onderzoek opgenomen.

Kwaliteit DIS

In het kader van het onderzoek naar registratievariabiliteit is gekeken naar de aanwezigheid van DBC-gegevens. Deze vormen de basis voor de meeste onderzoeksvragen. In enkele gevallen zijn voor de beantwoording van een onderzoeksvraag DBC-gegevens en verrichtinggegevens benodigd.

Uit het onderzoek is echter gebleken dat de kwaliteit en volledigheid van de verrichtingen in de DIS-uitlevering aan DBC-Onderhoud op punten onjuistheden bevat. Verrichtingen zijn dan ook minimaal gebruikt bij de analyse. Als ze zijn gebruikt dan heeft voor de specifieke vraag een marginale toets plaatsgevonden waarin is beoordeeld of de geconstateerde onjuistheden beantwoording van de onderzoeksvraag niet beïnvloeden (bijvoorbeeld: bij veel verrichtingen ontbreekt een goede verrichtingdatum. Bij de query gebruiken we wel het aantal verrichtingen maar doen we niets met de verrichtingendatum).

4.1 Verificatie Vektis onderzoek (plus uitbreiding)

Onderzoeksvraag	Vektis	Dupliceren	Nuanceren	Registratievariabiliteit		
Databron	Iziz	DIS	Aanpassing	> 1 Stdev	> 2 Stdev	> 3 Stdev
SEH DBC+ eendaagse reguliere DBC	146 mln	152 mln	35 mln	0,1 mln	0,1 mln	0,1 mln
Dubbele SEH DBC	8 mln	7 mln	7 mln	3 mln	2 mln	1 mln
Klinisch eendaagse DBC	127 mln	116 mln	116 mln	47 mln	18 mln	11 mln
Bij de onderstaande vraag speelt mee dat de DIS database een veel langere periode aan DBC's omvat (2 jaar) terwijl de IZIZ-database 1,25 jaar omvat. Hierdoor treden veel meer DBC's op met dezelfde diagnose dezelfde patient indien duplicatie van het onderzoek plaatsvindt.						
DBC met dezelfde diagnose	285 mln	Niet mogelijk	342 mln	116 mln	61 mln	35 mln

Er is sprake van overlap tussen de vier vraagstellingen

9

Verificatie toont een lagere totale registratievariabiliteit dan het originele Vektis onderzoek (€ 81 mln wanneer wordt uitgegaan van twee maal de standaarddeviatie versus € 566 mln Vektis).

4.1 Dupliceren

Het dupliceren van het Vektis onderzoek op basis van het DIS leidt bij 3 van de 4 onderzoeksvragen tot nagenoeg dezelfde uitkomsten.

Met betrekking tot de vierde onderzoeksvraag '*DBC's met dezelfde diagnose'* is goede duplicatie niet mogelijk. Dit volgt uit de operationalisering van deze onderzoeksvraag door Vektis en de omvang van de DIS-database in vergelijking tot de IZIZ-database. In de onderzoeksvraag van Vektis worden alle DBC-trajecten per patient in de analyse betrokken. Dit levert geen problemen op zolang de dataset betrekking heeft op 1 jaar. De DIS database omvat echter een maximum periode van 2 jaar (in tegenstelling tot IZIZ die 1,25 jaar omvat). Hierdoor treden op basis van deze operationalisering van de onderzoeksvraag dubbeltellingen op. Dit wordt veroorzaakt doordat DBC's een maximum looptijd kennen van 365 dagen. Indien het behandeltraject deze periode overstijgt (bij bijvoorbeeld chronisch patiënten) dan dient voor het vervolg traject een nieuwe DBC geopend te worden. Deze nieuwe DBC ligt 365 dagen na de opening van de voorliggende DBC en is niet als fout aan te merken. Deze DBC wordt in deze onderzoeksvraag als fout aangemerkt.

Op basis van deze operationalisering van de onderzoeksvraag en de verschillen in de maximumperode van de database is dus geen goede vergelijking tussen IZIZ en DIS mogelijk.

4.2 Preciseren

Het Vektis onderzoek toont per onderzoeksvraag de totale waarde van de resultaten. Dit lijkt echter een overschatting van het probleem vanwege een aantal redenen:

- Soms staat expliciet in de instructie van een specialisme dat de onderzochte combinatie wel mag voorkomen.
- Vektis definieert als 'verdacht' een combinatie van een eendags reguliere DBC met een SEH-DBC op dezelfde dag. Het is echter niet mogelijk om een klinische DBC te registreren in combinatie met zorgtype 12. In deze gevallen dient een extra reguliere DBC geopend te worden met een klinische behandelas. De combinatie tussen een SEH-DBC en een klinische eendags

DBC is dus niet als “verdacht” aan te merken.

- De operationalisering van de onderzoeksvraag “DBC met dezelfde diagnose” leidt tot het onterecht aanmerken van DBC’s met hetzelfde zorgtype en diagnose als verdacht, dit effect treedt op als de database een maximumperiode kent van meer dan 1 jaar en neemt toe naarmate de database een langere periode beslaat.

Wanneer deze terechte preciseringen in de onderzoeksvraag wordt meegenomen leidt dit tot een verlaging van de uitkomst met € 60 mln.

4.3 Registratievariabiliteit

Het Vektis onderzoek bestempelt het totale resultaat als verdacht. In het Vektis onderzoek worden wel grafieken getoond met de spreiding per ziekenhuis maar deze worden niet gebruikt voor nuancering van het totale bedrag van € 566 mln.

Wanneer we echter constateren dat de behandelde onderzoeksvragen niet naar de letter kunnen worden geïnterpreteerd omdat er ruimte zit in de uitleg van de instructies zal er in het veld – naar de geest van de instructie – een bepaalde mate van variatie ontstaan. Met het in kaart brengen van de registratievariabiliteit wordt duidelijk welke mate van registratievariabiliteit bij de meeste ziekenhuizen voorkomt en welke ziekenhuizen daar (uitgedrukt in standaard deviaties ten opzichte van de mediaan) van afwijken. Indien een afwijking binnen twee standaarddeviaties van de mediaan nog als acceptabel zou worden gedefinieerd, dan blijft de waarde van het aantal DBC’s dat daar buiten valt net onder de € 81,1 mln. Het lijkt interessant bij deze ziekenhuizen te kijken wat de reden is van het afwijkende registratiegedrag ten opzichte van de collega ziekenhuizen. Op basis van de informatie die bij deze ziekenhuizen wordt ingewonnen, kunnen de instructies mogelijk worden aangescherpt of kunnen afwijkende ‘middelnormen’ worden gedefinieerd die deze registratievariabiliteit legitimeren. Een meer gedetailleerde weergave van deze onderzoeksvraag treft u aan in bijlage 1.

4.2 Brede oriëntatie (kwalitatief)

Brede oriëntatie leidt tot zeven aanvullende onderzoeksvragen

1. Klinisch ééndags DBC's
2. Onmogelijke combinaties met ZT 25
3. Meerdere DBC's met dezelfde diagnose binnen 365 dagen
4. Meerdere DBC's met veranderende diagnose in 365 dagen met zelfde zorgtype
5. WDS
6. Eerstlijnsproductie of ondersteunend product in een DBC
7. Medebehandeling zonder omliggende DBC

13

Registratievariabiliteit komt vooral voor indien er voor één patiënt meerdere (parallelle) DBC's binnen één jaar voorkomen

Voor dit kwalitatieve onderzoek is gesproken met inhoudsdeskundigen van alle betrokken brancheorganisatie en DBC-Onderhoud zelf (zie ook paragraaf 2.1).

4.2.1 Aanleiding, aanpak en gehanteerde methodiek

De inhoudsdeskundigen onderkennen het onderscheid tussen 'de letter' en 'de geest' in de verschillende instructies. In dat licht kunnen zij zich goed vinden in de methodiek van de statistische significante afwijking en de analyse per specialisme. Daarbij ligt de focus heel nadrukkelijk op de omgang met meervoudige DBC's in relatie tot het openen en afsluiten van DBC's. De oorzaken van de mogelijke variabiliteit worden in verschillende richtingen gezocht:

- onduidelijke richtlijnen;
- tegengestelde definities en oplossingen;
- administratieve processen;
- specialisme specifieke instructies en bijzonderheden.

4.2.2 Onderzoeksvragen

Op grond van de gesprekken zijn de volgende onderzoeksvragen benoemd en geprioriteerd. Iedere onderzoeksvraag wordt hieronder kort toegelicht.

1. Klinisch eendags DBC's

Vraagstelling: kan er sprake zijn van een klinische eendags DBC? Waarom is dit dan geen dagbehandeling?

De noodzaak van de onderzoeksvraag wordt als volgt beargumenteerd:

- het Vektis onderzoek dat stelt dat een klinische DBC altijd langer dan één dag zou moeten duren;
- de lopende discussie over de definitie van een dagbehandeling en een klinische opname in de CTG regelgeving;
- de wetenschap dat bij combinatie operaties of opereren terwijl de patiënt voor een ander specialisme is opgenomen een deel van de operatieve DBC's niet gevalideerd wordt en dit administratief soms is opgelost door middel van het 'omhangen' van verpleegdagen;
- de toekomstige introductie van 'klinisch zonder dagen'.

2. Onmogelijke combinaties van DBC's
Vraagstelling: kan er sprake zijn van een combinatie van twee DBC's waarvan de eerste DBC zorgtype 11 regulier heeft en de tweede DBC zorgtype 25 (exacerbatie/recidief).

De 'letter' van de richtlijnen zegt dat dit niet kan. Een DBC met zorgtype 25 moet voorafgegaan worden door DBC met zorgtype 11. Echter, in de praktijk ontstaan moeilijkheden als gedurende de eerste vervolg DBC (zorgtype 21) geen activiteiten hebben plaatsgevonden, deze DBC valt dan uit.

3. Meerdere DBC's met zelfde diagnose binnen 365 dagen
Vraagstelling: Kan er sprake zijn van meerdere DBC's binnen 365 dagen met dezelfde diagnose?

De validatiemodule controleert op enkelvoudige DBC's. Dit betekent dat in de huidige situatie ziekenhuizen slechts zeer beperkt in de gelegenheid zijn om DBC's in relatie tot elkaar te monitoren. En dit kan dan slechts retrospectief, immers reeds eerder afgesloten DBC's zijn al gefactureerd. Alle gesprekspartners geven aan dat onduidelijkheid met name ontstaat bij 'seriële' en 'parallelle' DBC's. De beperking tot dezelfde diagnose heeft te maken met omgang van:

- (zelfstandig) terugkerende patiënten;
- dubbelzijdige behandelingen en organen;
- behandelingen in tempi.

4. Meerdere DBC's met veranderende diagnose binnen 365 dagen en zelfde zorgtype
Vraagstelling: Kan er sprake zijn van meerdere DBC's met een veranderende diagnose bij hetzelfde specialisme in een periode van 365 dagen?

Hiervoor gelden gelijke motivaties als bij de vorige onderzoeksvraag; de moeilijkheid meervoudige zorgvragen te monitoren. De focus op veranderende diagnose geeft aan dat de patiënt een extra zorgvraag heeft, dan wel kan duiden op voortschrijdend inzicht. Met dit laatste punt gaan specialismen verschillend om in de betreffende instructies.

5. WDS in een DBC
Vraagstelling: zijn er WDS verrichtingen aanwezig in het DBC-verrichtingenprofiel?

Theoretisch bestaat de mogelijkheid dat WDS productie in een DBC wordt vervat. Dit hangt samen met de nauwkeurigheid in registratie van de aanvrager. Op dit moment bestaat hier geen enkel zicht op terwijl voor WDS andere tarieven gelden dan het totale traject in een DBC. Nieuwsgierigheid is hier de primaire drive; hoe verloopt dit?

6. Eerstelijnsproductie en ondersteunende producten in een DBC
Vraagstelling: is er sprake van verrichtingen voor derden of overige producten in het profiel van de DBC's?

Enkelvoudige verrichtingen die artsen van poortspecialismen doen voor huisartsen en / of collega specialisten zouden niet moeten leiden tot een DBC. Onder meer de veelvuldige briefwisselingen rondom de scopiën van de MDL artsen doet partijen vermoeden dat hier gevarieerd mee om wordt gegaan in de praktijk.

7. Medebehandeling zonder omliggende DBC
Vraagstelling: is er sprake van medebehandeling zonder dat er een omliggende klinische DBC is.

Volgens de instructies mag het zorgtype enkel voorkomen in combinatie met een andere DBC. Deze combinatie dient zodoende naar de letter te worden geregistreerd.

4.3 Brede oriëntatie (kwantitatief)

Onderzoeksvraag	Totaal	1 sd	2 sd	3 sd
SEH DBC met reguliere 1 dags DBC (Vektis)	€ 35.202.670	€ 84.024	€ 70.647	€ 55.314
Dubbele SEH DBC (Vektis)	€ 6.227.097	€ 3.387.781	€ 1.935.057	€ 1.173.009
Klinisch zonder dagen	€ 815.611	Afwijking van de letter		
Onmogelijke combinaties met ZT 25	€ 47.165.613	Afwijking van de letter		
Meerdere DBC's met dezelfde diagnose binnen 365 dagen	€ 434.726.737	€ 137.191.513	€ 60.692.667	€ 35.437.014
Meerdere DBC's met veranderende diagnose in 365 dagen met zelfde zorgtype	€ 352.523.692	€ 107.628.478	€ 32.754.734	€ 17.451.317
WDS	Geen kwantitatieve onderbouwing mogelijk met DIS-data			
Eerstlijnsproductie of ondersteunend product in een DBC	€ 21.925.078	€ 7.810.053	€ 5.103.404	€ 3.468.789
Medebehandeling zonder omliggende DBC	€ 26.462.433-	Afwijking van de letter		

Sommeren van de zeven onderzoeksvragen is niet zinvol omdat er sprake zal zijn van overlap

13

Meerdere DBC's met dezelfde of veranderende diagnose veroorzaken de meeste registratievariabiliteit. Registratievariabiliteit groter dan twee maal de standaarddeviatie is circa € 122 mln (geen rekening houdend met mogelijke overlap).

In deze paragraaf worden de resultaten van de kwantitatieve analyse van de brede oriëntatie besproken. In de brede oriëntatie zijn ook de vragen overgenomen die al onderdeel uitmaakte van het onderzoek van Vektis ten einde een volledig beeld te geven van de registratievariabiliteit.

In het onderzoek is in aanvulling op het Vektis onderzoek langs zes vragen (Eigenlijk zeven maar voor beantwoording van de WDS-vraag is geen data in de DIS voorhanden) en diverse onderliggende queries de vraag onderzocht in welke mate variabiliteit optreedt in de declaratie van DBC's. Daarbij zijn twee invalshoeken gekozen:

- variatie ten opzichte van 'de letter';
- ten opzichte van 'de geest'.

In de laatste vorm is afwijking ten opzichte van de mediaan richtinggevend om te bepalen óf en in welke mate variabiliteit zich manifesteert. Een verder onderbouwde uitwerking en weergave van de uitkomsten per vraag is te vinden in bijlage 2.

4.3.1 Omvang van de registratievariabiliteit

Als gekeken wordt naar de totale omvang van de registratievariabiliteit die buiten de grens van twee maal de standaarddeviatie van de mediaan valt (zonder rekening te houden met mogelijke overlap) dan is het absolute bedrag circa € 135 mln (circa 0,01% van het totale budget aanvaardbare kosten). In het onderzoek naar registratievariabiliteit zijn alleen de gesloten valide, DBC-trajecten in de analyse opgenomen. In het onderzoek wordt daarmee de registratievariabiliteit die samenhangt met segmentloze DBC's en zwevende verrichtingen niet belicht.

De variabiliteit treedt niet zozeer op in naleving van **de letter**, maar àls het zich manifesteert dan vooral in de categorie registraties conform **de geest**.

4.3.2 De letter

De omvang van registratievariabiliteit daar waar de richtlijn naar de letter moeten worden nageleefd(onderzoeksvraag 2 en 7) is slechts klein. In principe zou de registratievariabiliteit 0 moeten zijn. Echter er zijn logische verklaringen waarom er toch registratievariabiliteit optreedt.

Combinatie van zorgtype 25 met een initiële DBC (2)
Een DBC met zorgtype 25 wordt altijd voorafgegaan door een DBC met zorgtype 21. In het merendeel van gevallen gaat deze stelling op, niet in 100% van de gevallen. Hoewel hier een praktische verklaring voor geldt – de tussenliggende DBC met zorgtype is niet gevalideerd – komt het bij bepaalde specialismen vaker naar voren dan bij andere, met name bij de longgeneeskunde en urologie. De variabiliteit ligt bij deze specialismen tussen de 2 en 4%. Verklaringen hiervoor liggen respectievelijk bij het type chronische patiënten van het specialisme het ontbreken van een declaratiecode voor zorgtype 21 DBC's bij urologie. Geen enkel ziekenhuis komt opvallend naar voren in de cijfers; over de gehele linie wordt wel eens een dergelijke combinatie van een initiële DBC gevolgd door een zorgtype 25 gesignaleerd. In waarde uitgedrukt tot een maximum van 1% van de DIS aanlevering, het gemiddelde van de ziekenhuizen ligt hier nog verder onder.

Aanbeveling: met januaripakket komt het zorgtype te vervallen; dus de maatregel is reeds genomen.

Medebehandeling zonder klinische DBC (7)
Een DBC medebehandeling treedt naar de regel altijd op in combinatie met een klinische DBC bij een ander specialisme. Ontbreekt deze, dan zou een reguliere DBC de aangewezen codering zijn. In het onderzoek is een selectie gemaakt van de groep DBC's met zorgtype 16 medebehandeling waarvoor geen klinische DBC bij een ander specialisme aanwezig is. Vervolgens is het verschil in waarde tussen de reguliere en de medebehandeling gekwantificeerd. Deze selectie beperkte zich tot slechts 3 specialismen: kindergeneeskunde, longgeneeskunde en klinische geriatrie. Alleen deze specialismen hebben (conform de instructies) de mogelijkheid om medebehandeling vast te leggen. Bij de klinische geriatrie blijkt een aanzienlijk deel van de productie (16%) zorgtype 16 te bevatten, terwijl er geen combinatie met een klinische DBC kon worden gemaakt. Dit resulteert in een soort 'onderdekking'; minder gedeclareerd dan naar de regel had gemogen. Vooral academische ziekenhuizen raakt dit. Dit effect wordt mogelijk veroorzaakt danwel versterkt doordat de DBC van hoofdbehandelend specialisme nog openstaat danwel niet gevalideerd kan worden. Deze DBC's maken geen onderdeel uit van de DIS.

Aanbeveling: gerichte communicatie naar geriatrie om de relatie tussen zorgtype 16 en een omliggende klinische DBC duidelijk te maken.

4.3.3 De geest

Klinische 1-dags DBC (1)
Klinische 1-dags DBC komen voor met verschillende redenen. Het kan gebeuren dat een patiënt binnen 24-uur ontslagen wordt van een spoedopname. Dit leidt tot een klinische dag en dus een klinische DBC, geheel binnen de spelregels opgesteld door het CTG/ZAio. Ook patiënten kortstondig overgeplaatst voor een ingreep kunnen hieronder vallen.

Een andere variant zijn administratieve work-arounds om binnen ziekenhuizen uit de voeten te kunnen met combinatie-OK's of snijders die voor beschouwers opereren zoals neurochirurgen voor neurologen. Het (nog) ontbreken van de optie poliklinische operatieve DBC's bij bepaalde ingrepen ligt hieraan ten grondslag.

Het meest opvallende uit het onderzoek is dat blijkt dat klinische 1 dags DBC's voornamelijk voorkomen bij topklinische en academische ziekenhuizen. Dit kan duiden op een verband met hun functies. Hard kan dit zonder aanvullend onderzoek niet worden gemaakt.

De omvang van de variabiliteit uitgedrukt in euro's is beperkt, waarbij de waarde van de mogelijke administratieve work-arounds bij cardiologie relatief (60% van de waarde 'administratieve workaround') het hoogste

uitvalt. Mogelijke verklaring liggen in (de interpretatie) van hun registratieregels.

