

DBC's: een Chinese menukaart

Verschenen in Zorgvisie magazine, september 2007

Wie kent niet de menukaart van de Chinees met honderden verschillende gerechten? Elke mogelijke combinatie van ingrediënten lijkt een eigen nummer te hebben. De menukaart ziet er indrukwekkend uit en zou nog indrukwekkender zijn als alle minder courante combinaties ook een nummer hadden gekregen. Maar zo'n lange menukaart is lastig te onderhouden en kost de klant te veel tijd bij het maken van zijn keuze. In de zorg lijkt een korte menukaart niet mogelijk te zijn. Door de invoering van diagnosebehandelcombinaties (DBC's) hebben we nu 113.457 prestatiecodes en 958 productgroepcodes¹. En per 1 januari 2008 komen daar nog 92.806 prestatiecodes en 6.629 productgroepcodes bij voor de GGZ-sector². Wat kan de zorg leren van de industrie?

Vallen en opstaan in de industrie

Het maken van een slimme menukaart is ook in de industrie een bekend probleem. Veel fabrikanten ontwikkelen productfamilies om aan de eisen en wensen van individuele klanten tegemoet te komen. Een productfamilie is modulair opgebouwd om de klant veel keuzevrijheid te geven terwijl tegelijkertijd de ontwikkel- en fabricagekosten in de hand gehouden worden. Een mooi voorbeeld van 'massa-individualisering' is de BMW 7-serie. Een relatief beperkt aantal verschillende motoren, interieuruitvoeringen, kleuren en opties resulteert uiteindelijk in 10¹⁷ (100 biljard) varianten waaruit de klant kan kiezen³. Dat zijn er veel meer dan ooit gebouwd zullen worden. Het is dan ook weinig zinvol om alle mogelijke varianten op voorhand van een code te voorzien. Dat inzicht is nu breed gedragen in de industrie, maar daar is wel een lang leerproces aan voorafgegaan. Net als de Chinees maakten fabrikanten vroeger een voorselectie van varianten in de hoop dat de wens van de klant naar het aanbod geleid kon worden. IJdele hoop, maar nog meer varianten coderen bleek een doodlopende weg te zijn. Grote aantallen codes bemoedigen immers het keuzeproces van de klant (wat is nu precies het verschil tussen variant 79377530750370 en variant 84730165225132?).

Ook het onderhoud is kostbaar omdat alle codes op voorhand een prijs moeten krijgen en herleidbaar moeten zijn naar de onderliggende onderdelen en handelingen. Samengestelde codes, waarbij elke code bestaat uit betekenisvolle groepjes van cijfers en letters zijn bruikbaar voor kleine stabiele productfamilies (postcodes bijvoorbeeld coderen voor de regio/stad, de wijk en de straat), maar daardoor verder ongeschikt. Niet alle klantkeuzes kunnen in een code worden ondergebracht en mensen gaan vertrouwen op de betekenis van de code waardoor het lastig wordt deze te veranderen. Een nieuwe aanpak was nodig. Onderzoek in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw resulteerde uiteindelijk in een nieuwe methode om grote aantallen varianten efficiënt vast te leggen. Deze methode staat internationaal bekend onder de namen 'product family modeling' en 'generic product structures' en kent twee belangrijke uitgangspunten: (1) scheid het keuzeproces van de klant van het maakproces van de fabrikant, en (2) leg de oorsprong van de variëteit vast (de basiskeuzes) en niet alle mogelijke varianten (de eindproducten).

DBC's de maat gemeten

Voldoet de DBC-systematiek aan deze twee uitgangspunten?

