

Het DOT-effect

Onderzoek naar de impact van de invoering van DOT in Nederlandse ziekenhuizen

Auteurs: H.Y. Kwa
P. Hoofman
A. Sliedrecht

Datum: 1 november 2008

Versie: 1.0 definitief

De Praktijk

Postbus 136
6980 AC DOESBURG
Tel. 0313 - 483253
www.vandepraktijk.nl

Inhoudsopgave

1	INLEIDING	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Opdracht	3
1.3	Context van de impactanalyse.....	3
1.4	Leeswijzer	4
2	WAT IS DOT	5
2.1	Waarom DOT	5
2.2	De essentie van DOT	6
2.2.1	Andere DBC Zorgproducten	6
2.2.2	Ander administratief proces	10
2.2.3	Andere techniek	13
2.3	DBC Zorgproducten en DBC's naast elkaar.....	15
2.4	Planning DOT	15
3	DE IMPACT VAN DOT	16
3.1	ICT-systemen	19
3.2	Administratieve organisatie en interne controle (AO/IC)	23
3.3	Planning en control	28
3.4	Marketing en verkoop	32
3.5	Bestuurlijke aspecten	34
3.6	Toezicht en verantwoording	36
3.7	Overzicht van de activiteiten 2009-2010	37
4	KERNBEVINDINGEN	38
5	MANAGEMENTSAMENVATTING	40

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het project DBC's Op weg naar Transparantie (DOT) zorgt voor de ingrijpendste wijziging in het DBC-systeem sinds de invoering in 2005. Een grondige inventarisatie van de impact en de benodigde activiteiten in de Nederlandse ziekenhuizen is noodzakelijk om het nieuwe DBC-systeem zonder verstoringen zo soepel mogelijk te kunnen invoeren, en te gaan profiteren van de verbeteringen.

1.2 Opdracht

De NVZ Vereniging van Ziekenhuizen heeft De Praktijk gevraagd haar te ondersteunen bij het uitvoeren van een impactanalyse.. Deze analyse is bedoeld om een duidelijk beeld te krijgen van de consequenties van het project DOT in de Nederlandse ziekenhuizen.

1.3 Context van de impactanalyse

Bij het uitvoeren van de impactanalyse zijn de zogenaamde koploperziekenhuizen betrokken door middel van workshops. Dit zijn ziekenhuizen die zich hebben aangemeld om als eerste in 2009 te gaan proefdraaien met het nieuwe DBC-systeem. Door het betrekken van experts uit deze ziekenhuizen sluit de impactanalyse goed aan op de praktijksituatie, daar de informatie uit de ziekenhuizen zelf komt.

In de analyse zijn ten aanzien van DOT de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Het DOT-project 'is zoals het is'. Keuzes die gemaakt zijn bij de ontwikkeling daarvan worden gerespecteerd en zijn geen onderwerp van discussie.
- De invoering van DOT gebeurt volgens planning op 1-1-2010.
- Bij het werken met het nieuwe systeem conform DOT dient in de ziekenhuizen tenminste hetzelfde mogelijk te zijn als met de huidige DBC-systematiek.

Om het effect van een verandering te kunnen benoemen is in de eerste plaats uitgebreide kennis van de verandering zelf nodig. Met andere woorden: men moet de inhoud van DOT kennen om de gevolgen van DOT te kunnen benoemen. De workshops hadden daarom, naast het formuleren van impact, tevens als doel om informatie over DOT over te dragen.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de essentie van het DBC-verbeterplan DBC's Op weg naar Transparantie, en de achtergrond van het verbeterplan. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de analyse van de gevolgen van DOT op een aantal terreinen in de ziekenhuisorganisatie.

Hoofdstuk 4 bevat de kernbevindingen en hoofdstuk 5 de management-samenvatting.

Met name de impact van DOT (hoofdstuk 3) kan ook apart gelezen worden zonder het hele rapport door te hoeven nemen. Het is mogelijk dat hierdoor eerder vermelde informatie herhaald wordt.

2 Wat is DOT

Het project DOT, DBC's op weg naar transparantie, betekent een ingrijpende verandering van het DBC-systeem zoals dat vanaf 2005 in de Nederlandse ziekenhuizen gebruikt wordt. Om de impact van een dergelijke verandering te kunnen bepalen, is het noodzakelijk om te weten wat het DOT-project inhoudt, hoe er met het aangepaste systeem gewerkt gaat worden en hoe het zich verhoudt tot het huidige DBC-systeem.

2.1 Waarom DOT

Op basis van de ervaringen met het werken met het DBC-systeem heeft de NVZ in 2006 het document 'Verbeteren door vereenvoudigen' opgesteld waarin wordt gepleit voor vier ontwikkelrichtingen om het DBC-systeem te verbeteren:

- vergroting medische herkenbaarheid
- vereenvoudiging administratieve processen
- verbetering betrouwbaarheid
- ondersteunen onderhandelen.

De brancheorganisaties hebben op basis hiervan een 10-puntenplan¹ opgesteld ter verbetering van het DBC-systeem. Het DBC verbeterplan is voor DBC Onderhoud het uitgangspunt geweest bij de ontwikkeling van DOT. De volgende punten uit het verbeterplan zijn hierbij betrokken.