De beperkte omvang van het voorkomen van de 'administratieve workaround' doet vermoeden dat een aanzienlijke omvang aan segmentloze DBC's binnen de ziekenhuizen niet tot declaratie kan komen doordat verpleegdagen ontbreken om de DBC te valideren. Het invoeren van klinisch zonder dagen kan aan een oplossing bijdragen. Aangezien we geen zicht hebben in de DIS op segmentloze DBC's kunnen we dit vermoeden niet kwantificeren.

Aanbeveling; geen nader onderzoek. Maatregel is geadresseerd in januaripakket met de invoering van 'klinisch zonder dagen'.

Meerdere DBC's met dezelfde diagnose binnen 365 dagen (3)

Van meerdere DBC's met dezelfde diagnose is sprake bij bijvoorbeeld dubbelzijdige behandelingen. Doorgaans zal de omvang van deze meerdere DBC's met dezelfde diagnose in een jaar beperkt zijn. Met deze vraag onderzoeken we in welke mate deze vorm van registratie voorkomt.

Bij het onderzoek naar meervoudige DBC's met identieke diagnose blijkt dat de grootste afwijkingen bij specialismen vanuit de instructies goed te verklaren zijn. In die gevallen zou men niet kunnen spreken over registratievariabiliteit maar over het volgen van de instructie. We kunnen op basis van dit onderzoek geen uitspraken doen over de mate waarin de afwijkende regels van een specialisme de gesignaleerde registratievariabiliteit verklaren. Met name bij oogheelkunde, reumatologie en radiotherapie is duidelijk de regelgeving te duiden die leidt tot meervoudige DBC's in een jaar met gelijke diagnose.

De instructies vormen niet in alle gevallen een goede verklaring. De behandelmethodiek of interpretatie van regelgeving vormt in die gevallen een oorzaak voor variabiliteit. Met name bij cardiologie lijkt dit het geval, hoewel van variatie binnen het specialisme beperkt is komen meervoudige DBC's veelvuldig voor. Nadere analyse naar de oorzaken kan inzicht bieden waar de behandelmethodiek aanleiding geeft tot de registratie van meervoudige DBC's met dezelfde diagnose en waar interpretatieverschillen een verklaring vormen.

Bij de vergelijking van de instellingen bestaat met uitzondering van één instelling geen grote verschillen tussen instellingen op dit punt. De verschillen tussen instellingen die bestaan hangen voor een belangrijk deel samen met de omvang en aanwezigheid van specialismen binnen de instellingen.

Aanbeveling: verduidelijken van instructies op onderdelen op basis van dieper onderzoek naar achterliggende verklarende oorzaken. Daarnaast kan het hanteren van signaleringen van in de automatisering bijdragen aan het bewustwordingsproces bij de registratie van meerdere DBC's met dezelfde diagnose.

Meerdere DBC's met veranderende diagnose binnen 365 dagen (4)

Bij meervoudige DBC's met veranderende diagnose is sprake als een patiënt zich binnen een jaar zich manifesteert met een nieuwe zorgvraag die het openen van een nieuwe DBC rechtvaardigt. Criterium hierbij is dat het op substantieel extra inzet van specialist en ziekenhuis moet gaan. In dit onderzoek beoordelen we in hoeverre binnen een hoofddiagnosegroep in een jaar meerdere DBC's worden geregistreerd.

Bij de interpretatie van meervoudige DBC's met veranderende diagnose vormen de instructies in een aantal gevallen duidelijke verklaringen voor het afwijken in registratiegedrag. Met name bij kindergeneeskunde (meer specifiek de neonatologie) vormt de instructie een duidelijke verklaring.

Bij cardiologie en radiologie zijn vanuit de instructie geen duidelijke redenen aan te wijzen waarom deze specialismen afwijken van andere specialismen. In tegenstelling tot cardiologie lijkt hier samenhang te bestaan met de behandelmethodiek, de grote verschillen in standaarddeviatie wekken dat het hier gaat om consequente registratie van meervoudige DBC's met veranderende diagnose. Bij radiologie is sprake van een grote variatie, hiervoor zijn geen verklaringen te vinden. Bij gynaecologie vormt de interpretatie van de regel rondom fertiliteitonderzoeken een mogelijke verklaring voor het voorkomen van

registratievariabiliteit ten aanzien van dit punt.

Een vergelijking tussen instellingen geeft geen aanwijzingen voor grote verschillen die terug te leiden zijn op registratiegedrag van instellingen.

In algemene termen is te stellen dat in een aantal gevallen concrete en minder concrete verklaringen te vinden zijn voor afwijkingen tussen specialismen. Nader onderzoek kan mogelijk inzicht bieden in aanvullende oorzaken die bijvoorbeeld voortvloeien uit bepaalde behandelmethodieken.

Aanbeveling: Verhelderen van instructie en het realiseren van geautomatiseerde signaleringen in ICT-systemen ten aanzien van dit punt.

Eerstelijnsproductie in een DBC (6)
Eerstelijnsproductie wordt al sinds jaar en dag in termen van verrichtingen gedeclareerd. Met de komst van de DBC's is aan dit principe niets veranderd. De vraag is echter; kan het zo zijn dat eerstelijnsproductie in een DBC terecht komt? In theorie is dat mogelijk, wat alles te maken heeft met de nauwkeurigheid van de registratie van de aanvrager, het type verrichting waar het om gaat als de wijze waarop de DBC-registratie in de automatisering is vormgegeven. Niet alle verrichtingen kunnen onder de eerste lijn vallen, niet alle specialismen produceren eerstelijnsverrichtingen. Om te achterhalen of de theorie ook onderdeel vormt van de praktijk en tot variabiliteit leidt, is in het onderzoek gezocht naar 1-dags DBC's zonder omliggende DBC's en met enkel een diagnostische activiteit. Op individueel DBC-niveau zijn deze DBC's in waarde vergeleken met de declaratie van een eventuele losse CTG verrichting.

Uit het onderzoek komt naar voren dat in de gemaakte selectie vooral gynaecologie eruit springt in waarde ten opzichte van de andere specialisme. De verklaringen achter deze constateringen worden voor de gynaecologie gezocht in de verloskundige activiteiten en de eenmalige screeningen gedurende zwangerschappen.

Qua variatie tussen instellingen vallen gastro-enterologie en radiologie op. Let wel, de variabiliteiten betreffen nog steeds zeer beperkte bedragen en delen van de productie. Voor gastro-enterologie en radiologie is bekend dat deze specialismen veel doen op aanvraag de huisarts. De recente onduidelijkheden rondom de registratie van eerstelijns scopiën kan een indicator zijn voor de variabiliteit. Dit onderwerp dient nader onderzocht te worden

Ziekenhuizen laten geen extreme uitschieters of grote mate van variabiliteit zien in de aangeleverde cijfers. Over het geheel genomen kan gesteld worden dat er vergelijkbaar mee om wordt gegaan.

Aanbeveling: duidelijke regelgeving ten aanzien van dit punt alsmede formuleren van een geautomatiseerde signalering op het voorkomen van deze registratie. Specifiek onderzoek rondom registratie van eerstelijnsscopiën entameren.

5.1 Conclusies

1. **Registratievariabiliteit in dit onderzoek is minder groot dan uit onderzoek van Vektis bleek (deels veroorzaakt doordat dit onderzoek in een extra stap rekening houdt met de registratievariabiliteit als gevolg van expliciete en impliciete ruimte in de instructies).**
2. **Registratievariabiliteit komt met name voor bij parallelle en seriële DBC's en is goed te lokaliseren.**
3. **Registratievariabiliteit doet zich voor daar waar de instructies naar de 'geest' moeten worden gebruikt (omdat er teveel specifieke situaties bestaan om de de 'letter' te hanteren).**
4. **Registratievariabiliteit doet zich (per onderzoeksvraag) vaak voor bij een beperkt aantal specialismen.**
5. **Registratievariabiliteit verschilt voor A- en B-segment (andere specialismen).**
6. **Voor elke vraag geldt dat er een beperkt aantal ziekenhuizen is waar de registratievariabiliteit aanzienlijk groter is dan bij de collega ziekenhuizen.**

16

Registratievariabilitieit is minder dan Vektis onderzoek in eerste instantie aangaf. Registratievariabiliteit is goed te lokaliseren en uit deze rapportage komen voldoende handreikingen naar voren om deze in de toekomst te kunnen verminderen

5.1.1 Verificatie Vektis onderzoek

Het Vektis onderzoek is op basis van de DIS-database goed te **dupliceren** en leidt bij een van de onderzoeksvragen tot een hogere uitkomst vanwege het gebruik van een andere database en de wijze waarop deze onderzoeksvraag is geoperationaliseerd. **Precisering** van de Vektis onderzoeksvraag op basis van de instructies, andere waarderingsgronden en correctie voor dubbeltellingen leidt tot een verlaging van het onderzoeksresultaat. Aangezien de instructies bij alle vier de vragen ruimte laten voor specifieke situaties zodat deze naar de geest en niet naar de letter moeten worden toegepast ontstaat er **registratievariabiliteit**. Indien gekeken wordt naar die instellingen waarbij de registratievariabiliteit per onderzoeksvraag groter is dan twee maal de standaarddeviatie dan resteert een bedrag van € 81 mln (Vektis €566 mln).

5.1.2 Brede oriëntatie

Uit de brede oriëntatie blijkt dat de registratievariabiliteit goed te lokaliseren is en met name voorkomt bij parallelle en seriële DBC's op het moment dat deze niet uitputtend (naar de letter) kunnen worden beschreven vanwege de hoeveelheid bijzondere situaties die zich kan voordoen. De totale registratievariabiliteit wordt becijferd op € 122 mln.

Het onderzoek lokaliseert de registratievariabiliteit naar specialisme, A-segment en B-segment en ziekenhuizen. De onderzoeksvragen zijn opgedeeld in deelvragen die inzicht geven in de precieze stap waar de variatie ontstaat. Deze informatie geeft de mogelijkheid gericht maatregelen te nemen om de registratievariabiliteit in de toekomst te verminderen.

Wanneer we bekijken hoe de verdeling tussen A en B segment eruit ziet dan blijkt dat bij het B segment relatief minder registratievariabiliteit optreedt. Dit volgt waarschijnlijk uit de planbaarheid van de zorg en de strikte afbakening in validatietabellen en regelgeving. De onderstaande tabel vormt overigens een benadering. Hierbij is de relatieve waarde bepaald op basis van 10% van de totale

opbrengstwaarde van alle DBC's in de database als zijnde betrekking hebbend op het B segment. Daarnaast is oogheelkunde buiten beschouwing gelaten vanwege de regelgeving rondom de registratie van cataract DBC's.

	Gegevens			
segment	**Totaal**	**>1 Stdev**	**> 2 Stdev**	**> 3 Stdev**
A	7,01%	2,85%	0,98%	0,44%
B	3,24%	1,87%	1,15%	0,72%
Totaal	10,25%	4,72%	2,13%	1,16%

Voor een vergelijking tussen lumpsum en loondienst ziekenhuizen is inzicht nodig in de precieze samenstelling van de bekostiging van maatschappen in ziekenhuizen. Dit inzicht was ten tijde van het onderzoek niet voorhanden. Wel zijn er een tweetal instellingen waarbij alle specialisten niet bekostigd worden op basis van lumpsum of in loondienst verband zijn maar volledig bekostigd worden op basis van DBC productie. Dit aantal instellingen is te beperkt om uitspraken over te doen. Op het eerste gezicht lijken deze instellingen niet belangrijk af te wijken van andere instellingen in registratievariabiliteit.

5.2 Aanbevelingen

Verminder de registratievariabiliteit voor de DBC combinaties die in dit onderzoek worden genoemd.

- Scherp op basis van de onderzoeksresultaten per specialisme de instructies aan.
- Bezoek de ziekenhuizen die een registratievariabiliteit kennen van meer dan twee maal de standaarddeviatie om hiervan wederzijds te leren.
- Neem de resultaten van het ziekenhuis onderzoek mee in het aanscherpen van de instructies (of het definiëren/expliciteren van uitzonderingen).
- Ontwikkel op basis van de registratievariabiliteit per specialisme en de ziekenhuiservaringen, gerichte communicatie voor doelgroepen (ziekenhuizen/specialismen/zorgverzekeraars).
- Ontwikkel een middelnorm voor resterende registratievariabiliteit die in het overleg tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar kan worden gehanteerd.
- Ontwikkel geautomatiseerde controles op het voorkomen van meervoudige DBC's die als signalering kunnen dienen bij afwijkingen van een lokale middelnorm.

18

Verminder de registratievariabiliteit door een scala van maatregelen

Deze rapportage toont aan dat er sprake is van een substantiële registratievariabiliteit. Deze registratievariabiliteit ontstaat voor een belangrijk deel doordat de instructies van afzonderlijke specialismen de ruimte laten om in specifieke situaties in afwijking van de hoofdregel te registreren.
Op basis van deze rapportage is een aantal maatregelen te nemen die de registratievariabiliteit effectief kunnen verkleinen.

5.2.1 Aanscherpen instructies

De brede oriëntatie brengt het aantal gevallen waarbij registratievariabiliteit zich voordoet terug tot een zevental combinaties van DBC's. Nadere analyse per specialisme brengt de omvang van de problematiek per onderzoeksvraag terug tot individuele specialismen. De deelonderzoeksvragen geven inzicht in de totstandkoming van de registratievariabiliteit. Op basis van deze gegevens kunnen de instructies heel gericht worden bezien en zo nodig worden aangescherpt.

5.2.2 Leren van ziekenhuizen die behoren tot de uitbijters.

De analyses in deze rapportage geven per onderzoeksvraag inzicht in de ziekenhuizen die afwijkend registreren ten opzichte van de collega ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen kunnen (geanonimiseerd) worden bezocht door de 'Veegploeg' om zodoende wederzijds te leren van deze casussen. Een deel van deze leerervaringen kan worden gebruikt om de instructies aan te scherpen, aan te passen of te verduidelijken.

5.2.3 Ontwikkel doelgroepgerichte communicatie

De uitgevoerde analyses en de ervaringen opgedaan tijdens de ziekenhuisbezoeken kunnen worden gebruikt voor het ontwikkelen van doelgroepgerichte communicatie richting specialismen, ziekenhuizen en/of zorgverzekeraars.

5.2.4 Ontwikkel voor de resterende registratievariabiliteit een middelnorm

Om alle onduidelijkheid uit de registratie te halen en de instructies volledig naar de letter te kunnen uitvoeren zou een aanzienlijke uitbreiding van de instructies moeten plaatsvinden. Dan nog zullen er zich situaties blijven voordoen waar de instructies geen duidelijkheid verschaffen. Het lijkt daarom wenselijk dat partijen met elkaar komen tot een middelnorm voor registratievariabiliteit om zodoende in het overleg tussen ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars een houvast te hebben om de declaraties te kunnen beoordelen.

5.2.5 DBC's eenvoudig beter

De voorstellen die op dit moment worden uitgewerkt in het kader van 'DBC's eenvoudig beter' zullen op termijn leiden tot vermindering van de registratievariabiliteit doordat DBC's worden afgeleid. Om de DBC's te kunnen afleiden uit de samenvatting van de in het EPD vastgelegde zorgactiviteiten zijn afleidingsalgoritmen en een grouper benodigd. Om deze te kunnen bouwen is de kennis van de samenhang tussen DBC's zoals die in deze rapportage wordt besproken essentieel.

5.2.6. Betere ondersteuning bij controles op meervoudige DBC's

De kaderregeling AO/ IC voorziet niet tot nauwelijks in controles op meervoudige DBC maar is vooral gericht op de controle van individuele DBC's. Met behulp van geautomatiseerde controles kan de interne controle in ziekenhuizen op dit punt verder aangescherpt worden. Het gaat hierbij vooral om het creëren van signaallijsten die instellingen helpen om afwijkingen van een lokale middelnorm te signaleren en te verklaren.

Bijlage 1: Verificatie Vektis onderzoek

B1-1 Dupliceren Vektis onderzoek op DIS-data

B1-2 Preciseren vraagstelling

B1-3 In kaart brengen registratievariabiliteit

B1-1 Dupliceren Vektis onderzoek

In eerste stap bekijken we het effect van een andere database.
Uitgangspunt vormen de queries van Vektis:

Onderzoeksvraag	Iziz	DIS
SEH DBC+ eendaagse reguliere DBC	146 mln	152 mln
Dubbele SEH DBC	8 mln	7 mln
Klinisch eendaagse DBC	127 mln	116 mln
DBC met dezelfde diagnose	Geen vergelijking mogelijk	

1

Bij exact dupliceren van queries van Vektis leidt de DIS-database (logischerwijze) tot een hogere uitkomst dan de IZIZ database die Vektis heeft gebruikt

In het onderzoek naar de verificatie van het Vektis onderzoek worden drie stappen onderscheiden:

1. **Dupliceren**: Herhalen van de Vektis queries op de DIS dataset.
2. **Preciseren:** Beoordeling en aanpassing van queries.
3. **Registratievariabiliteit:** Interpretatie van uitkomsten.

Omvang DIS database aanzienlijk groter

IZIZ database (Vaktis) versus DIS database

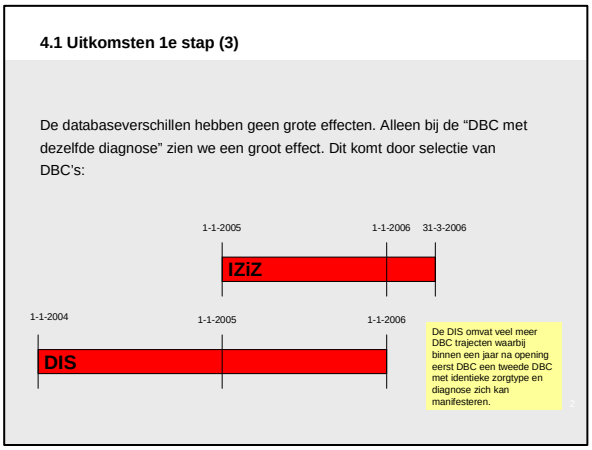
IZiZ	DIS
Alle geopende en gefactureerde DBC's in de periode 1-1-2005 en 31-1-2005	Alle gesloten DBC's in de periode 1-1-2005 tot 1-1-2006
In onderzoek 26 algemene ziekenhuizen met 50% aanvaardbare kosten gedekt in opbrengsten.	62 algemene ziekenhuizen en 5 algemene ziekenhuizen die over heel 2005 data hebben aangeleverd
Extrapolatie o.b.v. verzekerden	Extrapolatie op basis van aanvaardbare kosten

De eerste stap van het onderzoek vormt het verkrijgen van inzicht in de verschillen tussen de data in de IZIZ-database en de DIS-database. De belangrijkste verschillen zijn in de figuur hiervoor weergegeven.

Het effect van deze verschillen maken we inzichtelijk door dezelfde onderzoeksvragen (identieke queries) als Vektis die hanteerde toe te passen op de DIS-database. Hieruit blijkt:

Het verschil in database heeft ten aanzien van de eerste drie vragen een beperkt effect op de uitkomsten. Alleen ten aanzien van de vraag met betrekking tot DBC's met dezelfde diagnose blijken aanzienlijk afwijkende uitkomsten. Dit wordt veroorzaakt doordat de DIS data een langere periode omvat. In de DIS database komen veel meer DBC's voor met een looptijd van een jaar terwijl in de IZIZ database dit aantal trajecten veel lager ligt (50% lager dan de DIS). In de IZIZ-database kunnen alleen DBC's die geopend zijn in de eerste halfjaar van 2005 een looptijd hebben van een jaar. In de DIS database zijn dat alle trajecten die 2004 zijn geopend en in 2005 zijn afgesloten. Hierdoor omvat de DIS veel meer DBC

trajecten waarbij binnen een jaar na opening van de eerst DBC een tweede DBC met identieke zorgtype en diagnose zich kan manifesteren.



Daarnaast leidt de operationalisatie van deze onderzoeksvraag tot grotere (onterechte) dubbeltellingen in de DIS database. De onderzoeksvraag telt hoeveel DBC’s met identiek zorgtype en diagnose er geregistreerd worden per patient. Doordat DBC’s een maximale looptijd kennen van 365 dagen dient indien het behandeltraject langer loopt dan 365 dagen een nieuwe DBC geopend te worden die doorgaans dezelfde diagnose zal kennen en indien het vervolg is op een vervolg DBC (21) ook hetzelfde zorgtype kent. Deze DBC’s worden op basis van de onderzoeksvraag van Vektis nu onterecht als verdacht aangemerkt.