Daarvoor moeten we eerst kort beschrijven wat een DBC nu eigenlijk is. Een DBC "typeert het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist van het ziekenhuis consulteert"⁴. De DBC

combineert vier componenten⁵, namelijk de discipline (02=KNO-arts), het zorgtype (11=reguliere zorg), de diagnose (52=ontstoken amandelen) en de behandeling (114=poliklinische behandeling) tot één DBC-prestatiecode (02110000520114). Omdat er zoveel prestatiecodes zijn worden deze 'kostenhomogeen' geclusterd in een beperkt aantal productgroepen, die de basis vormen voor de onderhandelingen en het declaratieverkeer met de zorgverzekeraars. Elke prestatiecode heeft precies één productgroep (237101=poliklinisch consult door keel-, neus- en oorheelkunde) en een productgroep heeft gemiddeld 118 verschillende prestatiecodes.

De commissie Biesheuvel bepleit in 1993 de bekostiging van het ziekenhuis door "producttypering en prestatiebekostiging". Een platform van medisch specialisten start in 1994 met de producttypering en maakt een keuze voor DBC's. In 2002 starten ziekenhuizen met het registreren van DBC's. In 2005 verplicht de overheid ziekenhuizen om DBC's te declareren. Na ruim een halfjaar wordt het DBC-systeem geëvalueerd en worden bestuurlijke afspraken gemaakt over enkele knelpunten (ondermeer administratieve last, leesbaarheid factuur, vereenvoudigen systeem als geheel). In juni 2006 verschijnt het verbeterplan 'DBC's: eenvoudig beter' dat voor langere tijd de richting voor verbetering van het systeem aan moet geven.

1. DBC-Eindklassesetabel_v20070601 (<http://www.dbconderhoud.nl>), beperkt tot de nu geldende codes
2. CL-Prestatiecode (<http://www.dbcggz.nl>), beperkt tot de nu geldende codes
3. Melda Ormeci, Inventory Control in a Build-to-Order Environment
4. DBC-begrippen en -afkortingen (<http://www.dbconderhoud.nl>)
5. Het component 'zorgvraag' is weggelaten omdat deze zelden effect heeft op de prestatiecode

De DBC-systematiek voldoet deels aan het eerste uitgangspunt. Het zorgtype, de diagnose en de behandeling zijn 'leesbaar' voor de patiënt en zijn gescheiden van de technische handelingen die de specialist en zijn medewerkers uitvoeren. Maar de DBC-systematiek is wel monodisciplinair: een behandeling waarin meerdere specialismen betrokken zijn vereist meerdere DBC's, ook als het vanuit de patiënt één geheel van behandelingen is. Alsof je de carrosserie en het interieur van een auto apart moet bestellen en afrekenen. Dat betekent dat de productfamilie niet vanuit het perspectief van de klant gekozen is. Ook zijn er zeer grote verschillen tussen de specialismen, zowel met betrekking tot aantallen als verhoudingen van diagnosecodes, prestatiecodes en productgroepcodes. Is het ene specialisme zo anders dan het andere? Of wordt de DBC-systematiek anders toegepast?

Op het efficiënt vastleggen van de variëteit aan diagnosebehandelcombinaties is meer aan te merken. Met de DBC-componenten (discipline, zorgtype, diagnose en behandeling) zijn in elk geval vier oorzaken van variëteit vastgelegd. Het willekeurig combineren van deze vier oorzaken resulteert in ruim 74 miljoen combinaties voor ziekenhuizen en ruim 1 miljoen combinaties voor de GGZ-sector. Maar om te achterhalen welke combinaties zinvol (en toegestaan) zijn moet uitgeweken worden naar lange lijsten met prestatiecodes: 113.457 codes voor de ziekenhuizen en 92.806 codes voor de GGZ-sector (respectievelijk 0,15% en 7,7% van het theoretisch aantal combinaties). In de assemblage-industrie zijn deze

voorgedefinieerde combinaties inmiddels ondenkbaar: de productcatalogus benoemt de mogelijke keuzes en sluit de onmogelijke of commercieel niet gewenste combinaties expliciet uit. "Een sportonderstel combineert niet met een viercilinder diesel." Wie kent niet de brochures van autofabrikanten waarin met dichte bolletjes, open bolletjes, streepjes en voetnoten wordt aangegeven of een optie inbegrepen, kiesbaar, uitgesloten of onder voorwaarden kiesbaar is? Als het moeilijk is de niet toegestane combinaties eenvoudig te beschrijven moet serieus onderzocht worden of de DBC-componenten wel slim gekozen zijn. Een goede 'productfamilie' is immers modulair: klantkeuzes kunnen willekeurig gecombineerd worden en de niet toegestane combinaties spreken voor zich.