- (1) *Instellingen streven naar enkelvoudige vastlegging van gegevens ten behoeve van meervoudig gebruik.*
- (2) *De basisregistratie wordt verbeterd door gebruik van dezelfde gegevensdefinities en -begrippen (uniformering nomenclatuur) en gelijke registratieregels (uniformering toepassingsregels)*
- (3) *De ICD-10²-codering wordt gekoppeld aan de DBC-registratie.*
De ICD is een specialisme-overstijgende, internationale diagnoseclassificatie. Voor de DBC's geldt nu voor elk specialisme een eigen diagnoseclassificatie.
- (4) *Een medisch specialist registreert uiteindelijk alleen de diagnose en waar nodig de behandeling (in tegenstelling tot het huidige volledige typeren van een DBC)*

¹ DBC's eenvoudig beter, de kunst van het weglaten, opgesteld door: NVZ, NFU, NPCF, Orde, VWS en ZN (juni 2006)

² ICD = International Classification of Diseases (WHO). In Nederland wordt nu nog gebruik gemaakt van versie 9 van de ICD; de (landelijke) overgang naar ICD versie 10 is in voorbereiding.

- (5) *Een DBC wordt niet geregistreerd en gevalideerd, maar afgeleid uit de geregistreerde diagnose en vastgelegde verrichtingen*³.
- (6) *De ICT-infrastructuur werkt beter en slimmer in het ondersteunen van het administratieve proces, bijvoorbeeld door het koppelen van zorgactiviteiten middels ordercommunicatie.*
- (7) *Clustering op basis van diagnose als onderhandelingstool.*
Voor de onderhandelingen is er behoefte aan medisch herkenbare clusters van producten. Deze clusters worden idealiter gevormd rond de diagnose.

2.2 De essentie van DOT

Bovenstaande verbeterpunten zijn verwerkt in het DOT-verbeterplan. Na uitvoering van project DOT zullen in het DBC-systeem een aantal essentiële zaken veranderd zijn:

1. er komen andere producten (DBC Zorgproducten) uit het systeem
2. deze producten komen via een veranderd administratief proces van registreren, afleiden (in plaats van valideren) en accorderen tot stand
3. de gebruikte technieken zijn anders.

Deze paragraaf beschrijft de kern van deze essentiële veranderingen.

2.2.1 Andere DBC Zorgproducten

De DBC Zorgproducten bevatten net als DBC's een omschrijving van de diagnose en van de behandeling. Echter, bij DBC Zorgproducten wordt de diagnose gerelateerd aan de ICD-10, een specialisme-overstijgende diagnoseclassificatie. De behandeling wordt niet zoals bij DBC's aangeduid met een door de specialist vastgelegde behandelas, maar met een omschrijving die door een Grouper wordt bepaald op basis van de vastgelegde verrichtingen in het zorgtraject.

Doordat DBC Zorgproducten gebaseerd zijn op de ICD-10 kunnen deze producten - bijvoorbeeld voor de onderhandelingen - worden geclusterd volgens de indeling (in hoofdstukken en (sub)blokken) die binnen de ICD-10 wordt gehanteerd.

Met de introductie van DOT gaan de ziekenhuizen dus werken met een andere productcatalogus bestaande uit DBC Zorgproducten in plaats van DBC's. In 2009 is de eerste versie van de nieuwe productcatalogus be-

³ In dit rapport hebben 'verrichtingen' en 'zorgactiviteiten' dezelfde betekenis en worden als synoniemen van elkaar gebruikt.

schikbaar voor gebruik in 2010 en omvat monodisciplinaire⁴ producten. Na 2010 komt de volgende versie beschikbaar waarin voor bepaalde producten ook zorgzwaarte-indicatoren een rol spelen. Mogelijk worden daarin ook de eerste multidisciplinaire DBC Zorgproducten opgenomen.

Waarom andere producten

De huidige DBC-productstructuur kent een aantal tekortkomingen die bemerkerend werken in de verdere doorontwikkeling van de systematiek:

- Er zijn veel DBC's: ca. 100.000 DBC's waarvan ca. 30.000 regelmatig worden gebruikt.
- De DBC's zijn per specialisme ontwikkeld en niet integraal over alle specialismen heen. Gevolgen zijn onder andere:
 - voor een zelfde behandeling die door meerdere specialismen kan worden uitgevoerd bestaan meerdere DBC's met mogelijk verschillende tarieven.
 - De typeringsinstructies gelden per specialisme, en uit de geregistreerde data is gebleken dat er inconsistenties zijn.
- De DBC-productgroepen zijn medisch slecht herkenbaar, omdat bij de ontwikkeling destijds voornamelijk is gekeken naar het groeperen van kosten- en werklathomogene DBC's. Gevolg is dat in een productgroep verschillende diagnoses kunnen zijn ondergebracht.
- De diagnosecodering, de basis van de DBC, is per specialisme opgezet waardoor nu 24 verschillende diagnoseclassificaties aan de DBC's ten grondslag liggen. De classificaties sluiten bovendien niet aan op de internationale classificaties.
- De huidige DBC's bieden geen mogelijkheden de zorgzwaarte mee te wegen.