Om bovengenoemde redenen is een duplicatie van deze onderzoeksvraag niet mogelijk.

B1-2 Preciseren Vektis onderzoek

Uitkomsten uit de tweede stap betreffen een herijking van de queries zoals gebruikt door Vektis op basis van regelgeving.

Onderzoeksvraag	DIS	Herijking
SEH DBC+ eendaagse reguliere DBC	152 mln	35 mln
Dubbele SEH DBC	7 mln	6 mln
Klinisch eendaagse DBC	116 mln	116 mln
DBC met dezelfde diagnose	Geen vergelijking mogelijk	342 mln

3

Aanpassing operationalisering onderzoeksvragen Vektis o.b.v. regelgeving leidt tot lager bedrag “verdachte” declaraties

In deze tweede fase vindt herijking plaats van de gehanteerde operationalisatie van onderzoeksvragen van Vektis. Hierbij baseren we ons voor een belangrijk deel op de reeds uitgevoerde Quick scan door DBC onderhoud en de Veegploeg (“Reactie op Vektis-analyse‘verdachte declaraties’”). In dit onderzoek is aangegeven in hoeverre de uitgangspunten van de Vektis-analyse in overeenstemming zijn met de regelgeving. Hieronder staan de belangrijkste redenen voor wijzigingen weergegeven.

1.2.1 SEH-DBC en ééndaagse reguliere DBC op één dag

In de DBC-regelgeving wordt niet uitgesloten dat een parallel geopende initiële DBC nog dezelfde dag gesloten mag worden. Het binnen een specialisme openen van een reguliere DBC die één dag duurt naast een SEH-DBC, is niet per definitie onjuist. Er kan wel degelijk sprake zijn van een regulier zorgtraject dat één dag duurt. Dit geldt met name bij klinisch eendags DBC’s. Het is niet mogelijk een klinische SEH DBC te registreren. In deze gevallen dient te alle tijden een nieuwe DBC geopend te worden met een klinische behandelas.

Vektis gaat er van uit dat alle ééndags DBC’s naast een SEH DBC mogelijk verdacht zijn. Hierbij dienen echter de DBC’s met een klinische behandelas te worden uitgesloten.

1.2.2 Dubbele SEH-DBC op één dag voor één patiënt door één specialisme

In de Vektis-analyse wordt het openen van twee SEH-DBC’s op één dag door één specialisme voor één patiënt als onjuist betiteld. Het declareren van twee SEH-DBC voor één patiënt door één specialisme is niet gebruikelijk. Uit de DBC-regelgeving blijkt echter niet dat het per definitie onjuist is.

In deze onderzoeksvraag hebben we de waardering van het voorkomen van deze registratie anders geoperationaliseerd. Bestempelen we als “verdacht bedrag” de som van de opbrengsten van de dubbele SEH DBC’s verminderd met de opbrengstwaarde van de duurste SEH DBC op die dag. In het Vektis onderzoek wordt uitgegaan van de totale opbrengstwaarde van de dubbele SEH DBC’s verminderd met

de gemiddelde opbrengstwaarde van de dubbele SEH DBC's op die dag.

1.2.3 Klinische ééndags DBC's

In de Vektis-analyse wordt als uitgangspunt gehanteerd dat klinische DBC's die één dag duren verdacht zijn. Volgens het CTG mogen de CTG-beleidsregels zo geïnterpreteerd worden dat het zo kan zijn dat een patiënt 's ochtends wordt opgenomen en 's middags al naar huis wordt gestuurd. Hiervoor mag een klinische DBC worden geregistreerd. Het is in dit geval niet juist om een dagverpleging te registreren, omdat er al sprake was van een klinische opname.

Los van het bovenstaande is het niet heel gangbaar dat de klinische DBC maar een dag openstaat. Vaker zal er nog een controlebezoek plaatsvinden of komen er op een later moment laboratoriumuitslagen terug. Het risico bestaat dat dit soort verrichtingen niet gekoppeld kunnen worden wanneer de DBC te vroeg wordt afgesloten. Dit heeft geen effect op het tarief.

De waardering van deze onderzoeksvraag bepaald Vektis het verschil tussen klinische DBC en de dagbehandelingsvariant. Indien de dagbehandelingsvariant niet leidt tot een declarabele DBC wordt uitgegaan van de poliklinische variant en wordt het verschil bepaald tussen de poliklinische en klinische variant. Bij de precisiering van dit gedeelte van het onderzoek zetten we deze laatste stap niet. Indien geen dagbehandelingsvariant beschikbaar beschouwen we de klinische DBC als niet verdacht.

1.2.4 Meerdere DBC's met zelfde zorgtype en diagnose binnen één jaar

In Vektis-analyse worden declaraties voor DBC's met zelfde zorgtype en diagnose als verdacht bestempeld tenzij deze DBC's expliciet in de typeringslijst worden vermeld (bijv. links-rechts operaties). Er zijn op basis van de DBC-regelgeving meerdere redenen te noemen waarbij het binnen één jaar openen van meerdere DBC's met hetzelfde zorgtype en diagnose gerechtvaardigd is.

De aanpassing die in deze onderzoeksvraag is toegepast, is dat we een tweede DBC met identieke diagnose niet als foutief aanmerken als de voorliggende DBC (met identieke diagnose en zorgtype) een openingsdatum heeft die 365 dagen ligt voor de openingsdatum van de tweede DBC. Op deze manier corrigeren we voor het effect dat optreedt ten gevolge van de database.

Op basis van de bovengenoemde aanpassingen is de operationalisering van onderzoeksvragen herijkt. Dit leidt tot verlaging van 60 miljoen ten opzichte van de oorspronkelijke operationalisatie van onderzoeksvragen.

B1-3 Registratievariabiliteit

In de derde stap passen we het onderzoeksontwerp toe op de uitkomsten uit de aangepaste queries. We houden hierbij dus rekening met een zekere mate van registratievariabiliteit.

Onderzoeksvraag	Herijking	> 1 Stdev	> 2 Stdev	> 3 Stdev
SEH DBC+ eendaagse reguliere DBC	35 mln	21 mln	14 mln	9 mln
Dubbele SEH DBC	6 mln	1 mln	0,5 mln	0,5 mln
Klinisch eendaagse DBC	116 mln	67 mln	38 mln	24 mln
DBC met dezelfde diagnose	342 mln	116 mln	61 mln	35 mln

4

Verdachte declaraties voor meer dan 85% verklaarbaar binnen variabiliteitsgrenzen van 1 keer de standaarddeviatie

In de laatste stap vindt toetsing van de uitkomsten uit stap 2 plaats op basis van het onderzoeksontwerp zoals beschreven in hoofdstuk 2 van deze rapportage.

De Vektis analyse richt zich op de afwijkingen op specialisme- en ziekenhuisniveau en gaat daarbij uit van een 0 norm. Dit houdt in dat bijvoorbeeld elke dubbele SEH DBC ongeacht het specialisme aangemerkt wordt als verdacht. Uit de kwalitatieve beoordeling van de operationalisering van de onderzoeksvragen van Vektis blijkt dat de letter van de regel alsmede de behandelpraktijk ruimte laat voor deze vorm van registratie. Er zijn situaties denkbaar waarbij twee SEH DBC's voor dezelfde patiënt geregistreerd worden op dezelfde dag voor hetzelfde specialisme. Dit geldt ook voor de andere hypotheses. Bij de interpretatie van de uitkomsten houden we daar in deze stap rekening mee.

Bij de interpretatie van uitkomsten gaan we niet uit van een 0 norm maar gaan we uit van een statistisch ontwerp zoals beschreven in hoofdstuk 2. Hierbij houden we rekening houden met de afwijking van de mediaan. Per specialisme bepalen de mediaan en deze hanteren we vervolgens als "statistische norm". Vervolgens beoordelen we per ziekenhuisspecialisme of significante afwijking bestaat met de mediaan per specialisme. Alleen indien sprake is van significante afwijking van de mediaan is sprake van registratievariabiliteit.

Op basis van deze laatste stap concluderen wij dat afhankelijk van gekozen standaarddeviatie het registratievariabel deel 85% (ingeval van > 1 standaarddeviatie) tot 94% (ingeval van > 3 standaarddeviatie) van het totale waarde verklaard.

Bijlage 2: Brede oriëntatie

B2-1 Klinische operatieve ééndags DBC's

B2-2 Onmogelijke combinaties met ZT 25

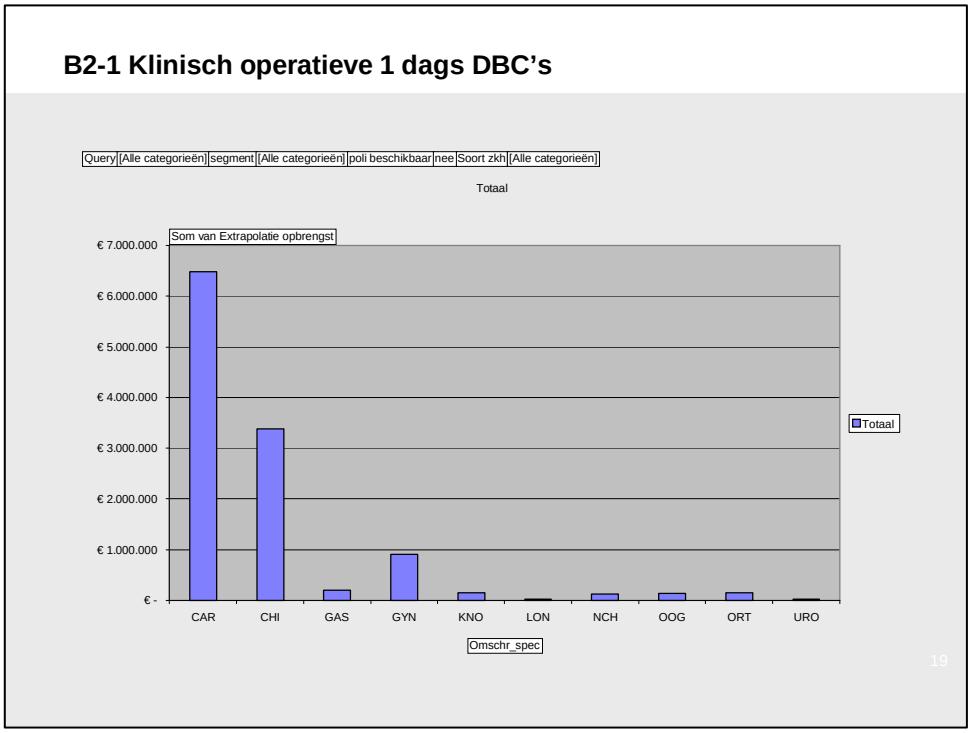
B2.3 Meerdere DBC's met dezelfde diagnose binnen 365 dagen

B2-4 Meerdere DBC's met veranderende diagnose in 365 dagen met zelfde zorgtype

B2-5 WDS

B2-6 Eerstlijnsproductie of ondersteunend product in een DBC

B2-7 Medebehandeling zonder omliggende DBC



2.1.1 Vraagstelling

Vraagstelling: kan er sprake zijn van een operatieve klinische eendags DBC?

2.1.2 Verkenning regelgeving en praktijk

De instructies van de wetenschappelijke verenigingen doen geen uitspraken over de (on-) mogelijkheid van operatieve klinische 1-dags DBC's. De daarin beschreven regels stellen dat de loopduur van een DBC gelijk is aan de duur van het zorgtraject. Kan een klinisch zorgtraject dan slechts de beperkte duur hebben van één dag? In een aantal praktische situaties komt dit voor. Daarnaast kan het ook een administratieve weergave zijn van een praktijksituatie waarin de huidige DBC-systematiek niet of nog onvoldoende voorziet. In het navolgende komen enkele voorbeelden aan bod die dit illustreren.

Voorbeeldsituaties

De CTG-definitie van een klinische opname stelt dat opname en ontslag binnen 24 uur tot mogelijkheden behoort en toch tot een opname in de registratie kan leiden. In relatie tot de DBC-registratie resulteert dit in een klinische DBC. Mits er in het licht van de opname geen (vervolg) bezoeken of onderzoeken plaatsvinden, dan blijft de een dergelijke spoedopname beperkt tot één dag; een klinische 1-dags DBC.
Een andere variant is het opereren met een korte opname van patiënten uit andere ziekenhuizen; die nog dezelfde dag retour gaan naar insturende klinieken.

Administratieve work-around

De principes waarmee de validatiemodule begin 2005 startte ging uit van het gegeven dat het opererende specialisme altijd gelijk is aan het opnemend specialisme. Met andere woorden dat iedere zware operatie gepaard gaat met een of meerdere verpleegdagen. Denk hierbij onder meer aan neurochirurgische en thoracale ingrepen. De praktijk leerde al snel anders. Niet zelden worden dergelijk patiënten opgenomen door een ander, doorgaans beschouwend, specialisme. De 'snijder' neemt slechts de operatie voor zijn verantwoordelijkheid. Vanwege het ontbreken van verpleegdagen in het zorgprofiel, werd vervolgens de betreffende DBC niet gevalideerd. Gezien het kostenbeslag en de termijn waarop tabelaanpassingen gereed kwamen, koos

menig ziekenhuis voor een work-around. Deze work-around hield zoveel in dat een of meerdere verpleegdagen administratief onder de snijder zijn gehangen. Een vergelijkbare work-around is door sommigen gekozen voor de situatie waarin in één OK-zitting twee verschillende operaties voor twee verschillende kwalen worden behandeld. Dit kan zowel binnen een specialisme als specialisme overstijgend voorkomen. Zie hier het ontstaan van een gedeelte van het aantal klinische DBC's met de duur van één dag.

Poliklinische operatieve DBC's
De bovenbeschreven administratieve work-around is vooral nodig in het geval dat alleen een klinische operatieve DBC tot declaratie leidt. In een beperkt aantal gevallen is het echter mogelijk om als snijdend maar niet opnemend specialisme een poliklinisch operatieve DBC te registreren. Indien deze mogelijkheid bestaat is de administratieve work-around niet noodzakelijk. Het snijdende specialisme kan dan een DBC met poliklinische setting vastleggen.

De invoering van de "klinisch zonder dagen" systematiek draagt belangrijk bij aan oplossing van de problematiek rondom operatieve klinisch 1 dags DBC's.

Conclusie
Het onderzoek zou zich idealiter richten op combinatie van DBC's van een 1-dags DBC met een andere klinische DBC in de volgende varianten:

- patiënten met twee gelijksoortige DBC's of diagnoses in verschillende ziekenhuizen met aansluitende of overlopende looptijd;
- patiënten met gelijktijdig lopende DBC's tussen beschouwend en snijdend, waarbij de diagnoses in lijn liggen met elkaar en dus naar verwachting de operatie te maken heeft met de 'beschouwende' DBC
- patiënten met gelijktijdig lopende DBC's binnen het snijdende vakgebied, waarbij de datum van de OK-verrichting gelijk is
- patiënten met gelijktijdig lopende DBC's binnen het beschouwende vakgebied, waarbij in beide zorgprofielen aantoonbaar diagnostische en / of therapeutische handelingen zijn verricht die kenmerkend zijn voor het ziektebeeld.

De operationalisering op bovenbeschreven wijze is op deze termijn niet mogelijk. I

Op de volgende wijze geven we in het kader van dit onderzoek invulling aan het onderzoek naar operatieve klinische eendags DBC's. We beoordelen in hoeverre operatieve klinische eendags DBC's voorkomen waarbij of binnen hetzelfde specialisme of bij een ander specialisme aansluitend of parallel aan deze operatieve klinisch eendags DBC een klinische DBC geregistreerd is. Vervolgens beoordelen we in hoeverre voor deze operatieve klinische eendags DBC's een DBC met poliklinisch setting beschikbaar is. Indien dat het geval is bepalen we het verschil tussen de opbrengstwaarde van de klinische en poliklinische operatieve eendags DBC.

2.1.3 Uitsplitsing naar specialisme

Klinisch vs poliklinisch
In het kader van deze onderzoeksvraag onderzoeken we in hoeverre het voorkomt dat een klinisch operatieve DBC van 1 dag wordt geregistreerd met omliggende klinische DBC waarbij een poliklinische setting beschikbaar is. We beschouwen het niet registreren van een operatieve poliklinische eendags DBC daar waar die mogelijkheid wel bestaat als een afwijking van de letter. Per specialisme zien we ten aanzien van deze vorm van registratie de volgende afwijkingen:

Klinisch ipv poliklinisch				
Specialisme	**1.1.1A**	**1.1.1.B**	**1.1.2**	**Eindtotaal**
PLA	€ 23.208	€ 20.013	€ 34.654	€ 77.875
URO	€ 155.661	€ 68.784	€ 103.315	€ 327.760
Eindtotaal	€ 178.869	€ 88.797	€ 137.969	€ 405.635

Legenda:
1.1.1A: De klinische operatieve 1 dags DBC is in combinatie met een DBC van hetzelfde specialisme en kent dezelfde diagnose.
1.1.1B: De klinische operatieve 1 dags DBC is in combinatie met een DBC van hetzelfde specialisme en een andere diagnose.
1.1.2: De klinische operatieve 1 dags DBC is in combinatie met een DBC van een ander specialisme.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat dit alleen voorkomt bij plastische chirurgie en urologie en dat de omvang verwaarloosbaar klein is.

Klinisch zonder dagen problematiek
De administratieve work-around die noodzakelijk is om tot declaratie te komen van operatieve behandelingen ten behoeve van andere specialismen wordt opgelost door het invoeren van klinisch zonder dagen. De onderstaande tabel geeft weer wat de omvang is van de administratieve work-around. Het gaat hier om een inschatting. We doen hier de aanname dat alle klinisch operatieve eendags DBC het gevolg zijn van een administratieve work-around.

Administratieve work-around				
Specialisme	**1.1.1A**	**1.1.1.B**	**1.1.2**	**Eindtotaal**
CAR	144	212	168	524
CHI	56	95	270	421
GAS	7	4	25	36
GYN	19	185	32	236
KNO	16	19	21	56
LON	0	1	1	3
NCH	0	8	12	20
OOG	7	54	5	66
ORT	8	4	13	25
URO	0	0	1	1
Eindtotaal	256	583	550	1388

De omvang in aantallen DBC-trajecten is erg beperkt. Slechts 1388 trajecten. Opvallend is dat binnen hetzelfde specialisme deze vorm van registratie voorkomt. Dit kan veroorzaakt worden doordat een andere specialist binnen hetzelfde specialisme de behandeling uitvoert. Het openen van een DBC in dit geval is niet conform de instructie aangezien de DBC-registratie per specialisme geldt en niet per specialist.

Wanneer we de bovenstaande tabel kwantificeren zien we het volgende beeld:

Administratieve work-around in EUR				
Specialisme	**1.1.1A**	**1.1.1.B**	**1.1.2**	**Eindtotaal**
CAR	€ 1.786.359	€ 2.647.181	€ 2.052.661	€ 6.486.201
CHI	€ 333.686	€ 595.483	€ 2.453.663	€ 3.382.832
GAS	€ 38.471	€ 20.972	€ 145.301	€ 204.744
GYN	€ 57.782	€ 750.265	€ 101.226	€ 909.273
KNO	€ 43.017	€ 52.689	€ 55.174	€ 150.881
LON	€ -	€ 8.581	€ 8.581	€ 17.161
NCH	€ -	€ 61.273	€ 63.038	€ 124.311
OOG	€ 19.790	€ 104.627	€ 10.877	€ 135.294
ORT	€ 61.467	€ 9.848	€ 76.670	€ 147.985
URO	€ -	€ -	€ 22.630	€ 22.630
Eindtotaal	€ 2.340.572	€ 4.250.921	€ 4.989.820	€ 11.581.313

Aangezien het hier operatieve klinische DBC's betreffen vertegenwoordigd de administratieve work-around enige waarde. Het invoeren van klinisch zonder dagen biedt een oplossing om deze vorm van declaratie weg te nemen en zodoende de schadelast die hieruit volgt te verminderen.