Het bijhouden van ruim 200.000 prestatiecodes kost ongetwijfeld veel moeite, maar het onderhoudsprobleem is daartoe niet beperkt. De prestatiecodes zijn namelijk samengesteld. Elke verandering van DBC-componenten leidt tot een herziening van de bestaande codes. Ook is het niet vanzelfsprekend om een nieuw DBC-component (bijvoorbeeld voor het vastleggen van de zorgzwaarte) toe te voegen. Dat kan eigenlijk alleen maar door de prestatiecode te verlengen met nog een groepje van betekenisvolle cijfers. Een extra DBC-component betekent ook meer zinvolle combinaties van keuzes en dus nog meer prestatiecodes. De menukaart wordt alleen maar langer.

Een ander belangrijk onderhoudsaspect is het toekennen van de juiste productgroepcode aan elke prestatiecode. De productgroepen zijn bedoeld om het grote aantal DBC's hanteerbaar te maken door kostenhomogene prestatiecodes te clusteren. En dat clusteren is gelukt. Een mooi voorbeeld is de productgroep 'spoedeisende hulp door urologie' (met code 620101) waarin maar liefst 4.940 prestatiecodes zijn geclusterd. Blijkbaar kunnen al deze combinaties van discipline, zorgtype, diagnose en behandeling voor dezelfde prijs uitgevoerd worden. Is dat echt zo, of keerde hier de wal het schip? In elk geval roept deze clustering opnieuw de vraag op of de DBC-componenten slim gekozen zijn. Waarom op detailniveau coderen om vervolgens zo veel codes weer te clusteren tot een algemene productgroep?

Is er hoop? Ja, de problemen worden onderkend en de zorg werkt aan vereenvoudiging. Is het voldoende? Ik denk het niet. Daarom is het goed als de zorg buiten de bestaande kaders kijkt en leert van anderen. Dit is het recept van de industrie: Denk niet in individuele producten, maar in productfamilies die ontworpen zijn voor hun marktsegmenten. De varianten van zo'n familie kunnen efficiënt geproduceerd worden doordat ze belangrijke overeenkomsten vertonen in productarchitectuur en fabricageproces. Beschrijf niet alle mogelijke varianten, maar de oorsprong van de variëteit. Benoem daartoe herkenbare functies die – zo veel als mogelijk – willekeurig gecombineerd kunnen worden. Gebruik geen samengestelde codes, maar communiceer in termen van de productfamilie en de gekozen functies. Leid hieruit de benodigde onderdelen en de details van het fabricageproces af. Vermeng de kostprijs van de onderdelen en het fabricageproces niet met de marktprijs van de functies. Blijf leren en verbeteren.

Freek Erens

Freek Erens is medeoprichter van Adapcare en is aan de Technische Universiteit Eindhoven gepromoveerd op het onderwerp massa-individualisering.

Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) typeert het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist van het ziekenhuis consulteert. De DBC is de declarabele prestatie.

Iedere DBC heeft een eigen unieke code, de DBC-prestatiecode, bestaande uit 14 cijfers. De code wordt achtereenvolgens opgebouwd uit twee tekens voor het medisch specialisme (de laatste twee cijfers van de AGB-code), twee tekens voor het zorgtype, twee tekens voor de zorgvraag, vier tekens voor de diagnose en vier tekens voor de behandeling.

DBC's zijn onderverdeeld in verschillende productgroepen op basis van (kosten)homogeniteit. Iedere productgroep heeft een unieke productgroepcode bestaande uit zes of zeven cijfers.