Relatie tussen DBC's en DBC Zorgproducten

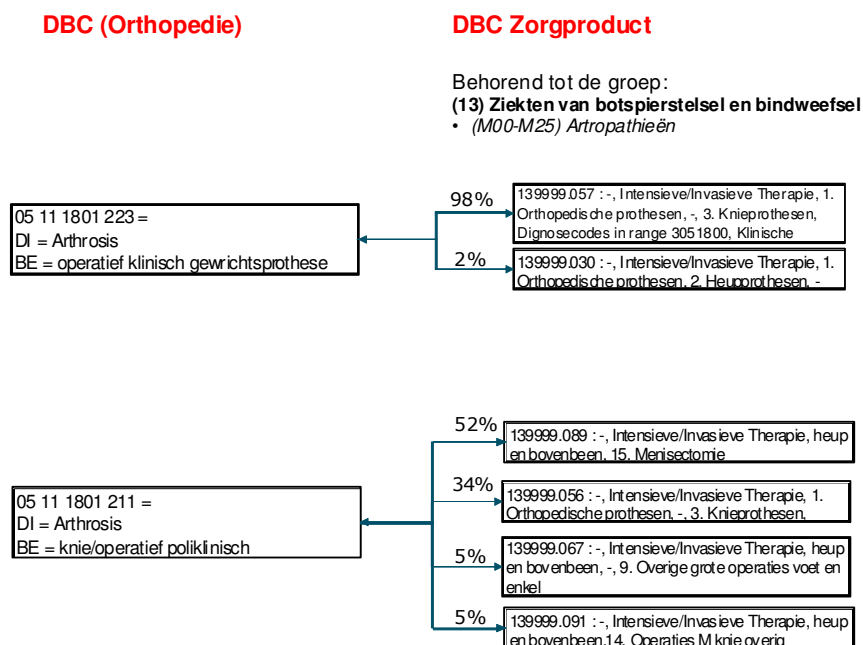
De DBC Zorgproducten zijn ontwikkeld met behulp van de DBC-registraties uit 2006/2007 die ziekenhuizen via de DIS hebben aangeleverd. Er is dus een relatie tussen de huidige DBC's en de toekomstige DBC Zorgproducten. De huidige DBC-productie kan omgerekend worden naar de toekomstige productie van DBC Zorgproducten.

De 'omrekening' wordt door DBC Onderhoud geleverd. Hiermee krijgen ziekenhuizen inzicht hoe de DBC's zich vertalen naar de DBC Zorgproducten. Deze omrekening is voor ziekenhuizen essentieel om op basis van de DBC-productiehistorie prognoses te kunnen maken over productie van DBC Zorgproducten. Door de invoering van de DBC Zorgproducten ontstaat immers een breuk in de historie op het punt van de overgang van DBC's naar DBC Zorgproducten.

⁴ Monodisciplinair: elk specialisme declareert een 'eigen' DBC Zorgproduct voor de door dat specialisme geleverde behandeling. Een DBC Zorgproduct kan echter wel door meerdere specialismen worden geleverd.

Een DBC Zorgproduct is geen geaggregeerd cluster van DBC's, ondanks dat het aantal (30.000 DBC's versus 3.000 DBC Zorgproducten) aanleiding geeft tot deze veronderstelling. De relatie is als volgt:

- één DBC kan naar één of meerdere DBC Zorgproducten omgerekend worden; in de omrekening is per DBC gespecificeerd voor welk percentage het terecht komt in welk DBC Zorgproduct (zie figuur 2-1);
- één DBC Zorgproduct kan 'ontwikkeld' zijn uit één of meer DBC's; per DBC Zorgproduct is gespecificeerd uit welke DBC's deze is samengesteld en voor welke percentage (zie figuur 2-2).



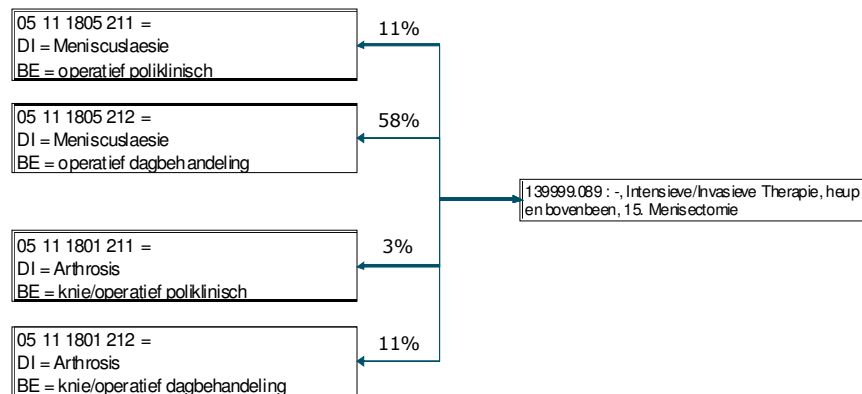
Figuur 2-1: Voorbeeld van een omrekening van een DBC naar meerdere DBC Zorgproducten. De DBC arthrosis, operatief klinisch met gewrichtsprothese ('nieuwe knie') komt voor 98% terecht in het DBC Zorgproduct behorend tot de ICD10-hoofdstuk 'Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel' en het blok 'Arthropathieën' met een intensieve/invasieve behandeling en een knieprothese. 2% komt in een vergelijkbaar DBC Zorgproduct terecht, echter bij de behandeling is een heupprothese ingezet. Het tweede voorbeeld is de DBC arthrosis, knie/operatief poliklinisch, die in meerdere DBC Zorgproducten terecht komt.