2.1.4 Uitsplitsing naar instelling

Wanneer we de gegevens op instellingsniveau bekijken dan valt op dat deze vorm van registratie vooral bij enkele instellingen voorkomt.

Operatieve klinische 1 dags DBC's			
Ziekenhuis	**Totaal**		**% van budget**
13	€	2.297.649	1,02%
40	€	690.074	0,31%
42	€	550.469	0,29%
46	€	533.047	0,26%
27	€	317.084	0,14%
41	€	478.838	0,14%
58	€	134.297	0,14%
57	€	359.041	0,13%
9	€	85.400	0,13%
43	€	344.411	0,11%

De ziekenhuizen die hier staan weergegeven betreffen met name topklinische en academische instellingen. Dit doet vermoeden dat een relatie bestaat tussen de (regionale) functie van het ziekenhuis en het voorkomen van operatieve klinische 1 dags DBC. Op basis van dit onderzoek zijn nadere uitspraken echter niet te onderbouwen.

2.1.5 Conclusie

Klinische 1-dags DBC komen voor met verschillende redenen. Het kan gebeuren dat een patiënt binnen 24-uur ontslagen wordt van een spoedopname. Dit leidt tot een klinische dag en dus een klinische DBC, geheel binnen de spelregels opgesteld door het CTG/ZAio. Ook patiënten kortstondig overgeplaatst voor een ingreep kunnen hieronder vallen.

Een andere variant zijn administratieve work-arounds om binnen ziekenhuizen uit de voeten te kunnen met combinatie-OK's of snijders die voor beschouwers opereren zoals neurochirurgen voor neurologen. Het (nog) ontbreken van de optie poliklinische operatieve DBC's bij bepaalde ingrepen ligt hieraan ten grondslag.

Het meest opvallende uit het onderzoek is dat blijkt dat klinische 1 dags DBC's voornamelijk voorkomen bij topklinische en

academische ziekenhuizen. Dit kan duiden op een verband met hun functies. Hard kan dit zonder aanvullend onderzoek niet worden gemaakt.

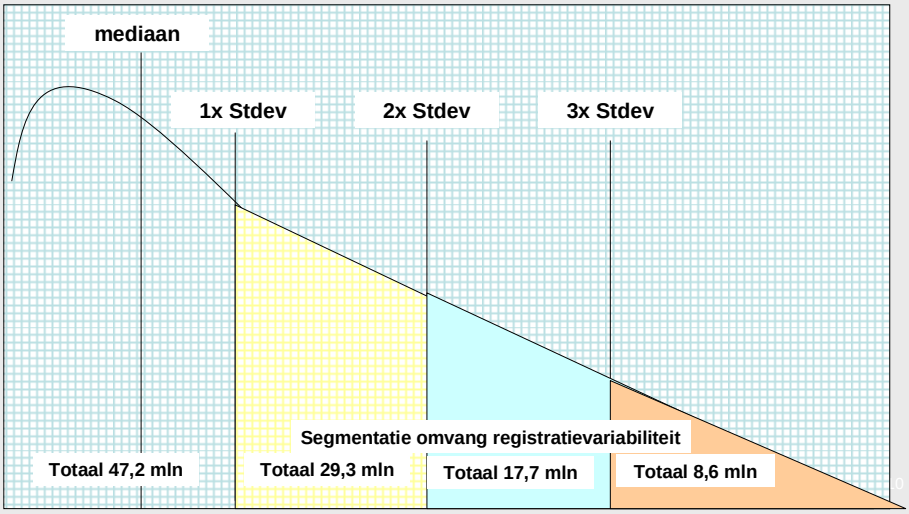
De omvang van de variabiliteit uitgedrukt in euro's is beperkt, waarbij de waarde van de mogelijke administratieve work-arounds bij cardiologie relatief (60% van de waarde 'administratieve workaround') het hoogste uitvalt. Mogelijke verklaring liggen in (de interpretatie) van hun registratieregels.

De beperkte omvang van het voorkomen van de 'administratieve workaround' doet vermoeden dat een aanzienlijke omvang aan segmentloze DBC's binnen de ziekenhuizen niet tot declaratie kan komen doordat verpleegdagen ontbreken om de DBC te valideren. Het invoeren van klinisch zonder dagen kan aan een oplossing bijdragen. Aangezien we geen zicht hebben in de DIS op segmentloze DBC's kunnen we dit vermoeden niet kwantificeren.

2.1.6 Aanbeveling

Aanbeveling; geen nader onderzoek. Maatregel is geadresseerd in januaripakket met de invoering van 'klinisch zonder dagen'.

B2-2 Onmogelijke combinaties met 25



2,2.1 Vraagstelling

De vraagstelling die hier wordt onderzocht is inhoeverre een zorgtype 25 (exacerbatie) DBC wordt voorafgegaan door een DBC anders dan met zorgtype 21 (vervolg).

2.2.2 Verkenning regelgeving en praktijk

De letter rondom het openen van een DBC met het zorgtype 25 exacerbatie / recidief stelt het volgende: “Van een exacerbatie c.q. recidief kan alleen sprake zijn bij een reeds geopend vervolgtraject met dezelfde diagnose.”

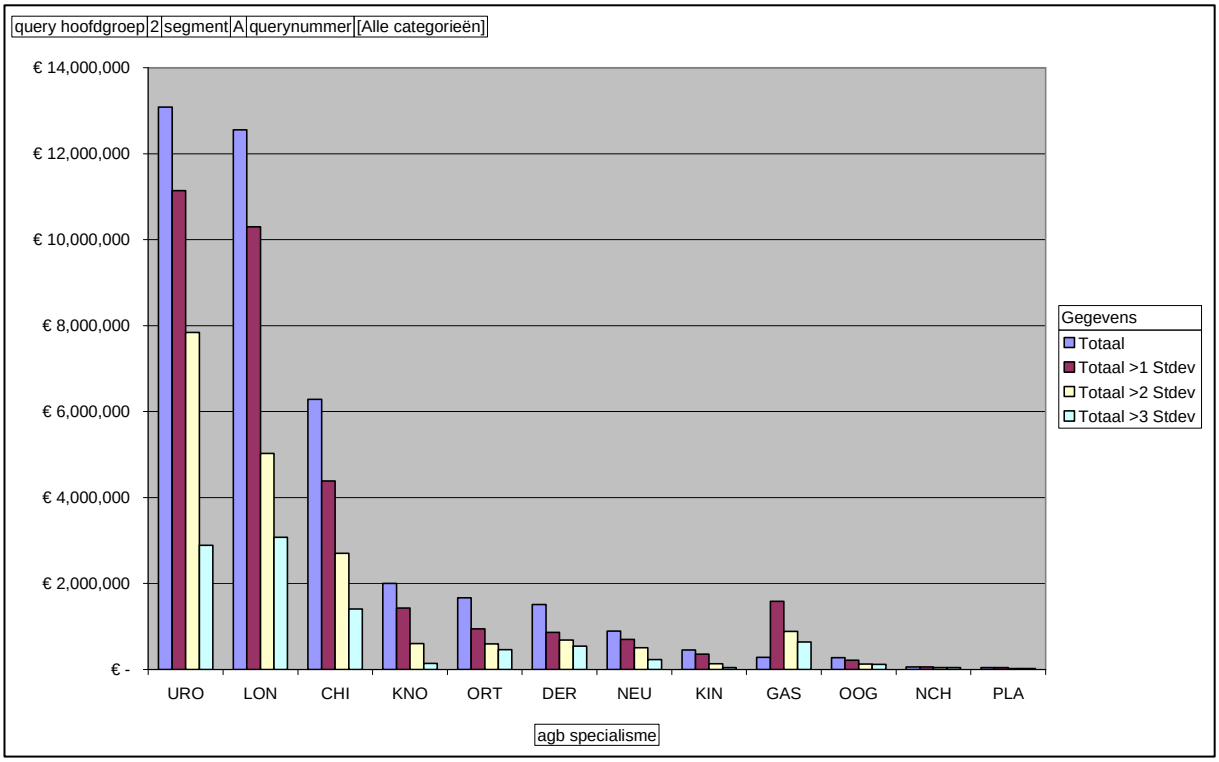
Bij naleving van deze regel zou in de gegevens de volgende serie zichtbaar moeten zijn op patiëntniveau:
reguliere DBC → vervolg DBC (ZT 21) → exacerbatie / recidief (ZT 25)

Uitzondering
In de praktijk valt hier de volgende nuancering bij te maken. Na afsluiting van een regulier zorgtraject wordt een vervolg DBC geopend, als sprake is van een controletraject. Wanneer voor het eerste contact in het controletraject, al een exacerbatie optreedt, leidt dit tot het openen van een zorgtype 25. De DBC met zorgtype 21 blijft leeg en is daarmee niet valide. In het onderzoeksbestand lijkt dit op een zorgtype 11 direct gevolgd door een 25; wat niet zou mogen voorkomen naar de letter van de regel.

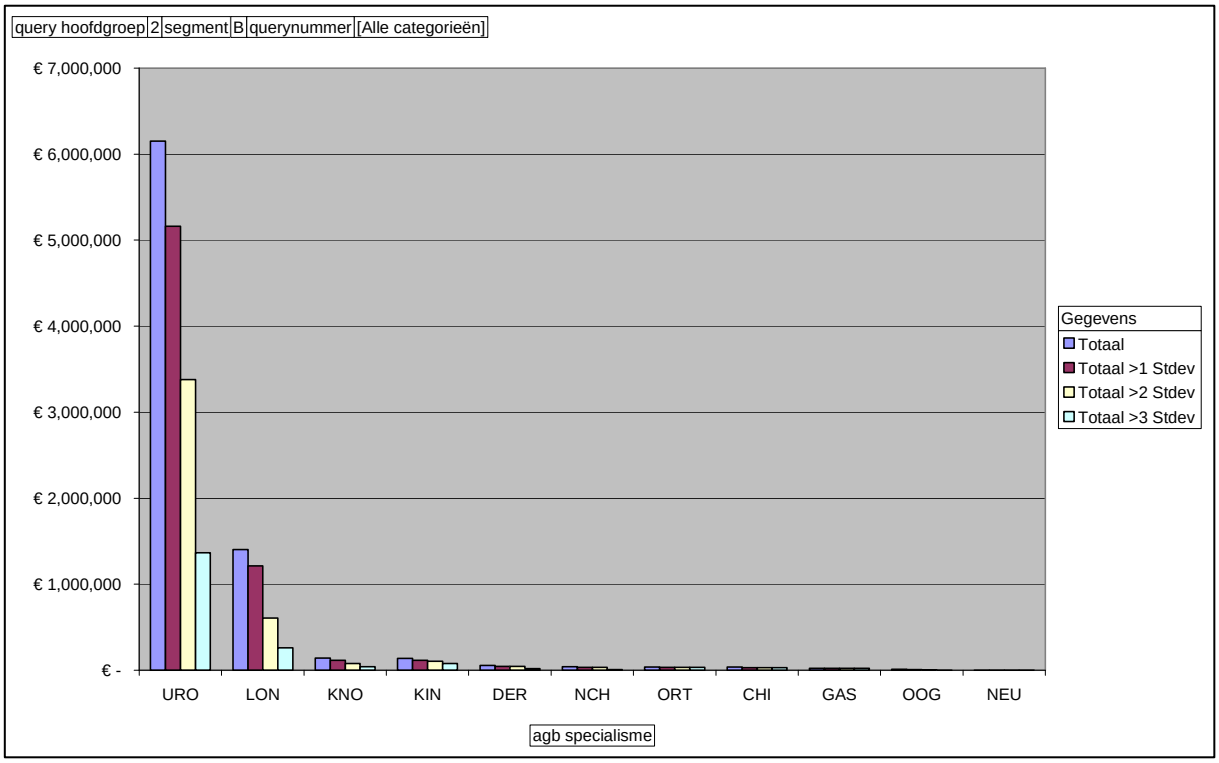
Conclusie
Het onderzoek beantwoordt de vragen:
- Hoeveel combinaties van een initieel zorgtype gevolgd door een zorgtype 25 exacerbatie / recidief komen voor?
- Wat is het verschil in waarde?

2.2.3. Uitsplitsing naar specialisme

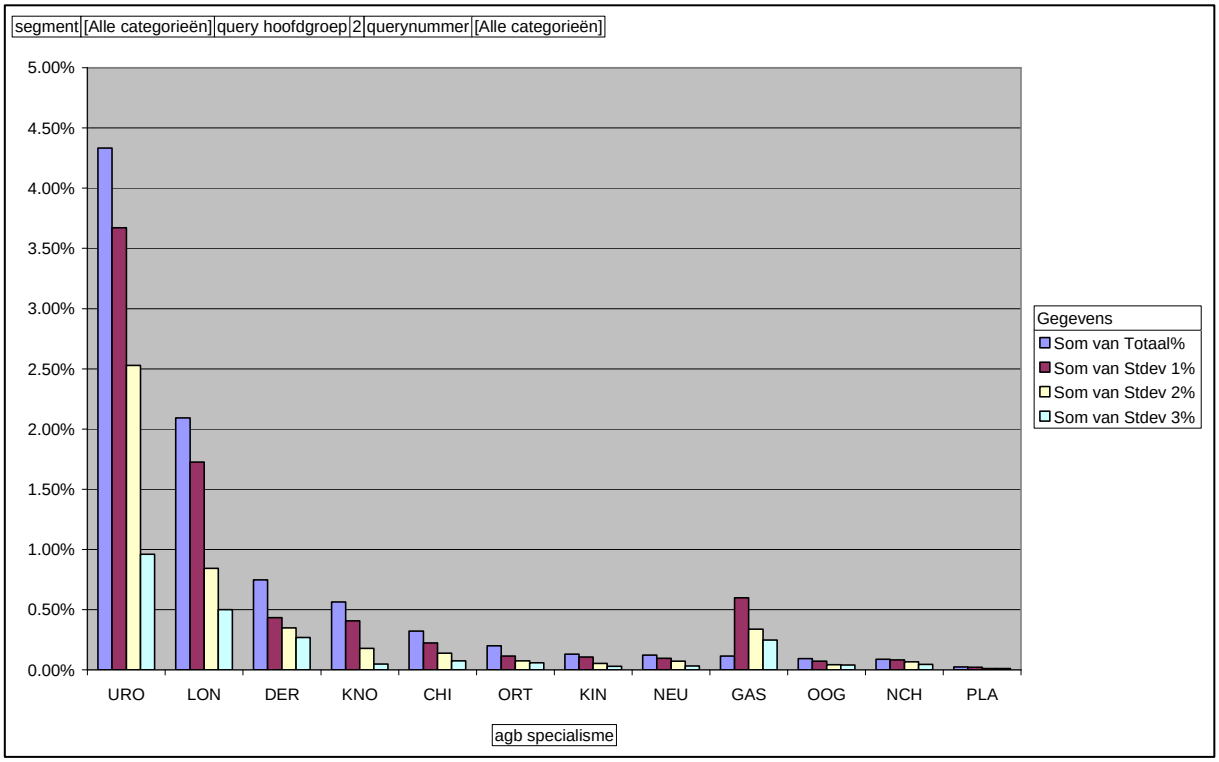
Bij de uitsplitsing naar specialisme bekijken we in welke mate bij een specifiek specialisme een zorgtype 25 DBC’s voorafgegaan wordt door een initiële DBC. Hierbij bekijken we op drie niveaus naar de uitkomsten:
1. Omvang van registratievariabiliteit met betrekking tot het A segment;
2. Omvang van de registratievariabiliteit met betrekking tot het B segment;
3. Relatieve omvang van de registratievariabiliteit per specialisme



Grafiek: Onmogelijke combinatie met 25 per specialisme A-segment.



Grafiek: Onmogelijke combinatie met 25 per specialisme B-segment.



Grafiek: Onmogelijke combinatie met 25 per specialisme relatief

Uit de bovenstaande grafiek blijkt dat met name urologie en longgeneeskunde een aanzienlijke registratievariabiliteit kennen ten aanzien van het A segment. Bij longgeneeskunde speelt dit waarschijnlijk omdat er relatief veel chronische behandeltrajecten bestaan die relatief vaak leiden tot een exacerbatie. Wanneer een exacerbatie exact optreedt is daarbij open voor interpretatieverschillen. Bij urologie ontstaat het probleem doordat de zorgtype 21 DBC aan het begin van het jaar geen declaratiecode kende waardoor deze DBC niet zichtbaar is in de DIS. De problematiek bij urologie zien we ook terug in het B-segment. Omdat deze problematiek is ontstaan door het ontbreken van een declaratiecode zullen we urologie hier verder niet behandelen.

Zorgtype 25 DBC's voorafgegaan door initiële DBC				
Onderzoeksvraag	**Totaal**	**>1 Stdev**	**>2 Stdev**	**>3 Stdev**
11-25	€ 47.413.587	€ 36.966.605	€ 22.378.299	€ 11.013.678
16-25	€ 78.890	€ 171.456	€ 115.565	€ 73.791
12-25	-€ 326.864	€ 1.670.124	€ 1.021.432	€ 402.416
Eindtotaal	€ 47.165.613	€ 38.808.185	€ 23.515.296	€ 11.489.886

In bovenstaande tabel zien we dat een nadere analyse van de deelqueries laat zien dat de variabiliteit voornamelijk (voor meer dan 90%) ontstaat bij de combinatie 11-25. Overigens zien we bij de combinatie 12-25 een negatief bedrag.

2.2.4 Uitsplitsing naar instellingen

Tabel X. top 10 instellingen hoofdvraag 2

ziekenhuis_id	SD1	SD2	SD3	bedrag
10	1.1%	1.1%	0.6%	930,815
60	1.1%	0.7%	0.4%	928,839
63	1.0%	0.9%	0.4%	1,932,677
29	1.0%	0.6%	0.3%	1,706,353
13	0.9%	0.7%	0.7%	2,206,689
62	0.9%	0.8%	0.2%	731,290
44	0.8%	0.5%	0.1%	860,380
48	0.8%	0.5%	0.4%	1,071,160
12	0.8%	0.5%	0.2%	260,164
37	0.7%	0.7%	0.4%	740,667

Bovenstaande tabel geeft een overzicht van vraag 2 naar de top 10 aan instellingen. De top 10 is geselecteerd op basis van het totale bedrag per ziekenhuis dat met deze problematiek is gemoeid ten opzichte van het totale bedrag dat door het betreffende ziekenhuis aan de DIS is aangeleverd. Per ziekenhuis is aangegeven welke percentage voldoet aan de vereisten dat het bedrag respectievelijk 1,2 en 3 standaarddeviaties afwijkt van de mediaan. Ook het totale bedrag per ziekenhuis is gepresenteerd. In de top 10 van ziekenhuizen varieert het percentage van het totale bedrag tussen de 0,7% en de 1,1%. Er zit niet echt een uitschieter tussen de ziekenhuizen.

