REDACTIONEEL

De diagnose-behandeling-combinatie (DBC): haarlemmerolie of een werkzaam recept voor de ggz?

J.L. KLOMPENHOUWER

De Nederlandse gezondheidszorg is in de ban geraakt van een nieuwe bekostigingsmethodiek, de diagnose-behandeling-combinatie. Vanaf 1 januari 2005 is deze nieuwe methodiek van toepassing op de algemene ziekenhuizen. Alles wijst er inmiddels op dat de geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 2006 zal volgen, althans de zogenaamde '*cure*' (de ambulante behandelingen en alle klinische behandelingen met een duur van minder dan 1 jaar). Het bijzondere aan deze gang van zaken is dat er brede consensus lijkt te bestaan over de invoering van de DBC-methodiek, zonder dat vooraf is getoetst of de methodiek valide kan worden toegepast en wat de gevolgen zullen zijn voor de beroepsuitoefening. Aan deze ontwikkeling liggen geen nieuwe vakinhoudelijk ontwikkelingen ten grondslag. De belangrijkste drijfveren zijn op zich legitieme, politiek-strategische overwegingen van zowel de beroepsgroep, de ggz-organisaties als de overheid. Vanuit het perspectief van de beroepsgroep is het van groot belang de aansluiting met de overige medisch specialisten niet te verliezen. Voor de ggz-organisaties staat de mogelijke overgang van de 'cure' vanuit de AWBZ naar het compartiment van de algemene gezondheidszorg op het spel, aangezien de overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) deze overgang afhankelijk heeft gemaakt van de invoering van de DBC-methodiek. De overheid op haar beurt wil graag een markt van vraag en aanbod creëren voor de gezondheidszorg. De consumenten (of verzekeraars) moeten op deze markt een keuze kunnen maken gebaseerd op inzicht in prijs en aard van de behandeling (transparantie). De invoering van de DBC-methodiek moet dit allemaal mogelijk maken. De praktijk is echter weerbarstig en laat zich niet altijd omschrijven in een dergelijk simpel model.

De DBC-registratie in de psychiatrie start met het stellen van een diagnose (het 'openen' van de DBC) aan de hand van de classificatie volgens de DSM-IV (bijvoorbeeld een depressieve stoornis). Vervolgens worden alle activiteiten die voortvloeien uit de classificatie 'depressieve stoornis' (zoals diagnostische/therapeutische gesprekken, voorschrijven van medicatie, psycho-educatie, cognitieve psychotherapie en overleg met verwijzers of collega's) tot op de minuut nauwkeurig geregistreerd. De psychiater zal dit voor al zijn patiënten moeten doen. Is de behandeling afgerond en de registratie compleet, dan wordt de DBC 'gesloten'. Aangevuld met een methodiek om de kosten van ggz-organisaties toe te rekenen aan de betreffende DBC kan vervolgens exact worden berekend wat de behandeling van de DBC 'depressieve stoornis' heeft gekost. De gemiddelde kostprijs per DBC kan vervolgens inzet worden van de onderhandelingen met de verzekeraars. De zorgverzekeraars kunnen op grond van de prijs en de geboden behandeling besluiten hoeveelheden DBC's in te kopen bij een ggz-organisatie. Als er aan alle verwachtin-

gen wordt voldaan, ontstaat er aldus een markt van vraag en aanbod met de mogelijkheid om te concurreren op basis van prijs en aard van de behandeling. De betaling van de psychiater kan met deze methodiek verlopen volgens het principe 'loon naar werken' en er ontstaat 'transparantie' voor de consument. Kortom: op het eerste gezicht is de DBC-methodiek de remedie tegen alle kwalen.

De vraag of de methodiek valide kan worden toegepast op ons vakgebied is daarmee echter nog niet beantwoord. De DBC-methodiek en de bijbehorende kostprijsberekening leent zich goed voor frequent voorkomende, eenduidige en enkelvoudige problematiek waarop een eenduidige en bij voorkeur gestandaardiseerde (geprotocolleerde) behandeling van toepassing is. Slechts wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan, zal de beoogde 'transparantie' worden bereikt en is een betrouwbare vergelijking van prijs en kwaliteit mogelijk.