Voor de goede orde: het is niet zo dat na DOT in 2010 elke DBC die in de praktijk geregistreerd wordt, door de DBC Grouper omgerekend wordt naar een DBC Zorgproduct. De DBC Zorgproducten worden bepaald op basis van geregistreerde diagnose en vastgelegde verrichtingen (plus in eerste instantie ook zorgtype en zorgvraag). De omrekening van DBC's naar DBC Zorgproducten is een éénmalige rekenkundige exercitie om een vertaling te kunnen maken van een huidige DBC-productie naar een productie van DBC Zorgproducten, bijvoorbeeld ten behoeve van het behouden van aansluiting in productierapportages of het kunnen maken van – prognoses.

DBC (Orthopedie)

DBC Zorgproduct

Behorend tot de groep:
(13) Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel
• (M00-M25) Arthropathieën



Figuur 2-2: voorbeeld van een DBC Zorgproduct dat uit meerdere DBC's bestaat.

Naast deze DBC Zorgproducten die ontwikkeld zijn op basis van de DIS-data, komen ook DBC Zorgproducten beschikbaar die ontwikkeld zijn op basis van 'expert opinion'. Dit zijn met name producten voor UMC's en STZ-ziekenhuizen.

Overzicht verschillen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verschillen tussen de huidige DBC's en de DBC Zorgproducten.

DBC's (huidige producten)	DBC Zorgproducten (nieuw)
Ca. 30.000 stuks	Ca. 3.000 stuks (streven)
Indeling per specialisme	Indeling op basis ICD-10
Belangrijkste criterium: kostenhomogeniteit	Belangrijkste criteria: medisch herkenbaar (diagnose), kosten- en werklasthomogeniteit, volume
Het zorgproduct (de DBC) wordt <u>geregistreerd</u> door medisch specialist (door registreren van zorgtype, zorgvraag, diagnose, behandelas)	Het DBC Zorgproduct wordt <u>afgeleid</u> (uiteindelijk op basis van de geregistreerde zorgtype, zorgvraag en diagnose, en de geregistreerde verrichtingen in het zorgprofiel)
Dezelfde zorg die door meerdere specialismen wordt geleverd, heeft verschillende DBC's	Dezelfde zorg die door meerdere specialismen wordt geleverd, heeft één DBC Zorgproduct

2.2.2 Ander administratief proces

Typeren van de geleverde zorg

Ten aanzien van het typeren van de geleverde zorg voor de facturering is er een belangrijk verschil tussen DBC's en DBC Zorgproducten.

In de huidige systematiek typeert de medisch specialist de geleverde zorg door een volledige DBC te registreren. Vervolgens wordt de geregistreerde DBC gevalideerd door te controleren of de bij die DBC behorende essentiële verrichtingen daadwerkelijk zijn vastgelegd in het profiel. In de nieuwe situatie registreert de medisch specialist uiteindelijk alleen de diagnose. Het DBC Zorgproduct wordt afgeleid uit de combinatie van de geregistreerde diagnose en de bij de behandeling geregistreerde verrichtingen (= het zorgprofiel). Het afleiden gebeurt door de Grouper. Daarna heeft de medisch specialist de mogelijkheid om te controleren of het afgeleide DBC Zorgproduct de geleverde zorg juist beschrijft.

Deze wijziging in volgorde laat zich middels onderstaande tabel schematisch uitdrukken.

DBC's (huidige producten)	DBC Zorgproducten (nieuw)
Medisch specialist bepaalt het product	Het systeem bepaalt het product
Het systeem controleert	Medisch specialist controleert

Er zijn nog geen richtlijnen hoe deze controles ter vervanging van de huidige DBC-validatie dienen te worden ingericht.

Een suggestie is om de arts bij de start van de behandeling te vragen het behandelplan op te geven, bijvoorbeeld door aan te geven welke (essentiële) verrichtingen uitgevoerd gaan worden en tot welke mogelijke DBC Zorgproducten de behandeling kan leiden. Het DBC Zorgproduct dat als resultaat uit de Grouper terugkomt kan vervolgens worden gecontroleerd met de zorgproducten in het behandelplan.

Registratie van geleverde zorg

Ten opzichte van de huidige situatie zijn de wijzigingen in de registratie van de geleverde zorg beperkt.

Kenmerken Registratie	
<i>Registratie</i> <i>Diagnose</i>	De huidige (DBC)diagnosecode wordt geregistreerd, deze wordt aangeleverd aan de Grouper, en daar vertaald naar een hoofdstuk/blok van de ICD-10 classificatie.
<i>Registratie</i> <i>Zorgtype,</i> <i>Zorgvraag</i>	Deze items uit de huidige DBC-typering blijven vooralsnog gehandhaafd.