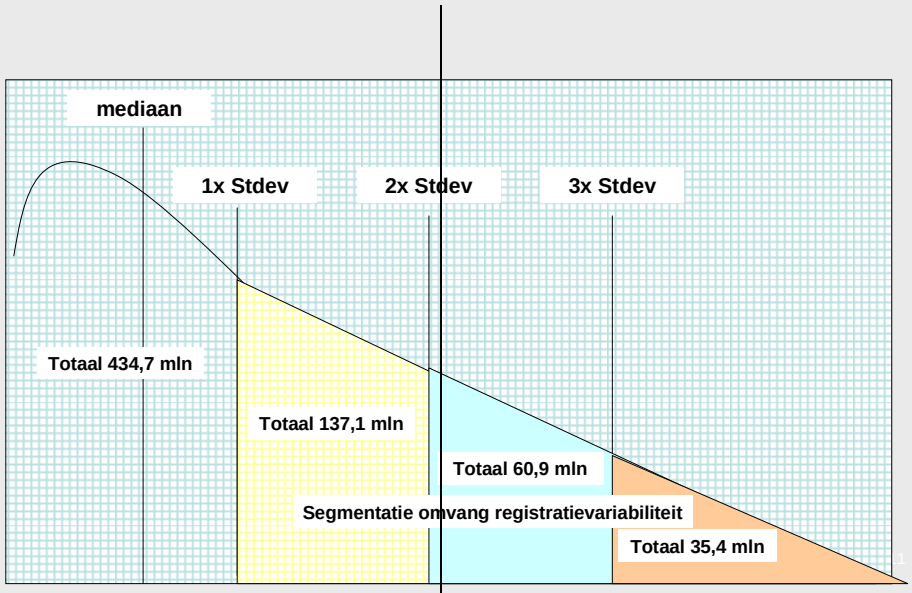
2.2.5 Conclusie

Een DBC met zorgtype 25 wordt altijd voorafgegaan door een DBC met zorgtype 21. In het merendeel van gevallen gaat deze stelling op, niet in 100% van de gevallen. Hoewel hier een praktische verklaring voor geldt – de tussenliggende DBC met zorgtype is niet gevalideerd – komt het bij bepaalde specialismen vaker naar voren dan bij andere, met name bij de longgeneeskunde en urologie. De variabiliteit ligt bij deze specialismen tussen de 2 en 4%. Verklaringen hiervoor liggen respectievelijk bij het type chronische patiënten van het specialisme het ontbreken van een declaratiecode voor zorgtype 21 DBC's bij urologie. Geen enkel ziekenhuis komt opvallend naar voren in de cijfers; over de gehele linie wordt wel eens een dergelijke combinatie van een initiële DBC gevolgd door een zorgtype 25 gesignaleerd. In waarde uitgedrukt tot een maximum van 1% van de DIS aanlevering, het gemiddelde van de ziekenhuizen ligt hier nog verder onder.

2.2.6 Aanbeveling

Met januaripakket komt het zorgtype te vervallen; dus maatregel is reeds genomen

B2-3 Meerdere DBC's met dezelfde diagnose



2.3.1 Vraagstelling

Patiënten mogen onder voorwaarden meerdere DBC's binnen een jaar scoren met een gelijke diagnose; zowel tegelijkertijd als achtereenvolgens.

2.3.2 Verkenning regelgeving en praktijk

Parallelle DBC's
De eerste situatie van tegelijkertijd meerdere DBC's met een gelijke diagnose volgt logischerwijs uit de registratie rondom spoedeisende DBC's. Immers daarin is het geheel naar verwachting dat het aansluitende reguliere zorgtraject een gelijke diagnose laat zien. Bij die specialismen die dubbelzijdige behandelingen uitvoeren, zij het *niet* in dezelfde (OK-) setting behoren meerdere DBC's met zelfde diagnose tegelijkertijd tot de mogelijkheden.

Seriële DBC's
De tweede variant – DBC's in de tijd na elkaar met dezelfde diagnose – treedt op nadat de eerste DBC is afgesloten. Het afsluiten van DBC's vindt plaats op de navolgende wijze:

DBC's hebben een looptijd die direct gerelateerd is aan het totale zorgtraject van een patiënt bij een bepaald specialisme in het kader van één bepaalde zorgvraag. Tussentijds dient de initiële DBC veranderd of aangevuld worden voor de diagnose en / of behandelas op basis van diagnostiek en werkelijk uitgevoerde behandeling. De uiteindelijke diagnose en zwaarste behandelsetting staan weergegeven in de definitieve DBC. Deze worden gedurende de looptijd bepaald.
Specialismen die hier uitzonderingen op hebben geformuleerd zijn onder meer cardiologie. Zij staan het openen van een nieuwe DBC eveneens toe na verandering van behandelsetting, in casu de overgang van een opname naar poliklinisch vervolg. Interne geneeskunde maakt een uitzondering voor een andere behandel*modaliteit,* een inhoudelijke wijziging van het beleid met name bij maligne aandoeningen; dit leidt tot een nieuwe, tweede DBC. Kennis van het verschil tussen behandelsetting en modaliteit speelt dus een rol in het toepassen van de regels.

Dit alles binnen een periode van maximaal 365 dagen, langer kan een DBC niet open staan ('de letter').

Vervolg DBC's
Bij vervolg DBC's werkt de regelgeving specifieker; daar kan een andere behandelsetting- of behandelmodaliteit leiden tot een nieuwe DBC. Hierbij blijft de diagnose gelijk..De exacte uitwerking verschilt per specialisme.

Afsluitproblematiek
Een DBC wordt afgesloten bij het laatste bezoek verband houdende met de oorspronkelijke zorgvraag; einde behandeling. Vraagtekens ontstaan als patiënten op eigen initiatief voor met dezelfde zorgvraag terugkeren op het spreekuur. Betekent dit een nieuwe DBC? En zo ja, met welk zorgtype? De vorige is immers al afgesloten.
Kortom, de regelgeving voorziet niet in de praktische situatie dat patiënten zelf initiatief nemen of waarbij de arts aangeeft dat de patiënten bij eventuele klachten kunnen bellen voor een afspraak. Betekent dit nu dat het traject ten einde is? En dus de DBC afsluiten of niet? De praktijk blijkt voor velen weerbastiger dan de theorie.

Overgang naar vervolg
Op het moment dat het actieve behandeltraject binnen de initiële DBC beëindigd is, en de patiënt in een periodiek controle traject komt bij hetzelfde specialisme leidt dit tot sluiten van het initiële zorgtraject en het openen van een vervolg DBC met dezelfde diagnose. Het betreft hier een afspraak 'in de geest'; hoe bepaalt men het overgangsmoment van actief behandeltraject naar reguliere controles? Wat is de definitie van een controletraject? Is één afsluitende controle ook een controletraject?

Conclusie
Kortom, bovenstaande situaties geven richting aan de verwachting dat in de dagelijkse praktijk medische specialisten en ziekenhuizen hier verschillend mee omgaan. De 'geest' van de afspraken rondom het vullen en het moment van afsluiten, als ook het openen van vervolg DBC's leidt naar verwachting tot variabiliteit en tot zichtbaarheid van patiënten met meerdere DBC's met een gelijke diagnose binnen een jaar. Om de mate en de vorm waarin gelijke diagnose voorkomen, als ook bij welke specialismen, splitsen we naar analogie van bovenstaande het onderzoek naar **meerdere DBC's met zelfde diagnose binnen 365 dagen** op naar de volgende delen:

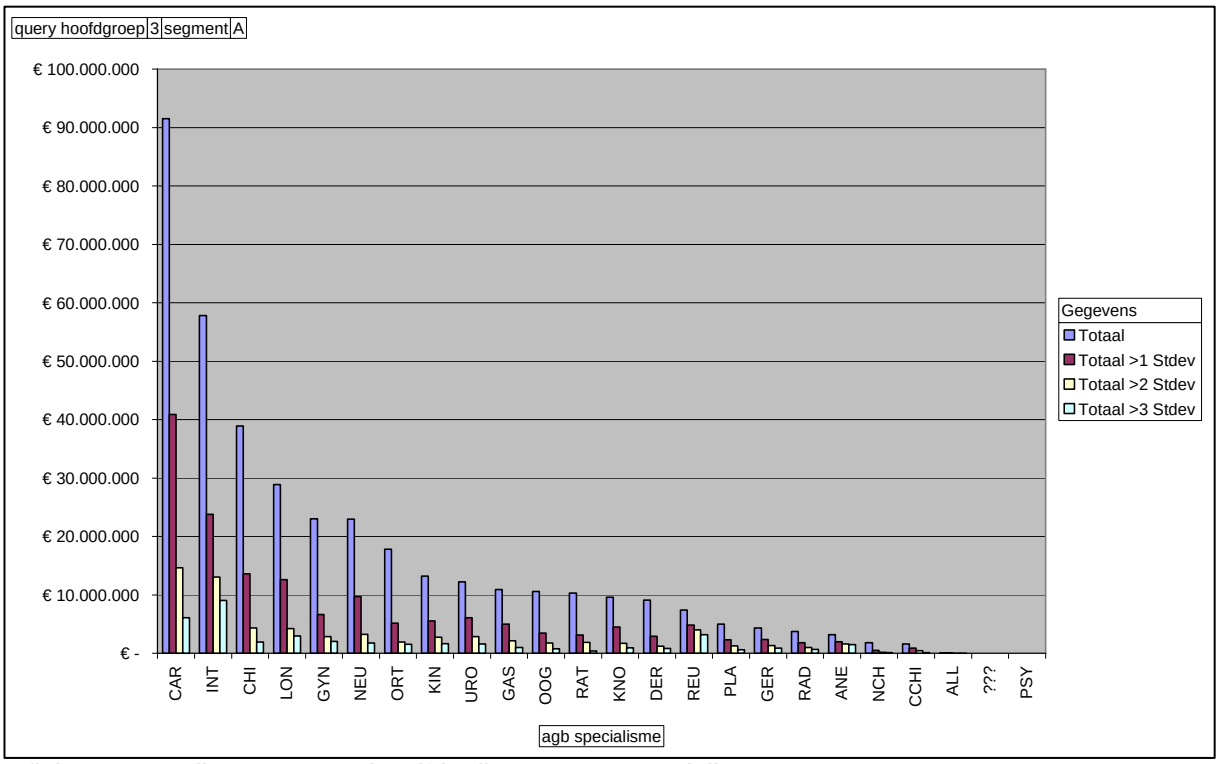
1. parallel met gelijke diagnose en gewijzigde behandelas
2. parallel met gelijke diagnose en gelijke behandelas
3. serieel met gelijke diagnose en gewijzigde behandelas
4. serieel met gelijke diagnose en gelijke behandelas

In de vormgeving van deze onderzoeken vormen de diverse combinaties van zorgtypen het uitgangspunt (11-11, 21-21 en 21-11). Daarin is de combinatie met zorgtype 12 spoedeisend geëxcludeerd, vanwege de logische en dus juiste combinatie met een gelijke diagnose. In het kader van de verificatie van het Vektis onderzoek vond hier al wel reeds onderzoek naar plaats.

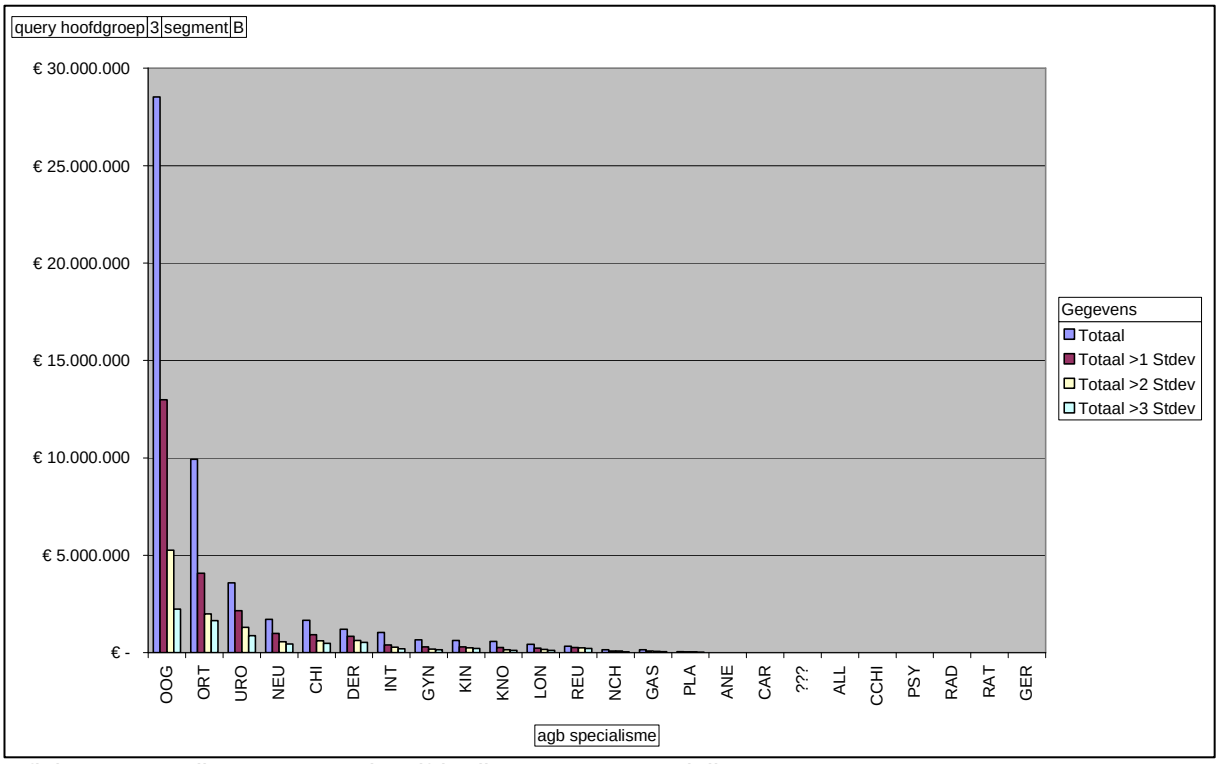
2.3.3 Uitsplitsing naar specialisme

Bij de uitsplitsing naar specialisme bekijken we in welke mate bij specifieke specialisme meervoudige DBC's met gelijke diagnose voorkomen. Hierbij bekijken we op drie niveaus naar de uitkomsten:

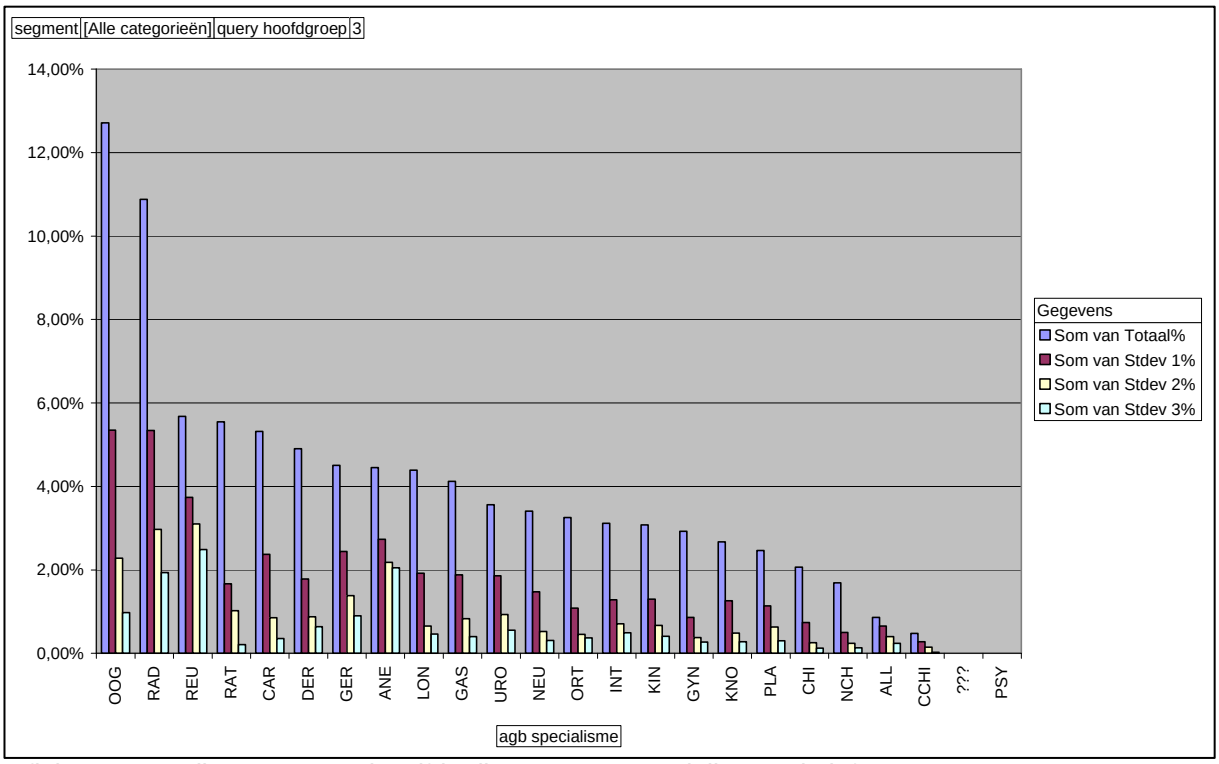
4. Omvang van registratievariabiliteit met betrekking tot het A segment.
5. Omvang van de registratievariabiliteit met betrekking tot het B segment.
6. Relatieve omvang van de registratievariabiliteit per specialisme.



Grafiek: Meervoudige DBC met dezelfde diagnose per specialisme A segment



Grafiek: Meervoudige DBC met dezelfde diagnose per specialisme B segment



Grafiek: Meervoudige DBC met dezelfde diagnose per specialisme relatief

Grote omvang registratievariabiliteit bij cardiologie volgt uit instructie

Met betrekking tot cardiologie is de hoge mate van registratievariabiliteit opvallend aangezien de instructie duidelijke regels omvat ten aanzien van de registratie van parallelle trajecten. Het grotendeels ontbreken van deze vorm van registratie wekt de verwachting dat de cardiologie ten aanzien van andere specialismen lager scoort. Desondanks komen meerdere DBC's met dezelfde diagnose ook relatief gezien in hoge mate voor. De onderstaande tabel biedt inzicht in welke vorm deze registratie met name voorkomt:

Cardiologie	**Gegevens**			
querynummer	**Totaal%**	**>1 Stdev %**	**> 2 Stdev %**	**>3 Stdev %**
11-11 2 serieel met gewijzigde behandelas	1,60%	0,26%	0,09%	0,00%
21-11 2 serieel met gewijzigde behandelas	1,10%	0,48%	0,00%	0,00%
11-11 2 serieel met ongewijzigde behandelas	1,00%	0,80%	0,39%	0,14%
11-11 >2 serieel met gewijzigde behandelas	0,47%	0,20%	0,12%	0,02%
11-11 2 serieel met ongewijzigde behandelas	0,41%	0,30%	0,06%	0,05%

Hieruit blijkt dat met name seriële DBC's van het zorgtype 11 geregistreerd worden. Met name de omvang van DBC's waarbij de behandelas afwijkt van de behandelas van de eerste geregistreerde DBC valt op. Dit is consistent met de instructie van cardiologie die toestaat dat na een klinische opname een DBC met een nieuwe behandelmodaliteit geopend mag worden.

Uit de grafiek blijkt dat deze vorm van registratie inherent lijkt aan het specialisme de grote verschillen tussen 1, 2 en 3 standaarddeviatie geeft aan dat de afwijkingen tussen de verschillende cardiologie afdelingen beperkt is.

Omvang registratievariabiliteit bij interne door omvang in kosten

Het grote aandeel in de registratievariabiliteit bij interne geneeskunde volgt uit de omvang van het specialisme. Wanneer we bekijken wat de relatieve omvang van de variabiliteit bij dit specialisme is dan neemt interne geneeskunde de middenmoot in.

Wanneer we de registratievariabiliteit bij interne geneeskunde nader bekijken dan valt op dat:

Interne geneeskunde	Gegevens			
querynummer	**Totaal%**	**>1 Stdev %**	**> 2 Stdev %**	**>3 Stdev %**
21-11 2 serieel met ongewijzigde behandelas	0,61%	0,11%	0,00%	0,00%
11-11 2 serieel met gewijzigde behandelas	0,52%	0,13%	0,06%	0,01%
11-11 2 serieel met ongewijzigde behandelas	0,34%	0,19%	0,09%	0,06%
11-11 >2 serieel met ongewijzigde behandelas	0,24%	0,18%	0,13%	0,10%
11-11 >2 serieel met gewijzigde behandelas	0,21%	0,10%	0,08%	0,08%

Uit dit overzicht blijkt dat hoewel zorgtype 21 gevolgd door een 11 weliswaar veelvuldig voorkomt bij interne geneeskunde dit nauwelijks tot registratievariabiliteit leidt. De seriële DBC's komen bij interne geneeskunde voor maar in relatieve zin wijkt dit niet af van andere specialismen.

Registratievariabiliteit B segment bij oogheelkunde verklaarbaar vanuit regel
Bij oogheelkunde valt het grote aandeel segment B DBC's met dezelfde diagnose op. Dit is te verklaren uit het feit dat cataract operaties per oog plaatsvinden. Hierdoor ontstaat bij een behandeling van beide ogen in een jaar twee DBC's. De instructie en de validatiemodule staan het niet toe om voor een cataract operatie aan beide ogen één DBC te registreren.