Inmiddels heeft ons vakgebied zich, met de DSM-IV als diagnostisch instrument, zodanig ontwikkeld dat het realistisch is te verwachten dat een flink deel van onze werkzaamheden zonder kwaliteitsverlies in de DBC-methodiek kan worden gevat. Niet voor niets zijn er de afgelopen jaren een groot aantal richtlijnen en protocollen ontwikkeld. Het is zelfs niet uitgesloten dat door een meer algemene toepassing van deze richtlijnen en protocollen de kwaliteit zal verbeteren. Daar staat tegenover dat er in ons vakgebied ook deelgebieden zijn waarop toepassing van de DBC-methodiek tot surrealistische taferelen kan leiden. Het behoeft, voor psychiaters opgeleid in een Europese traditie, geen betoog dat classificatie en diagnostiek niet noodzakelijkerwijs hetzelfde zijn. De validiteit van onze diagnostiek is beperkt (Van Balkom 2004). Bovendien is bij het starten van de behandeling (bijvoorbeeld bij een crisisopname) de diagnostiek vaak nog in volle gang. Ook kan tijdens een reguliere behandeling de diagnostiek verder worden aangescherpt of gewijzigd. Bij Nederlandse patiënten is in ongeveer 45% van de gevallen sprake van comorbiditeit, dat wil zeggen dat patiënten voldoen aan meerdere classificaties volgens de DSM-IV (Ravelli e.a. 1998). Bij de huidige stand van zaken zal het voor deze groep noodzakelijk zijn om meerdere DBC's te openen om tot een adequate behandeling te kunnen komen. Het is bovendien niet uitgesloten dat deze 'comorbiditeit' bij nadere beschouwing berust op een artefact, geïntroduceerd door de DSM-IV-classificatie, en dat het in feite gaat om een samenhangende diagnose (Vollenbergh e.a. 2001). Kortom: met het invoeren van de DBC-methodiek belanden we ook midden in de methodologische beperkingen van onze classificatie en diagnostiek. Het is gerechtvaardigd te stellen dat naarmate de complexiteit van de diagnostiek toeneemt en de behandeling minder gestandaardiseerd verloopt, de validiteit en de bruikbaarheid van de DBC-metho-

diek afneemt. Waar de grens precies ligt, zal proefondervindelijk moeten blijken.

Het geheel overziend, is het waarschijnlijk dat binnen enige jaren een flink percentage (30-60%) van onze behandelingen geregistreerd en gedeclareerd zal worden conform de DBC-methodiek. De beoogde marktwerking zie ik niet van de grond komen, omdat de vraag blijvend groter zal zijn dan het aanbod. Bovendien zal de overheid het toch niet kunnen laten om te werken met een productieplafond of een budgetmaximum. Bij de huidige stand van zaken kunnen we voorzichtig concluderen dat invoering van de DBC-methodiek voor de beroepsuitoefening geen ongunstige ontwikkeling is zolang de grenzen van de validiteit van de methodiek worden gerespecteerd. Het zal niet eenvoudig zijn om die grenzen aan te geven. Tijdens de verdere ontwikkeling zal bovendien bijzondere aandacht nodig zijn voor de gebruiksvriendelijkheid van de programmatuur om een grote administratieve belasting te voorkomen. Het wordt de komende jaren een traject met veel onzekerheden en hoge ontwikkelingskosten. Het blijft verder een open vraag welk deel van de oorspronkelijke doelstellingen zal worden gerealiseerd.

LITERATUUR

Van Balkom, A.J.L.M. (2003). Hoe valide is onze diagnostiek? *Tijdschrift voor Psychiatrie, 45*, 313-314.

Ravelli, A., Bijl, R.V., & van Zessen, G. (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking: Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie, 40*, 531-544.

Vollenbergh, W.A., Idema, J., Bijl, R.V., e.a. (2001). The structure and stability of common mental disorders: The NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry, 58*, 597-603.