<i>Registratie Zorgactiviteiten</i>	<p>Deze zijn onderdeel van het zorgprofiel en moeten dus worden geregistreerd.</p> <p>De tabel Zorgactiviteiten wordt uitgebreid om de geleverde zorg specifiek te kunnen registreren en geautomatiseerde afleiding door de Grouper mogelijk te maken.</p> <p>De registratie van zorgactiviteiten moet juist, volledig en tijdig zijn, omdat op basis van het zorgprofiel het DBC Zorgproduct wordt afgeleid. Zo niet, dan bestaat de kans dat een goedkoper DBC Zorgproduct wordt afgeleid omdat bij de diagnose een 'te mager' zorgprofiel (lichtere behandeling) is meegestuurd naar de Grouper.</p>
<i>Registratie dure en weesgeneesmiddelen</i>	<p>Nieuw is dat dure en weesgeneesmiddelen moeten worden geregistreerd in relatie tot het zorgtraject van de patiënt. Dit heeft gevolgen voor de registratie. De dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een 'zorgactiviteit'.</p>
<i>Registratie Behandelas</i>	<p>Voor het bepalen van het DBC Zorgproduct is het niet langer nodig een behandelas te registreren. De Grouper kijkt niet naar een geregistreerde behandelas, maar leidt een zorgproduct af op basis van de geregistreerde diagnose en geregistreerde zorgactiviteiten (verrichtingen).</p>
<i>Registratie Verwijzer</i>	<p>Het vastleggen van de externe huisarts, specialist of instelling danwel de interne verwijzer (ander specialisme) van de patiënt is nu al mogelijk als optie. Bij invoering van DOT is registratie van de verwijzer essentieel voor een goede afleiding door de Grouper en feitelijk dus 'verplicht'.</p>
<i>Registratie Nevendiagnose (nieuw)</i>	<p>Er ligt een voorstel om nevendiagnoses optioneel vast te leggen indien er sprake is van comorbiditeit of complicatie bij de behandeling. Het is bedoeld om de zorgzwaarte nader aan te duiden. In de DBC Zorgproducten die per 1-1-2010 worden gebruikt, is het element zorgzwaarte nog niet meegenomen. Het vastleggen van de nevendiagnose per 1-1-2010 is bedoeld om data uit het veld te verzamelen waarmee DBC Zorgproducten kunnen worden ontwikkeld die rekening houden met de zorgzwaarte.</p>

Registratie van Aanspraken

In het huidige DBC-systeem wordt de aanspraak op vergoeding van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld op DBC-niveau. Per DBC heeft het CVZ aangegeven welke aanspraak er in het kader van de Zvw bestaat, te weten voor vergoeding van zorg:

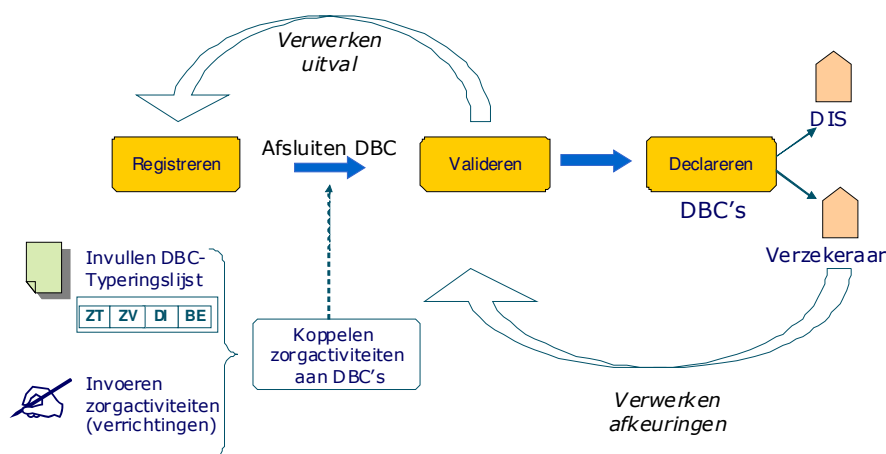
- a. uitgesloten van vergoeding door de Zvw (rood);

- b. onder voorwaarden in aanmerking komend (oranje);
- c. in aanmerking komend (groen).

Het streven is in de nieuwe productstructuur het aantal DBC Zorgproducten tot circa 3.000 te beperken. Het bepalen van aanspraak op het niveau van deze DBC Zorgproducten, zoals momenteel bij de DBC's het geval is, leidt naar verwachting tot een (te) sterke toename van het aantal zorgproducten. Bovendien is het DBC Zorgproduct als eenheid van aanspraak onvoldoende onderscheidend, aangezien aanspraak veelal aan een verrichting gerelateerd is. In overleg met het CVZ, VWS, NZa en zorgverzekeraars wordt onderzocht of de aanspraak bepaald kan worden op basis van de zorgactiviteiten. Concreet wordt de volgende werkwijze onderzocht: elke zorgactiviteit krijgt een kenmerk of het valt onder de 'rode', 'oranje' of 'groene' aanspraak. In de Grouper wordt vastgesteld of in het zorgprofiel rode of oranje zorgactiviteiten voorkomen, die essentieel zijn bij het bepalen (afleiden) van het DBC Zorgproduct. Indien daarin tenminste één rode zorgactiviteit voorkomt, zal bij het DBC Zorgproduct worden aangegeven dat het 'rood' (uitgesloten van aanspraak) is. Indien er sprake is van een oranje zorgactiviteit dan wordt aan de hand van het kenmerk 'medisch indicatie' (aanspraak op vergoeding op basis van de Zvw) nagegaan of er sprake is van een aanspraak. Het beschikken over een medische indicatie leidt tot een 'groen' DBC Zorgproduct (vergoeding op basis van de Zvw). Is er geen medische indicatie, dan wordt het DBC Zorgproduct 'rood' en is uitgesloten van vergoeding op basis van de Zvw.