Uit de onderstaande tabel blijkt echter dat in veel gevallen de behandelas gewijzigd is. Dit betekent dus dat de afwijkingen die gevonden worden niet kunnen worden verklaard door de twee cataract operaties.

Oogheelkunde	Gegevens			
querynummer	**Totaal%**	**>1 Stdev %**	**> 2 Stdev %**	**>3 Stdev %**
11-11 2 serieel met gewijzigde behandelas	7,16%	3,01%	0,90%	0,00%
11-11 2 parallel met gewijzigde behandelas	1,24%	0,85%	0,58%	0,56%
11-11 >2 serieel met gewijzigde behandelas	0,38%	0,18%	0,13%	0,07%

Oogheelkunde, radiologie, reumatologie en radiotherapie vallen in relatieve zin op
Wanneer we per specialisme bekijken voor welke specialismen in relatieve zin meervoudige DBC's met dezelfde diagnose voorkomen dan zijn dit vooral de kleinere specialismen radiologie, radiotherapie en reumatologie. De oogheelkunde is grotendeels te verklaren op basis van de instructies rondom de registratie van cataractoperaties.

Voor de radiotherapie geeft de instructie aan dat bij combinatiebehandelingen meerdere DBC's geregistreerd mogen worden. Daarnaast geldt dat bij een wijziging van de behandelmodaliteit bij een vervolg DBC er een nieuwe DBC geregistreerd mag worden. Deze twee elementen vormen vanuit de instructie verklaringen voor registratievariabiliteit.

Bij radiologie geldt dat ook bij belangrijke wijzigingen in behandelmodaliteit bij vervolg DBC's er een nieuwe DBC geregistreerd mag worden. Nadere analyse leert echter dat bij de radiologie meerdere seriële DBC's worden geregistreerd met het zorgtype 11

waarbij de behandelas afwijkend is. Vanuit de instructie is hier geen verklaring voor te vinden.

Tot slot komt bij reumatologie registratievariabiliteit voor. Dit wordt met name veroorzaakt door meerdere seriële vervolg DBC's. Bestudering van de instructie leert dat:

In het kader van een **vervolg** traject wordt wel een nieuwe DBC geopend als er is sprake van een wijziging van de behandeling. Uitsluitend indien er sprake van een opname, dagbehandeling of behandeling met biologicals dan wordt de DBC vervolg poliklinisch afgesloten en aansluitend een nieuwe vervolg DBC met de bijbehorende behandelmodaliteit (bijvoorbeeld 'met klinische episode') geopend. Na afronding van de betreffende behandeling wordt deze lopende vervolg DBC afgesloten en een nieuwe vervolg DBC met dezelfde diagnose en de betreffende behandeling geopend. Dit kan meerdere keren binnen een behandeljaar plaatsvinden.

Met betrekking tot de behandelcodes 311, 312 en 313 en 411, 412 en 413 geldt dat bij de start van een intermitterende therapie met een biological[1] dus een nieuwe vervolg DBC wordt geopend, en dat als de behandeling met dit middel definitief (langer dan 3 maanden) wordt gestaakt deze DBC als hierboven beschreven weer wordt omgezet in een "gewone" DBC met poliklinische behandeling.

Deze regel draagt in de praktijk bij aan de relatieve omvang van meervoudige DBC's met dezelfde diagnose.

2.3.4 Uitsplitsing naar instellingen

Tabel X. top 10 instellingen hoofdvraag 3

id	SD1	SD2	SD3	bedrag
1	32.0%	31.9%	31.3%	5,234,816
2	5.6%	3.9%	3.2%	7,234,731
3	3.8%	2.2%	0.8%	2,370,563
4	3.8%	2.2%	1.0%	3,095,810
5	3.7%	1.3%	0.7%	3,769,719
6	3.2%	2.3%	1.0%	2,884,293
7	3.2%	2.7%	2.4%	3,923,819
8	3.2%	1.3%	1.3%	10,201,089
9	2.4%	1.3%	0.1%	3,106,239
10	2.3%	1.3%	0.3%	3,714,605

Bovenstaande tabel geeft een overzicht van vraag 3 naar de top 10 aan instellingen. De top 10 is geselecteerd op basis van het totale bedrag dat met deze problematiek is gemoeid ten opzichte van het totale bedrag dat aan de Dis is aangeleverd. Per ziekenhuis is aangegeven welke percentage voldoet aan de vereisten dat het bedrag respectievelijk 1,2 en 3 standaarddeviaties afwijkt van de mediaan. Ook het totale bedrag per ziekenhuis is gepresenteerd. We zien dat voor ziekenhuis 1 32% van de DBC-omzet voldoet aan deze onderzoeksvraag dat 2 DBC's openstaan binnen een jaar met een gelijke diagnose. Nadere analyse leert dat het hier voornamelijk 2 parallelle DBC's betreft met een andere behandelas. Bij de overige top10 ziekenhuizen is 2 tot 6% van de totale DBC-declaraties registratie variabel. Hier betreft het voornamelijk 2 seriële DBC's.

[1] per 1 januari 2004 gelden: infliximab, adalimumab, etanercept en anakinra als zodanig

2.3.5 Conclusie

Bij het onderzoek naar meervoudige DBC's met identieke diagnose blijkt dat de grootste afwijkingen bij specialismen vanuit de instructies goed te verklaren zijn. In die gevallen zou men niet kunnen spreken over registratievariabiliteit maar over het volgen van de instructie. We kunnen op basis van dit onderzoek geen uitspraken doen over de mate waarin de afwijkende regels van een specialisme de gesignaleerde registratievariabiliteit verklaren. Met name bij oogheelkunde, reumatologie en radiotherapie is duidelijk de regelgeving te duiden die leidt tot meervoudige DBC's in een jaar met gelijke diagnose.

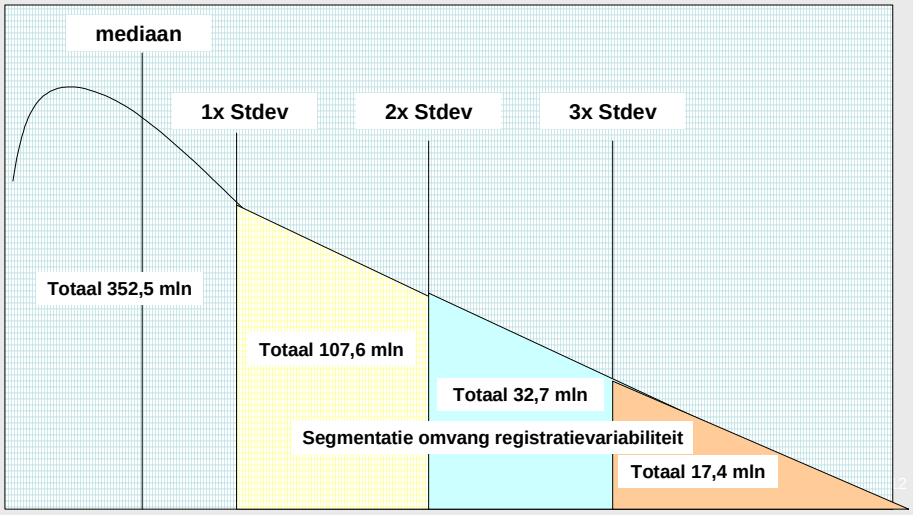
De instructies vormen niet in alle gevallen een goede verklaring. De behandelmethodiek of interpretatie van regelgeving vormt in die gevallen een oorzaak voor variabiliteit. Met name bij cardiologie lijkt dit het geval, hoewel van variatie binnen het specialisme beperkt is komen meervoudige DBC's veelvuldig voor. Nadere analyse naar de oorzaken kan inzicht bieden waar de behandelmethodiek aanleiding geeft tot de registratie van meervoudige DBC's met dezelfde diagnose en waar interpretatieverschillen een verklaring vormen.

Bij de vergelijking van de instellingen bestaat met uitzondering van één instelling geen grote verschillen tussen instellingen op dit punt. De verschillen tussen instellingen die bestaan hangen voor een belangrijk deel samen met de omvang en aanwezigheid van specialismen binnen de instellingen.

2.3.6 Aanbeveling

Aanbeveling: verduidelijken van instructies op onderdelen op basis van dieper onderzoek naar achterliggende verklarende oorzaken. Daarnaast kan het hanteren van signaleringen van in de automatisering bijdragen aan het bewustwordingsproces bij de registratie van meerdere DBC's met dezelfde diagnose.

B2-4 Meerdere DBC's met veranderende diagnose



2.4.1 Vraagstelling

Patiënten mogen onder voorwaarden meerdere DBC's binnen een jaar scoren met een veranderende diagnose (4).

2.4.2 Verkenning regelgeving en praktijk

Meerdere DBC's met een andere diagnose ontstaan langs verschillende wegen, welke wij kort behandelen.

Extra zorgvraag
Het is toegestaan een tweede DBC te openen wanneer een patiënt zich met een tweede andere zorgvraag presenteert. Op het moment dat dit na afloop van het eerste zorgtraject geschiedt, resulteert dit in een tweede DBC binnen een jaar.
Wanneer sprake is van een tweede zorgvraag gedurende de looptijd van de primaire zorgvraag ontstaat parallelliteit. Deze tweede zorgvraag dient echter wel te leiden tot substantiële extra inzet van middelen en / of tijd. Substantieel lijkt vooralsnog een subjectief begrip, welke vooraf een inschatting vereist van de specialist of de vraag tot deze extra inzet leidt. Het betreft een multi-interpretabel begrip, wat betekent dat deze regel 'in de geest' wordt beschouwd in het onderzoek.

Voortschrijdend inzicht
Sommigen specialismen stellen in hun instructie dat voortschrijdend inzicht in de diagnose reden is voor het openen van een nieuwe DBC. Deze afspraak is een legitimering van het ontstaan van meerdere DBC's met een veranderende diagnose binnen 365 dagen. Voor andere specialismen stellen instructies impliciet dat gedurende het traject de definitieve diagnose bepaald wordt en onderdeel uit zal maken van de definitieve DBC code. In deze gevallen betekent dit geen nieuwe DBC. De moeilijkheid in de beoordeling van de dataset betreft het feit dat in registraties niet of nauwelijks zichtbaar is of het voortschrijdend inzicht danwel een extra zorgvraag betreft. Ook hier spreken we dus van afspraken 'in de geest'.

Diagnosehoofdgroep
Een indicatie voor het beantwoorden van de vraag 'betreft de tweede DBC een extra zorgvraag of gaat het om voortschrijdend inzicht?' is een analyse van de tweede diagnose. De veronderstelling dat een extra zorgvraag met substantiële extra inzet buiten de diagnosehoofdgroep valt, geeft hier voeding aan. De onderliggende aanname is dat onder één diagnosehoofdgroep nauw verweven

ziektebeelden vallen, die eerder een kenmerk zijn van voortschrijdend inzicht dan van een extra zorgvraag.
De indeling in hoofdgroepen is niet voor alle specialismen langs dezelfde lijn in de typeringslijsten gemaakt[2]. Daarnaast betreft het hier medische oordelen, die niet-medici slechts beperkt kunnen doorzien c.q. beoordelen.

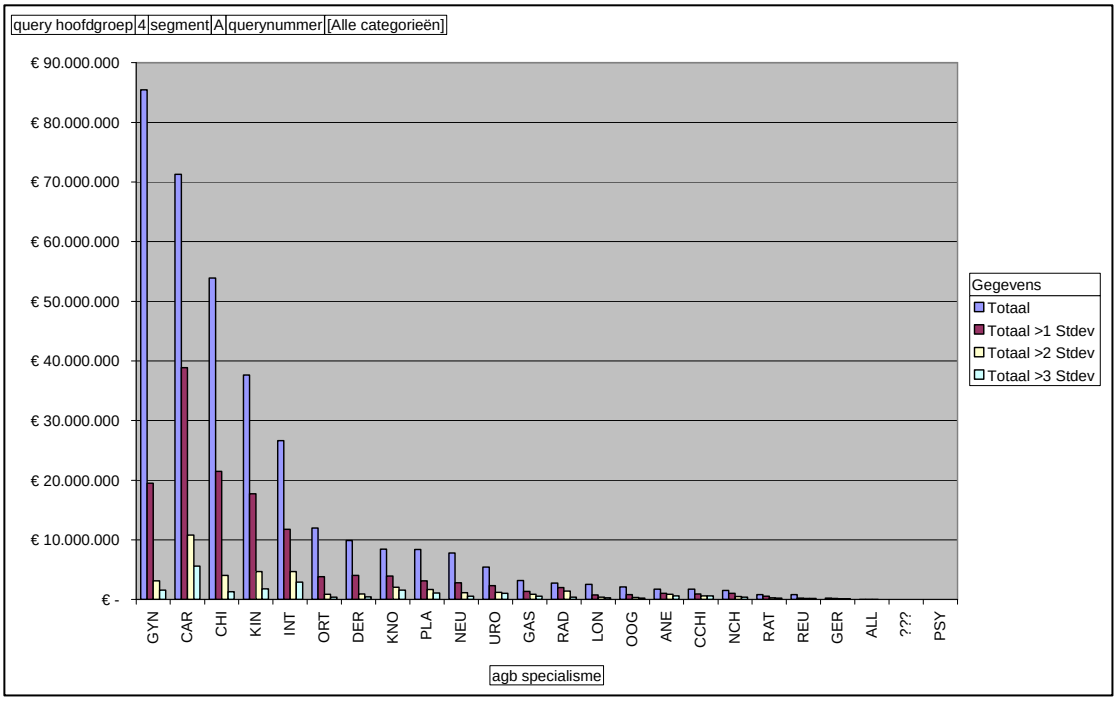
Conclusie
Meerdere DBC's met een veranderende diagnose binnen 365 dagen komen voor in de dagelijkse praktijk. Daarmee zijn zij dus ook zichtbaar in de datasets. De mate waarin het conform verwachting is, valt niet naar de letter in te vullen. De waarschijnlijkheid van combinaties van DBC's wordt om die reden onderzocht langs de volgende lijnen:

1. binnen de diagnose hoofdgroep met gewijzigde behandelas
2. binnen de diagnose hoofdgroep met gelijke behandelas
3. buiten de diagnose hoofdgroep met gewijzigde behandelas
4. buiten de diagnose hoofdgroep met gelijke behandelas

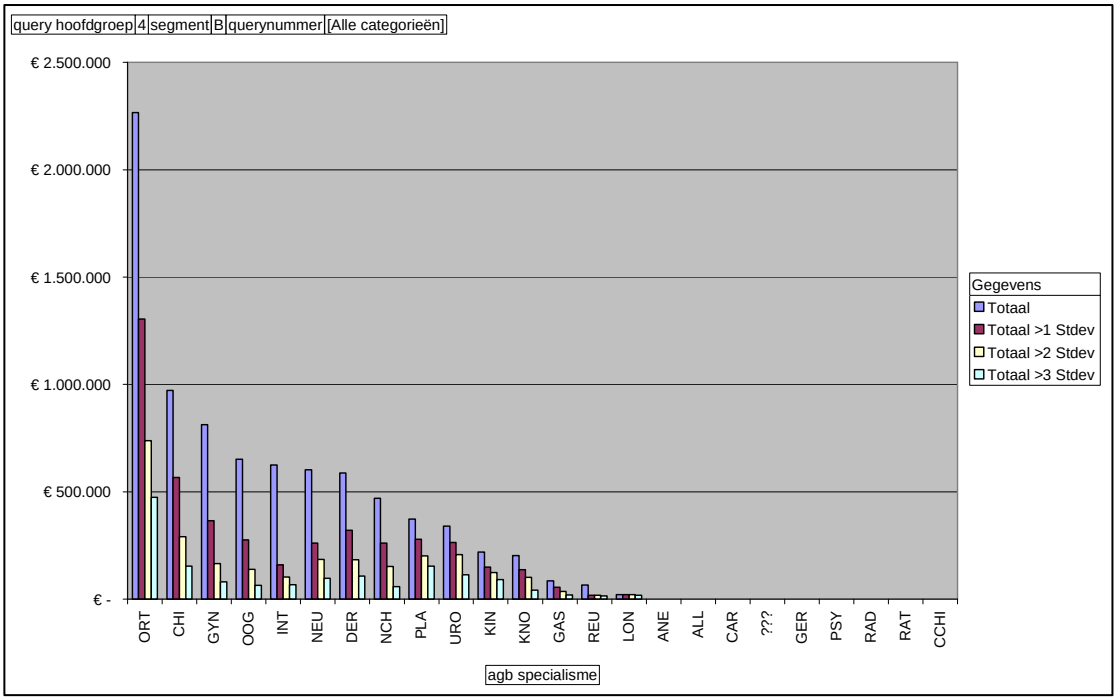
Uitsplitsing naar specialisme
Bij de uitsplitsing naar specialisme bekijken we in welke mate bij specifieke specialismen meervoudige DBC's met veranderende diagnose voorkomen. Hierbij bekijken we op drie niveaus naar de uitkomsten:

1. Omvang van registratievariabiliteit met betrekking tot het A segment.
2. Omvang van de registratievariabiliteit met betrekking tot het B segment.
3. Relatieve omvang van de registratievariabiliteit per specialisme.

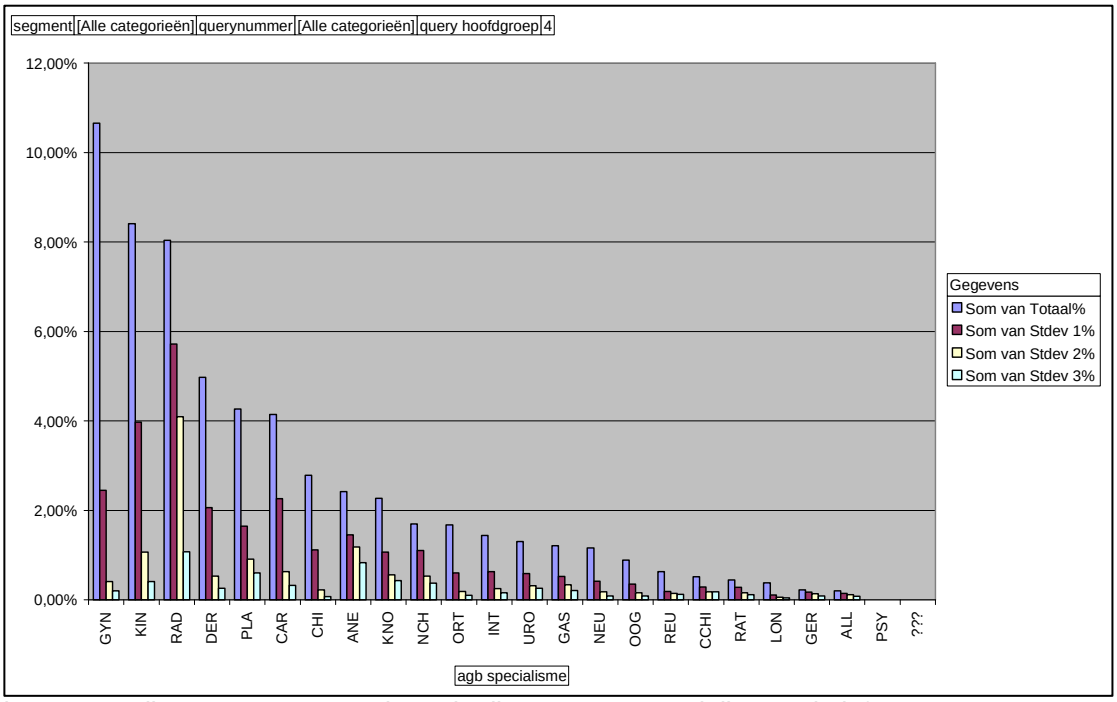
[2] Specialismen variëren in hun aandachtsveld. Daarmee samenhangend zijn sommige diagnoseassen van de typeringslijsten ingedeeld in grove 'hoofddiagnosen', andere op orgaan of lichaamsdeel. Varianten als type ingrepen of subspecialisaties komen ook voor.



Grafiek: Meervoudige DBC met veranderende diagnose per specialisme A segment



Grafiek: Meervoudige DBC met veranderende diagnose per specialisme B segment



Grafiek: Meervoudige DBC met veranderende diagnose per specialisme relatief

Fertiliteitsonderzoeken verklaring voor meervoudige DBC's met veranderende diagnose bij gynaecologie

De gynaecologie kent zowel in relatieve zin als in absolute zin een grote mate van registratie van meerdere DBC's per patiënt waarbij de diagnose afwijkt. De variabiliteit is echter beperkt. Dit duidt erop dat deze vorm van registratie inherent is aan het specialisme. Wanneer we nader onderzoek doen naar de oorzaken van deze uitkomst dan valt op dat:

Gynaecologie	**Gegevens**			
querynummer	**Totaal%**	**>1 Stdev %**	**> 2 Stdev %**	**>3 Stdev %**
11-11 2 serieel met ongewijzigde behandelas	5,62%	0,59%	0,00%	0,00%
11-11 >2 serieel met ongewijzigde behandelas	2,45%	0,98%	0,07%	0,00%
11-11 2 serieel met gewijzigde behandelas	0,88%	0,16%	0,04%	0,02%
11-11 2 parallel met ongewijzigde behandelas	0,51%	0,24%	0,14%	0,06%

Bij bestudering van de instructie van gynaecologie leert dat het fertiliteitsonderzoek een verklaring vormt. Hierover stelt de instructie het volgende:

Uitzondering m.b.t. de termijn van afsluiten van DBC's voor bepaalde fertiliteitbehandelingen
Voor de fertiliteit is er een uitzondering gemaakt voor de duur van de DBC's. Voor de diagnose gespecialiseerde technieken (F21) is voor de behandelingen:

- IUI met en zonder stimulatie
- behandeling met gonadotrofines, pulsatiel GnRH
- IVF behandelingen
- ICSI/MESA/TESA, eiceldonatie en hoogtechnologisch draagmoederschap.

De duur van de DBC 1 cyclus. Voor elke behandelingscyclus fertiliteit geldt dat er een DBC reguliere zorg geopend en gesloten wordt. Voor de mannelijke partner wordt 11-F12-101 geopend en deze loopt maximaal 1 jaar.

De fertiliteitsonderzoeken vormen zo een verklaring van het voorkomen van meerdere DBC's met zorgtype 11 waarbij de diagnose binnen dezelfde hoofdgroep vallen en dezelfde behandelas kennen. Wanneer de letter van de instructie gevolgd wordt zou echter deze registratie alleen bij diagnose F21 voor mogen komen. Mogelijk wordt hier een bredere uitleg aan gegeven en wordt voor andere feritiliteitstrajecten een soortgelijke registratie gevoerd.

Veel seriële DBC's bij cardiologie
Zowel de omvang van het specialisme als het relatieve aandeel aan meervoudige DBC's met veranderende diagnose vormen een verklaring voor het feit dat het specialisme cardiologie na gynaecologie hoog scoort. Het specialisme cardiologie staat in haar instructie slechts in een beperkt aantal gevallen parallelliteit toe. Analyse leert dat het dan ook met name seriële DBC met veranderende diagnose een verklaring vormen:

Cardiologie	Gegevens			
querynummer	**Totaal%**	**>1 Stdev %**	**> 2 Stdev %**	**>3 Stdev %**
11-11 2 serieel gewijzigde behandelas	1,09%	0,26%	0,08%	0,00%
11-11 2 serieel ongewijzigde behandelas	1,01%	0,70%	0,25%	0,19%
21-11 2 serieel ongewijzigde behandelas	0,88%	0,66%	0,00%	0,00%

De instructie biedt geen verklaring voor deze vorm van registratie. Mogelijk volgt dit uit de interpretatie van regelgeving of behandelmethodiek. Bij cardiologie vormen meervoudige DBC's met afwijkende diagnose een consequent beeld. Dit blijkt uit de grote verschillen tussen 1, 2 en 3 standaarddeviatie .

Orthopedie kent door omvang veel afwijking in B segment
Hoewel de orthopedie in relatieve zin ten opzichte van andere specialisme niet belangrijk afwijkt in registratiegedrag kent orthopedie met betrekking tot B segment DBC's een hoge score. Hierbij geldt dat deze vooral te wijten is aan de kostbaarheid van de segment B productie van de orthopedie (totale heup en knie) en de omvang van dit specialisme.

De onderstaande tabel laat in relatieve waarde zien waar het grootste deel van het voorkomen van meervoudige DBC's met veranderende diagnose bij de orthopedie vandaan komt.

Orthopedie	Gegevens			
querynummer	**Totaal%**	**>1 Stdev %**	**> 2 Stdev %**	**>3 Stdev %**
11-11 serieel ongewijzigde behandelas	0,13%	0,07%	0,03%	0,02%
11-11 serieel gewijzigde behandelas	0,06%	0,04%	0,02%	0,01%

Kindergeneeskunde en radiologie vallen in relatieve zin op
Naast de reeds genoemde specialismen cardiologie en gynaecologie valt de kindergeneeskunde en de radiologie in relatieve zin op. Deze specialismen kennen in vergelijking tot andere specialismen veel meervoudige DBC's.

Bij kindergeneeskunde omvat de instructie een belangrijke verklaring voor het voorkomen meervoudige DBC's met veranderende diagnose. De neonatologie kent een modulaire opbouw die aanleiding geeft tot veel seriele DBC's. De instructie geeft hierbij aan dat:

Bij de Neonatologie lijst moet **altijd** een 9902 gezond / geen pathologie/ basiszorg code worden ingevuld omdat deze de basale tijdsinvestering weergeeft.

Bijvoorbeeld een “33-weker” die geen problemen heeft en vaginaal geboren wordt krijgt code 11.530.9902.813. Indien hij naast deze prematuriteit ook nog een sepsis oploopt krijgt hij naast voornoemde code ook 11.530.1402.813 of….823.

Indien hij eerst voor een IRDS verwezen wordt naar een NICU krijgt hij als code: 11.530.1801.933. Komt hij twee weken later, als ondertussen “35-weker”, terug voor de reguliere verdere zorg dan krijgt hij code 11.550.9902.813. Nu krijgt hij code 550 omdat de periode gemiddeld tot aan ontslag, in uw ziekenhuis, vergelijkbaar zal zijn met andere kinderen van 35 weken. Krijgt hij onverhoopt opnieuw een sepsis dan krijgt hij code 11.550.1402.813. De tijdsinvestering van de kinderarts is gelijk aan die bij code 11.530.1402.813. Binnen deze diagnose is de tijd verdisconteerd die de kinderarts kwijt is aan de behandeling van de sepsis, niet de tijd die de kinderarts nodig heeft om hem tot de á terme datum te brengen. Deze laatste zit verrekend in code 11.530.9902.813 dan wel 11.550.9902.813. Bij de gebruikte modulaire opbouw wordt dus de totale tijd in deelstukjes opgebouwd.

De instructie radiologie omvat geen belangrijke verklaringen voor het voorkomen van meervoudige DBC’s met veranderende diagnose. Nadere analyse leert dat deze vorm van registratie met name betrekking heeft op meerdere zorgtype 11 DBC’s die opeenvolgend zijn geregistreerd.

2.4.4 Uitsplitsing naar instelling

Tabel 4.1. top 10 instellingen hoofdvraag 4

id	SD1	SD2	SD3	bedrag
18	3.5%	1.8%	1.4%	8,365,163
26	3.1%	2.1%	0.9%	1,937,136
4	2.7%	2.0%	0.8%	2,179,944
20	2.6%	1.7%	0.5%	1,599,664
3	2.5%	1.3%	0.7%	1,889,441
16	2.3%	1.3%	1.2%	3,302,773
36	2.3%	0.8%	0.5%	7,938,433
19	2.2%	0.5%	0.0%	7,016,717
28	2.1%	1.1%	0.5%	4,522,432
12	1.9%	1.5%	0.7%	1,411,715

Bovenstaande tabel geeft een overzicht van vraag 4 naar de top 10 aan instellingen. De top 10 is geselecteerd op basis van het totale bedrag dat met deze problematiek is gemoeid ten opzichte van het totale bedrag dat aan de Dis is aangeleverd. Per ziekenhuis is aangegeven welke percentage voldoet aan de vereisten dat het bedrag respectievelijk 1,2 en 3 standaarddeviaties afwijkt van de mediaan. Ook het totale bedrag per ziekenhuis is gepresenteerd. We zien dat maximaal 3,5% van de totale DBC-declaratie van een ziekenhuis patiënten met een veranderende diagnose in hetzelfde jaar registratie variabel is. Er springen niet 1 of meerdere ziekenhuizen uit.

2.4.5 Conclusie

Bij de interpretatie van meervoudige DBC’s met veranderende diagnose vormen de instructies in een aantal gevallen duidelijke verklaringen voor het afwijken in registratiegedrag. Met name bij kindergeneeskunde (meer specifiek de neonatologie) vormt de instructie een duidelijke verklaring.

Bij cardiologie en radiologie zijn vanuit de instructie geen duidelijke redenen aan te wijzen waarom deze specialismen afwijken van andere specialismen. In tegenstelling tot cardiologie lijkt hier samenhang te bestaan met de behandelmethodiek, de grote verschillen in standaarddeviatie wekken dat het hier gaat om consequente registratie van

meervoudige DBC's met veranderende diagnose. Bij radiologie is sprake van een grote variatie, hiervoor zijn geen verklaringen te vinden. Bij gynaecologie vormt de interpretatie van de regel rondom fertiliteitonderzoeken een mogelijke verklaring voor het voorkomen van registratievariabiliteit ten aanzien van dit punt.

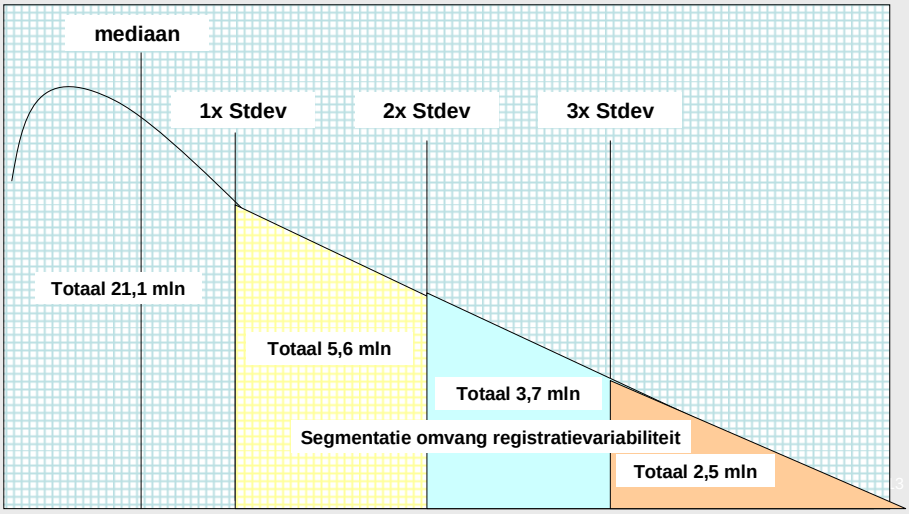
Een vergelijking tussen instellingen geeft geen aanwijzingen voor grote verschillen die terug te leiden zijn op registratiegedrag van instellingen.

In algemene termen is te stellen dat in een aantal gevallen concrete en minder concrete verklaringen te vinden zijn voor afwijkingen tussen specialismen. Nader onderzoek kan mogelijk inzicht bieden in aanvullende oorzaken die bijvoorbeeld voortvloeien uit bepaalde behandelmethodieken.

2,4,6 Aanbeveling

Aanbeveling: Verhelderen van instructie en het realiseren van geautomatiseerde signaleringen in ICT-systemen ten aanzien van dit punt.

B2-6 Eerstelijns verrichtingen in een DBC



2.6.1 Vraagstelling

Vraagstelling: is er sprake van verrichtingen voor derden in het profiel van de DBC's?

2.6.2 Verkenning regelgeving en praktijk

Definitie

Diverse specialismen[3] – zowel poorters als ondersteuners – voeren met enige regelmaat patiëntgebonden activiteiten uit op aanvraag van de huisarts. In het geval dat dit een activiteit betreft zonder dat sprake is van het starten van een behandeling, leidt dit in principe niet tot een DBC. De activiteiten voor de huisarts vallen onder de eerstelijns productie,. In de techniek betekent dit dat bepaalde CTG-verrichtingen gekenmerkt zijn. Wanneer bij het betreffende specialisme geen DBC openstaat en de aanvrager is ongelijk aan de producent van de verrichting, leidt dit in het systeem automatisch tot de facturatie van een los product, gelijk aan de verrichting. Mogelijke variabiliteit treedt op wanneer toch een DBC voor een los product wordt vastgelegd. Afhankelijk van de onderliggende validatietabellen leidt dit mogelijkerwijs tot een valide DBC, die dan ook gedeclareerd is. Het onderzoek kijkt dan ook naar DBC's met de duur van één dag waarin naast een dergelijke activiteit geen andere activiteiten in het zorgprofiel voorkomen.

Een extra consult

Daarnaast bestaat in bepaalde situatie onduidelijkheid over de rechtmatigheid van het eveneens registreren en later declareren van een consult behorend bij een activiteit als hierboven beschreven. In dit geval bevat het zorgprofiel naast een diagnostische activiteit ook een consult. Met name rondom de gastro-enterologie konden ziekenhuizen een keuze maken in de uiteindelijke vormgeving; zolang maar afgesproken met de verzekeraar. Mogelijk leidt ook deze situatie tot een stuk variabiliteit in de DBC-declaratie.

Conclusie

De vraag die het bovenstaande oproept, is: Welk deel van de 1-dags DBC's had mogelijkerwijs ook als eerstelijnsproduct gedeclareerd kunenn worden?

De term mogelijkerwijs komt voort uit de wetenschap dat ook andere, heel legitieme

[3] De volgende specialismen kunnen ondersteunende of overige producten declareren: heelkunde, gynaecologie, interne geneeskunde, gastro-enterologie, cardiologie, longgeneeskunde, reumatologie, neurologie en KNF, radiologie, anesthesiologie, pathologie, klinische chemie, medische microbiologie en nucleaire geneeskunde.

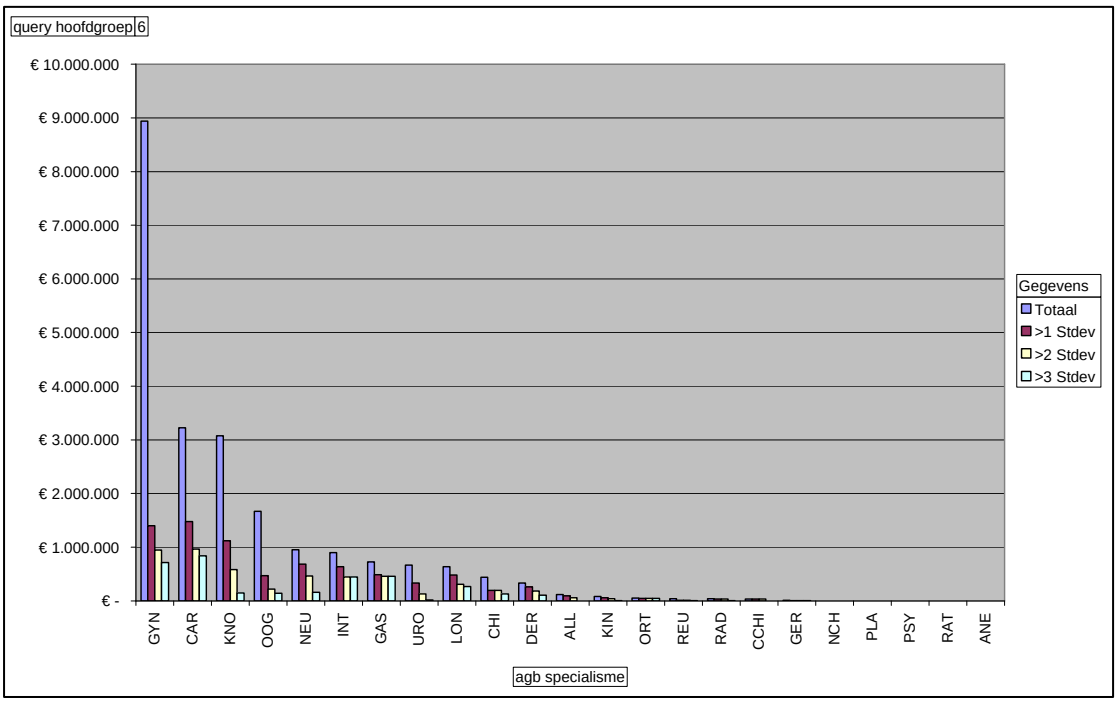
motivaties kunnen leiden tot een 1-dags DBC met enkel het genoemde profiel. Denk hierbij aan;

- uit het onderzoek blijkt dat patiënt geen vervolg krijgt;
- de ondersteunende en overige producten zijn in de huidige data-set (nog) niet gedefinieerd;
- het consult is vervangen door een telefonische afspraak die niet tot een verrichting leidt;
- de bestaande ruimte in definities en regelgeving;
- niet ieder specialisme heeft überhaupt de mogelijkheid om losse verrichtingen als ondersteunend / overig product te declareren.

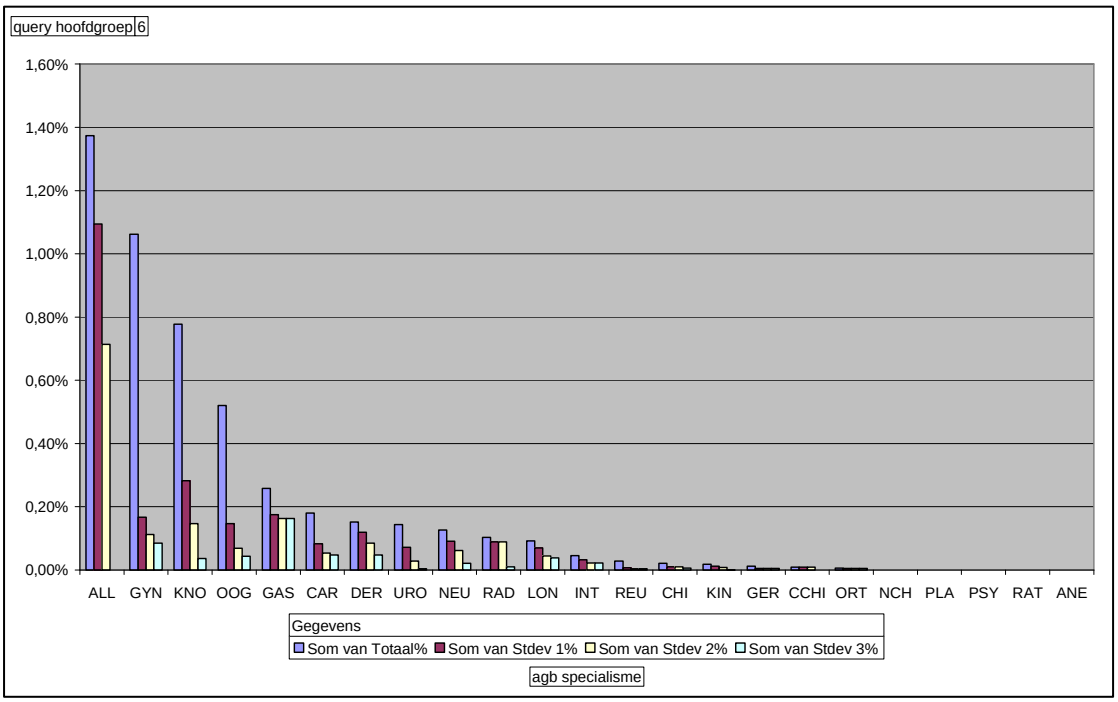
In dit onderzoek richten we ons op DBC's die mogelijke eerstelijnsproducten omvatten. Hierbij richten we ons op DBC's die een looptijd kennen van een dag en slechts 1 diagnostisch product kennen terwijl er geen omliggende DBC's voor de betreffende patiënt te vinden zijn.

2.6.3 Uitsplitsing naar specialisme

De analyse zoals we die hier uitvoeren heeft niet plaatsgevonden voor het B-segment in deze analyse schenken we om die reden alleen aandacht aan de relatieve afwijking bij het betreffende specialisme en de absolute afwijking met betrekking tot het A segment.