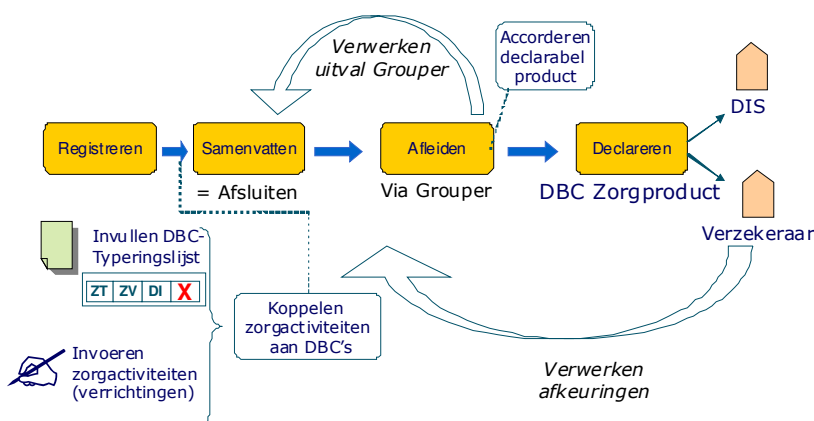
Van valideren naar afleiden

Met de invoering van DOT wordt het *valideren* van een DBC vervangen door het *afleiden* van een DBC Zorgproduct (uit de basisregistratie). Het huidige DBC-proces kent de stappen *Registratie*, *Validatie* en *Declaratie* (zie figuur 2.3). In DOT worden de volgende stappen onderscheiden: *Registratie*, *Samenvatten*, *Afleiden* en *Declaratie* (zie figuur 2.4).



Figuur 2-3: Het huidige DBC-proces

Bij de stap 'samenvatten' wordt de diagnose en het zorgprofiel van een patiënt verzameld over de periode waarover gedeclareerd mag worden. Dit kan een ziekenhuis op de huidige manier (via een koppelmechanisme) blijven doen. In dat geval is 'samenvatten' ongeveer hetzelfde als het huidige sluiten van een DBC en het koppelen van verrichtingen. Maar men kan bijvoorbeeld ook elektronische ordercommunicatie gebruiken om bij aanvraag van een verrichting al vast te leggen tot welk zorgtraject deze behoort.



Figuur 2-4: Het DBC-proces na invoering van DOT.

De gegevensset wordt naar de Grouper gestuurd. De Grouper leidt uit deze gegevensset het DBC Zorgproduct af. Het DBC Zorgproduct wordt vervolgens retour gestuurd naar het ziekenhuis, en in het ICT-systeem van het ziekenhuis van een prijs voorzien en gefactureerd. Deze gegevens dienen ook naar het DIS te worden gestuurd.

2.2.3 Andere techniek

Gebbruik van de Grouper

Voor het afliden van een DBC Zorgproduct uit de diagnose en het zorgprofiel wordt gebruik gemaakt van specifieke software (de Grouper) die als een zogenoemde webservice landelijk beschikbaar wordt gesteld. De Grouper wordt geleverd en onderhouden door DBC Onderhoud.

Het informatiesysteem van het ziekenhuis met daarin de geregistreeerde diagnoses en verrichtingen zal technisch moeten kunnen communiceren met de landelijke Groupersoftware.

De Grouper is feitelijk een beslisboom die op basis van de aangeleverde diagnose en verrichtingen in het zorgprofiel uiteindelijk tot een Zorgproduct komt. De beslisboom in de Grouper is transparant en de beslisregels worden door DBC Onderhoud inzichtelijk gemaakt.

Het gebruik van één landelijke Grouper betekent zekerheid dat de afleiding van het DBC Zorgproduct altijd volgens dezelfde en de dan geldende beslisregels gebeurt. Het DBC Zorgproduct dat door de landelijke Grouper is afgeleid krijgt een 'zegel' zodat de zorgverzekeraar en de DIS de zekerheid hebben dat de afleiding daadwerkelijk door de Grouper is gebeurd.

Kenmerken Grouper

<i>Landelijke Grouper</i>	Er is één landelijke Grouper. Deze wordt 'onder water' aangeroepen door de ziekenhuissystemen. De beslisregels voor het afleiden van DBC Zorgproducten en de updates daarop hoeven niet meer in de ziekenhuissystemen zelf te worden geïmplementeerd.
<i>De Grouper is 'geheugenloos'</i>	De Grouper leidt alleen af op basis van de aangeleverde gegevensset en bewaart geen informatie. De Grouper legt geen historie vast van afleidingen die gedaan zijn en 'weet' bijvoorbeeld niet dat een zelfde diagnose en zorgprofiel voor een zelfde patiënt al eerder is aangeboden.
<i>'Definitieve' en 'proef' afleidingen mogelijk</i>	De Grouper kan worden gebruikt voor zowel een 'proef'-afleiding als een 'definitieve' afleiding. Het verschil is dat bij een definitieve afleiding het resultaat (=DBC Zorgproduct) van een kenmerk ('zegel') wordt voorzien dat de afleiding door de landelijke Grouper is gebeurd. Zonder dit zegel is declaratie niet mogelijk ⁵ . Het aantal 'proef'-afleidingen is ongelimiteerd. De mogelijkheid om proefafleidingen uit te voeren vormt in combinatie met de 'geheugenloosheid' van de Grouper een goed (en kostenloos) alternatief voor lokale Groupers.
<i>De Grouper geeft een verantwoording van het afleidingsresultaat</i>	De Grouper stuurt bij elke afleiding een verantwoording mee over het afleidingsproces.
<i>De regels in de Grouper zijn te raadplegen</i>	Er komt een zogenaamde Zorgproduct-viewer beschikbaar waarmee per DBC Zorgproduct kan worden opgezocht welke diagnose en verrichtingen in de Grouper leiden tot een bepaald DBC Zorgproduct.
<i>De Grouper is altijd beschikbaar</i>	De Grouper is 7 dagen per week 24 uur per dag beschikbaar met uitzondering van geplande en aangekondigde onderhoudsuren (max. 4x per jaar)

⁵ Tegelijkertijd is een zorgproduct mét zegel geen garantie voor declaratie. Daarvoor is ook de verdere verwerking in het factureringsproces in het ziekenhuis van belang.

Kenmerken Grouper

De Responstijd en Capaciteit is voldoende

- Responstijd bij een afleidingsverzoek voor 1 patiënt: enkele seconden
- Verwerkingscapaciteit: ongeveer 30.000 aanvragen per uur

De Grouper is beveiligd

De Grouper en de omgeving waarop het 'gehosted' is, voldoet aan de normen voor Informatiebeveiliging in de Zorg (NEN7510)

2.3 DBC Zorgproducten en DBC's naast elkaar

Na de invoering van DOT in 2010 zal gedurende tenminste één jaar met twee systemen worden gewerkt: het DBC-systeem en het DBC Zorgproductensysteem. De afhandeling van alle zorgtrajecten die voor 1-1-2010 zijn geopend, dient te gebeuren volgens de regels van het DBC-systeem. Alle zorgtrajecten die op of na 1-1-2010 worden geopend dienen te worden verwerkt volgens de DOT-regels.

Dit impliceert onder meer dat tenminste in 2010 het valideren van DBC's en afleiden van DBC Zorgproducten naast elkaar blijven bestaan.

2.4 Planning DOT

DOT wordt per 1 januari 2010 ingevoerd. In het eerste kwartaal van 2009 wordt met het nieuwe systeem proefgedraaid in een aantal algemene en academische ziekenhuizen en ziekenhuizen met topreferente zorg. Het proefdraaien is primair gericht op het werken met de Grouper en het vormgeven van de nieuwe processen (samenvatten/afleiden) en de controles daarin.

In het kader van DOT zijn DBC Zorgproducten ontwikkeld, die in de plaats van de huidige DBC's komen. De nieuwe productcatalogus met DBC Zorgproducten wordt 1 december 2008 opgeleverd en 1 juli 2009 vindt de oplevering plaats van de bijbehorende tarieven van de kosten van ziekenhuizen en de normtijden medisch specialisten.

3 De impact van DOT

In hoofdstuk 2 is beschreven dat het DOT project betekent:

1. nieuwe producten
2. andere administratieve processen
3. andere techniek.

Deze vernieuwingen en veranderingen geven invulling aan de verbeterpunten zoals genoemd in hoofdstuk 2:

- de nieuwe producten maken clustering op basis van (ICD-10) diagnose mogelijk
- de gebruikte diagnoseclassificatie (ICD-10) is uniform en sluit aan op wereldwijde standaarden
- de introductie van 'afleiding' maakt volledig typeren van de DBC door de medisch specialist overbodig en opent de weg naar het enkelvoudig vastleggen van gegevens voor meervoudig gebruik
- de begrippen worden geüniformeerd (uniformering nomenclatuur) evenals de registratieregels (uniformering toepassingsregels)
- door de landelijke centrale grouper wordt ICT slimmer ingezet.

Echter, deze vernieuwingen en veranderingen hebben ontegenzeggelijk effect op de ziekenhuisorganisatie. Onderzocht is wat de effecten van deze essentiële veranderingen zijn op:

- ICT systemen
- Administratieve organisatie en interne controle (AO/IC)
- Planning en controle (P&C)
- Marketing en verkoop
- Bestuurlijke aspecten
- Toezicht en verantwoording.