Grafiek: Eerstelijnsproductie in een DBC



Grafiek: Eerstelijnsproductie in een DBC relatief

Allergologie en gynaecologie kennen veel 1 dagstrajecten zonder omliggende DBC:

De omvang van 1 dags DBC's met diagnostiek en zonder omliggende DBC's is erg hoog bij allergologie en gynaecologie. Dit hangt samen met het feit dat de allergoloog geen eerstelijns productie kent. Deze vorm registratievariabiliteit is dus volledig te verklaren op basis van deze regel.

De verklaringen achter deze constatering voor de gynaecologie liggen mogelijk in verloskundige activiteiten en de eenmalige screeningen gedurende zwangerschappen.

De grote verschillen tussen standaarddeviatie 1, 2 en 3 geven zowel bij gynaecologie als bij allergologie aan dat het een consequente vorm van registreren betreft.

Veel registratievariabiliteit bij gastro-entrologie en radiologie

Hoewel de omvang bij zowel gastro-entrologie als bij radiologie van de totale registratievariabiliteit beperkt is in verhouding tot de totale productie valt wel op dat er een grote variatie bestaat tussen instellingen in de registratie van 1 dags DBC's met diagnostische activiteiten.

Bij de gastro-enteroloog kan dit verklaard worden vanuit de discussie die bestaat rondom de registratie van eerstelijns scopiën. Er heeft veel onduidelijkheid en discussie bestaan over de wijze waarop deze activiteiten vastgelegd dienen te worden.

De radiologie kent dezelfde positie als de gastro-enteroloog en kan zowel optreden als ondersteuner als hoofdbehandelaar. In de instructie is vermeld dat alleen voor de interventieradiologie vastlegging van de DBC's dient plaats te vinden. Mogelijk dat hieraan in de registratie een bredere uitleg wordt gegeven.

2.6.4 Uitsplitsing naar instelling

Tabel 4.1 top 10 instellingen hoofdvraag 6A

ziekenhuis_id	SD1	SD2	SD3	bedrag
1	0.8%	0.6%	0.5%	289,617
4	0.6%	0.6%	0.6%	465,406
2	0.6%	0.0%	0.0%	431,175
3	0.6%	0.6%	0.6%	160,119
18	0.5%	0.5%	0.5%	298,275
26	0.4%	0.4%	0.1%	246,015
12	0.3%	0.0%	0.0%	314,925
20	0.2%	0.2%	0.2%	398,864
6	0.2%	0.2%	0.1%	167,526
5	0.2%	0.2%	0.1%	346,359

Bovenstaande tabel geeft een overzicht van vraag 6 naar de top 10 aan instellingen. De top 10 is geselecteerd op basis van het totale bedrag dat met deze problematiek is gemoeid ten opzichte van het totale bedrag dat aan de DIS is aangeleverd. Per ziekenhuis is aangegeven welke percentage voldoet aan de vereisten dat het bedrag respectievelijk 1, 2 en 3 standaarddeviaties afwijkt van de mediaan. Ook het totale bedrag per ziekenhuis is gepresenteerd. We zien dat de variabiliteit voor alle ziekenhuizen onder de 1% blijft en er geen duidelijk uitschieters zijn. Opvallend is dat de ziekenhuizen die veel variabiliteit scoren op deze onderzoeksvraag voor een groot gedeelte dezelfde zijn als de ziekenhuizen die uitschieten op onderzoeksvraag 3.

2.6.5 Conclusie

Eerstelijnsproductie wordt al sinds jaar en dag in termen van verrichtingen gedeclareerd. Met de komst van de DBC's is aan dit principe niets veranderd. De vraag is echter; kan het zo zijn dat eerstelijnsproductie in een DBC terecht komt? In theorie is dat mogelijk, wat alles te maken heeft met de nauwkeurigheid van de registratie van de aanvrager, het type verrichting waar het om gaat als de wijze waarop de DBC-registratie in de automatisering is vormgegeven. Niet alle verrichtingen kunnen onder de eerste lijn vallen, niet alle specialismen produceren eerstelijnsverrichtingen. Om te achterhalen of de theorie ook onderdeel vormt van de praktijk en tot variabiliteit leidt, is in het onderzoek gezocht naar 1-dags DBC's zonder omliggende DBC's en met enkel een diagnostische activiteit. Op individueel DBC-niveau zijn deze DBC's in waarde vergeleken met de declaratie van een eventuele losse CTG verrichting.

Uit het onderzoek komt naar voren dat in de gemaakte selectie vooral gynaecologie eruit springt in waarde ten opzichte van de andere specialisme. De verklaringen achter deze constateringen worden voor de gynaecologie gezocht in de verloskundige activiteiten en de eenmalige screeningen gedurende zwangerschappen.

Qua variatie tussen instellingen vallen gastro-enterologie en radiologie op. Let wel, de variabiliteiten betreffen nog steeds zeer beperkte bedragen en delen van de productie. Voor gastro-enterologie en radiologie is bekend dat deze specialismen veel doen op aanvraag de huisarts. De recente onduidelijkheden rondom de registratie van eerstelijns scopiën kan een indicator zijn voor de variabiliteit. Dit onderwerp dient nader onderzocht te worden

Ziekenhuizen laten geen extreme uitschieters of grote mate van variabiliteit zien in de aangeleverde cijfers. Over het geheel genomen kan gesteld worden dat er vergelijkbaar mee om wordt gegaan.

2.5.6 Aanbeveling

Aanbeveling: duidelijke regelgeving ten aanzien van dit punt alsmede formuleren

van een geautomatiseerde signalering op het voorkomen van deze registratie.

Specifiek onderzoek rondom registratie van eerstelijnsscopiën entameren.

B2-7 Medebehandeling zonder omliggende DBC

Specialisme	Omvang variabiliteit	Relatieve omvang
Kindergeneeskunde	- EUR 1.762.769	-0,25%
Klinische geriatrie	-EUR 15.337.617	-16%
Longgeneeskunde	-EUR 831.892	-0,07%

Onderregistratie bij klinische geriatrie door registratie van medebehandeling in plaats van een reguliere DBC.

14

2.7.1 Vraagstelling

Vraagstelling: is er sprake van medebehandeling zonder dat er een omliggende klinische DBC is.

2.7.2 Verkenning regelgeving en praktijk

Regel
Aan het vastleggen van het zorgtype medebehandeling (ZT 16) is één belangrijke voorwaarde verbonden; namelijk de aanwezigheid van een klinische DBC bij een ander specialisme. Immers medebehandeling kan enkel plaatsvinden op verzoek van een ander specialisme, waarbij de patiënt opgenomen is. Daarbij geldt dat een medebehandeling zich onderscheid van een intercollegiaal consult door de intensiteit van het traject; meerdere patiëntcontacten, diagnostische activiteiten en eventueel therapie of behandeling.

De medebehandeling beperkt zich op grond van de typeringslijsten tot de volgende specialismen:

- klinische geriatrie
- revalidatie
- kindergeneeskunde
- longgeneeskunde[4]

Conclusie
Uit bovenstaande vloeit de volgende vraag: Welke DBC's met zorgtype medebehandeling komen voor zonder gelijktijdig lopende klinische DBC's bij een ander specialisme?

2.7.3 Uitsplitsing naar specialisme

Bij de uitsplitsing naar specialisme bekijken we in welke mate bij een specifiek specialisme medebehandeling DBC's zonder omliggende klinische DBC voorkomen. Medebehandeling DBC's maken geen deel uit van het B-segment, deze opsplitsing blijft buiten beschouwing.

1. Omvang van registratievariabiliteit met betrekking tot het A segment;
2. Relatieve omvang van de registratievariabiliteit per specialisme

In onderstaande tabel staan de resultaten weergegeven.

[4] Medebehandeling op de Intensive Care dit komt tot uitdrukking in de Overige Producten en leidt niet tot een aparte DBC.

Specialisme	Omvang variabiliteit	Relatieve omvang
Kindergeneeskunde	- € 1.137.769	- 0,25 %
Klinische Geriatrie	- € 15.337.617	- 16,0 %
Longgeneeskunde	- € 447.430	- 0,07 %
Revalidatie	nvt → buiten dataset	nvt

Uit de tabel blijkt dat vooral de klinische geriatrie relatief vaak een medebehandeling typeert in plaats van een regulier zorgtraject. Een medebehandeling DBC heeft doorgaans een lager tarief dan een reguliere DBC, waardoor het negatieve bedrag ontstaat.

Mogelijke verklaringen
De verklaringen kunnen in twee verschillende invalshoeken liggen.

1. Omliggende DBC's ontbreken in de database als gevolg van:
   - omliggende klinische DBC's zijn nog niet afgesloten en / of gefactureerd
   - onvolledige aanlevering aan de DIS
2. De patiënt routing van het specialisme geriatrie loopt zodanig dat zij aanzienlijk meer dan andere specialismen patiënten behandelen op aanvraag c.q. doorverwijzing van collega specialismen. Op het moment dat deze patiënten al uitbehandeld zijn of zich in een controletraject bevinden bij het doorverwijzende specialisme ontbreekt de openstaande klinische DBC. En dus zou de klinisch geriater een reguliere DBC mogen vastleggen. Dit in plaats van een DBC medebehandeling. Het is goed voor te stellen dat professionals de situatie kunnen ervaren als een 'geval van medebehandeling'; immers de patiënt is nog onder controle bij een collega.

2.7.4 Uitsplitsing naar instelling

Tabel X: Medebehandeling zonder omliggende DBC per instelling

ziekenhuis_id	SD1	bedrag
57	-0.6%	-1,244,107
21	-0.6%	-715,853
63	-0.6%	-1,084,556
38	-0.6%	-1,478,028
33	-0.7%	-251,925
41	-0.8%	-592,428
14	-0.9%	-1,942,182
35	-1.0%	-1,145,714
40	-1.3%	-1,713,590
34	-4.3%	-2,912,551

In bovenstaande tabel zien we de totale bedragen per instelling staan die gemoeid zijn met medebehandeling zonder omliggende DBC per instelling. We zien zowel het totale bedrag als de relatieve omvang ten opzichte van de aanlevering aan de DIS staan. De top 10 is geselecteerd op basis van het percentage. We zien dat voor sommige instellingen het bedrag dat gemoeid is bij de medebehandeling meer dan €1 miljoen bedraagt, een substantieel bedrag. Voor een ziekenhuis zien we een bedrag van bijna € 3 miljoen, 4,3% van de totale DBC opbrengst. Overigens leert nadere analyse dat van de ziekenhuizen in de top 10 het merendeel academische ziekenhuizen betreft. Dit is te verklaren doordat het specialisme geriatrie in omvangrijke mate voornamelijk in deze ziekenhuizen voorkomt.

2.7.5 Conclusie

Een DBC medebehandeling treedt naar de regel altijd op in combinatie met een klinische DBC bij een ander specialisme. Ontbreekt deze, dan zou een reguliere DBC de aangewezen codering zijn. In het onderzoek is een selectie gemaakt van de groep DBC's met zorgtype 16

medebehandeling waarvoor geen klinische DBC bij een ander specialisme aanwezig is. Vervolgens is het verschil in waarde tussen de reguliere en de medebehandeling gekwantificeerd. Deze selectie beperkte zich tot slechts 3 specialismen: kindergeneeskunde, longgeneeskunde en klinische geriatrie. Alleen deze specialismen hebben (conform de instructies) de mogelijkheid om medebehandeling vast te leggen. Bij de klinische geriatrie blijkt een aanzienlijk deel van de productie (16%) zorgtype 16 te bevatten, terwijl er geen combinatie met een klinische DBC kon worden gemaakt. Dit resulteert in een soort 'onderdekking'; minder gedeclareerd dan naar de regel had gemogen. Vooral academische ziekenhuizen raakt dit. Dit effect wordt mogelijk veroorzaakt danwel versterkt doordat de DBC van hoofdbehandelend specialisme nog openstaat danwel niet gevalideerd kan worden. Deze DBC's maken geen onderdeel uit van de DIS.

2.7.6 Aanbeveling

Aanbeveling: gerichte communicatie naar geriatrie om de relatie tussen zorgtype 16 en een omliggende klinische DBC duidelijk te maken.

Bijlage 5

vektis
informatie & standaardisatie voor zorgverzekeraars

Notitie

Datum:	Ons kenmerk:	Van:	Doorkiesnummer:	Blad:
30 augustus 2006	06-1002	Philip Mokveld	030 - 69 88 252	1 / 3

Betreft: Declaratievariabiliteit ZBC's

Inleiding

In deze notitie wordt ingegaan op hoe de declaratievariabiliteit van ZBC's zich verhoudt ten opzichte van alle DBC-plichtige instellingen. Hiervoor wordt aangesloten bij het Vektis-rapport 'Eerste analyses DBC-declaraties'. Omdat spoedeisende en klinische DBC's beiden bijna niet voorkomen bij ZBC-instellingen wordt alleen onderzoeksvraag 4 uit het rapport herhaald voor ZBC's. Deze onderzoeksvraag luidt: Hoe vaak wordt meer dan één DBC met dezelfde diagnose en hetzelfde zorgtype binnen hetzelfde specialisme geopend.

Omdat er inmiddels meer data beschikbaar is dan ten tijde van het vorige onderzoek worden nu voor 8 zorgverzekeraars (5 ziekenfonds, 3 particulier) 6 aanleverkwartalen meegenomen, ten opzicht van 5 verzekeraars en 5 kwartalen hiervoor. Deze acht verzekeraars representeren ongeveer 4,9 miljoen verzekerden. De in dit rapport genoemde aantallen en schadelast zijn echter opgehoogd naar de gehele verzekerdenpopulatie.

Uit een vergelijking tussen tabel 1 hieronder en tabel 6 uit het rapport blijkt dat met de toevoeging van meer data de verdeling van aantallen zelfde diagnoses niet significant is veranderd over alle instellingen heen.

ZBC's

DBC's van ZBC's maken maar een klein deel uit van alle DBC's, in aantal 2,1% en in kosten nog minder, namelijk 0,4%. Zoals in de inleiding genoemd komen klinische DBC's maar weinig voor in ZBC's, in aantal 0,65% van alle ZBC-DBC's., waar dit percentage landelijk op 11% uitkomt. Vanwege deze geringe omvang van klinische ZBC-DBC's wordt voor deze groep niet de onderzoeksvraag voor klinische 1-dags DBC's herhaald.

	ZBC's				Alle Instellingen			
Aantal zelfde diagnose	Aantal gedeclareerd	Percentage	Schadelast (in mln. Euro)	Percentage	Aantal gedeclareerd	Percentage	Schadelast (in mln. Euro)	Percentage
1	105870	93,50%	€ 21,6	90,95%	4813239	89,77%	€ 5.660,3	87,69%
2	6546	5,78%	€ 1,9	7,80%	438906	8,19%	€ 631,4	9,78%
3	520	0,46%	€ 0,2	0,68%	68858	1,28%	€ 108,6	1,68%
4	170	0,15%	€ 0,1	0,22%	22613	0,42%	€ 32,2	0,50%
5	65	0,06%	€ 0,1	0,27%	7994	0,15%	€ 9,8	0,15%
6	59	0,05%	€ 0,0	0,09%	3512	0,07%	€ 4,1	0,06%
7					1808	0,03%	€ 1,9	0,03%
8					942	0,02%	€ 1,5	0,02%
9+					4012	0,07%	€ 5,2	0,08%

Tabel 1 Frequentie zelfde diagnose binnen een specialisme

In tabel 1 is te zien dat er binnen een ZBC minder vaak meerdere DBC's met dezelfde diagnose worden geopend per verzekerde dan voor alle DBC-plichtige instellingen. Als echter in tabel 2 de individuele poortspecialismen worden bekeken, dan zijn onderling grote verschillen te zien. Bij het vergelijken van tabel 2 voor ZBC's en tabel 7 uit het rapport, dan is te zien dat de volgende specialismen een significant grotere schadelast hebben voor meerdere DBC's per diagnose: Heelkunde, plastische chirurgie, orthopedie,

verloskunde en gynaecologie, en neurologie. Omdat ZBC's, in tegenstelling tot algemene en academische ziekenhuizen, veelal meer specifieke verrichtingen doen, zijn hier op voorhand geen conclusies uit te trekken. Daarom wordt voor elk van deze specialismen bekeken welke prestaties vooral dubbel voorkomen.

specialisme	2 diagnoses (totale schadelast)	Percentage tov totale schadelast	3+ - diagnoses (schadelast-verschillen)	Percentage tov totale schadelast	schadelast alle DBC's
oogheelkunde	€ 189.872	5,1%	€ 13.888	0,4%	€ 3.734.399
keel-, neus- en oorheelkunde	€ 58.440	5,4%		0,0%	€ 1.083.848
heelkunde	€ 352.772	37,0%	€ 18.802	2,0%	€ 953.378
plastische chirurgie	€ 258.837	13,2%	€ 2.395	0,1%	€ 1.960.158
orthopedie	€ 307.506	7,8%	€ 6.638	0,2%	€ 3.964.280
urologie	€ 16.630	2,7%		0,0%	€ 614.408
verloskunde en gynaecologie	€ 105.904	13,4%	€ 42.933	5,4%	€ 792.454
dermatologie	€ 411.017	4,9%	€ 42.001	0,5%	€ 8.327.832
inwendige geneeskunde	€ 11.333	2,0%		0,0%	€ 569.686
kindergeneeskunde	€ 1.906	3,9%		0,0%	€ 48.974
gastro-enterologie		0,0%		0,0%	€ 1.821
cardiologie	€ 7.904	2,5%		0,0%	€ 313.030
longgeneeskunde		0,0%		0,0%	€ 7.705
reumatologie	€ 2.395	1,2%		0,0%	€ 204.834
allergologie		0,0%		0,0%	€ 176.260
neurologie	€ 120.832	13,6%	€ 87.736	9,9%	€ 888.287
anesthologie	€ 8.150	6,4%		0,0%	€ 127.410
	€ 1.853.499	7,8%	€ 214.392	0,9%	€ 23.768.765

Tabel 2 Omvang schadelastverschillen meervoudige diagnose per specialisme

Bij orthopedie gaat het voornamelijk (56%) om een meniscuslaesie (prestatiecode 110018050212). Indien dit in twee operaties voor beide knieën gebeurt kan dat. Bij verloskunde en gynaecologie komt 24% van de dubbele diagnoses voor rekening van adviesconsulten (11000V110101). Omdat voor deze DBC een maximum van twee consulten geldt, is een dubbele DBC hier ook mogelijk. Verschillende fertiliteitonderzoeken (voornamelijk 11000F210171 en 11000F210181) maken 66% van de dubbele diagnoses voor dit specialisme uit.

Bij heelkunde is 92% van de dubbele diagnoses voor de behandeling van spataderen (varices van onderste extremiteiten, 110004230101), bij plastische chirurgie gaat het vooral (63%) om eenvoudige eenmalige consulten zonder behandeling (110000010011). Ook bij deze DBC's lijkt het rechtmatig om meerdere DBC's per diagnose te declareren.

Bij neurologie gaat het echter in 92% van de gevallen om een regulier poliklinische vervolgbehandeling die hier niet nader wordt genoemd, vanwege eventuele herleidbaarheid naar individuele instellingen. Bij de hier bedoelde prestatie sluiten steeds de openings- en sluitdata op elkaar aan. Er lijkt hier geknipt te zijn.

Conclusie

Gerekend over alle specialismen heen komen meerdere DBC's voor dezelfde diagnose per verzekerde in ZBC's minder vaak voor dan in alle DBC-plichtige instellingen. Echter omdat individuele ZBC's, in tegenstelling tot algemene en academische ziekenhuizen, slechts enkele specialismen en behandelingen kennen, is deze vergelijking niet helemaal eerlijk. Per specialisme zien we zowel 'positieve als 'negatieve' verschillen tussen ZBC's en ziekenhuizen. Bij de specialismen waar binnen een ZBC meerdere DBC's voor dezelfde diagnose per verzekerde vaker voorkomen dan in alle DBC-plichtige instellingen, lijkt dit meestal verklaarbaar door de specifieke behandelingen die voor dat specialisme in een ZBC's worden gedaan.