	ICT	AO/IC	Planning & control	Marketing & Verkoop	Toezicht & Verantw.
Ander productcatalogus					
andere profielen			x	x	
andere prijzen, normtijden	x		x	x	
ander managementinfo	x		x	x	x
Ander/groter B-segment (evt)			x	x	
Verandering werkproces					
geen validatiecontrole meer	x	x			
werken met Grouper	x	x	x		x
uitbreiding zorgactiviteiten		x			
aanspraken	x	x			
dure/weesgeneesmiddelen	x	x			

Het schema geeft aan welke veranderingen effect hebben op welke terreinen. In de volgende paragrafen zijn deze verder uitgewerkt.

Nieuwe producten

De invoering van DOT betekent dat er een compleet nieuwe productcatalogus wordt geïntroduceerd met DBC Zorgproducten. Deze producten komen in de plaats van de huidige DBC's. Een complicerende factor is dat ziekenhuizen in het introductiejaar van DOT (2010) zowel met DBC's als met DBC Zorgproducten moeten werken.

De introductie van een nieuwe productcatalogus met DBC Zorgproducten betekent het volgende:

- De nieuwe producten hebben:
 - andere zorgprofielen
 - andere kostprijzen en normtijden
 - andere verkoopprijzen.

- Het B-segment gaat andere producten omvatten. Een mogelijk gevolg is onder andere budgetherallocatie: van A- naar B-segment, maar ook tussen resultaatverantwoordelijke eenheden en units binnen ziekenhuizen.

- Managementinformatie is nog niet aanwezig:
 - Er is geen historie van deze nieuwe producten beschikbaar waarop een betrouwbare prognose van productie en opbrengsten kan worden gemaakt; wel kan uit de bestaande historie gebaseerd op DBC's een inschatting worden gemaakt voor de DBC Zorgproducten met behulp van de omreken tabel die door DBC Onderhoud wordt geleverd.
 - Er is nog geen benchmark informatie beschikbaar.

- Het werken met nieuwe producten vraagt om gewenning. De praktijk moet uitwijzen:
 - of de nieuwe zorgproducten alle zorg dekken die is geleverd; dit geldt in het bijzonder voor topklinische/toppreferente zorg
 - of het honorarium overeenkomstig de geleverde inzet is
 - welke gevolgen het samenvoegen van specialisme-specifieke DBC's tot specialisme-overstijgende DBC Zorgproducten heeft
 - of de nieuwe DBC Zorgproducten voldoende elementen in zich hebben voor een ziekenhuis om zich daarin in te kunnen onderscheiden.

Andere administratieve processen

De invoering van DOT brengt een verandering met zich mee in het proces van registreren en declareren:

- Het aantal zorgactiviteiten dat moet worden geregistreerd zal toenemen, mede vanwege de verplichting om dure/weesgeneesmiddelen in relatie tot het zorgtraject vast te leggen.

- Door DOT krijgen zorgactiviteiten wellicht een kenmerk over de aanspraak (op vergoeding van de geleverde zorg op basis van de Zorgverzekeringswet). Dit betekent dat bij het vastleggen van een zorgactiviteit met als kenmerk 'oranje'-aanspraak, moet worden opgegeven of hier een medische indicatie voor is (ja/nee). Zo ja, dan wordt het afgeleide DBC Zorgproduct vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet. Voor nadere toelichting, zie paragraaf 2.2.1/ Registratie van aanspraken.
- Er komen aangepaste uniforme registratieregels voor alle specialisten.
- Het registreren en valideren van DBC's wordt vervangen door het afleiden van DBC Zorgproducten:
 - hierdoor verandert de situatie van "medisch specialist registreert, systeem controleert" naar "systeem bepaalt, medisch specialist controleert"
 - daardoor neemt het belang van een juiste, tijdige en volledige registratie van zorgactiviteiten aanzienlijk toe
 - er moet een andere manier worden bedacht om het resultaat uit de Grouper te controleren; het uitvoeren van een end-to-end controle is niet meer mogelijk omdat er geen direct verband meer is tussen wat de medisch specialist vastlegt en wat gefactureerd wordt.
Toelichting: in de DBC-systematiek legt de medisch specialist een DBC vast, als alles correct verloopt, is deze DBC letterlijk zichtbaar op de factuur. Na DOT legt de medisch specialist een diagnose vast, worden elders verrichtingen vastgelegd, en verschijnt een DBC Zorgproduct op de factuur.
- *Samenvatten* en *afleiden* zijn nieuwe processtappen waar ten aanzien van de controlemogelijkheden nog veel onduidelijkheid over is; de accountant zal naar verwachting meer controles uitvoeren.

Andere techniek

- Hét meest kenmerkende technische element van het DBC systeem, de validatiemodule, wordt vervangen door de DBC Grouper. In veel ziekenhuizen gold: "begreep je de validatiemodule, dan begreep je DBC's". Een soortgelijk kennisniveau met betrekking tot de werking van de Grouper zal opgebouwd moeten worden.
- Administratieve prestaties worden nu afgemeten op basis van validatieuitval. Controle vindt nu plaats op basis van validatieresultaten. De administratieve procesprestaties zullen nu opnieuw vorm gegeven moeten worden op basis van Grouper-resultaten.
- Het ZIS zal aangepast moeten worden om te communiceren met de Grouper.
- Het handmatig onderzoeken van de validatietabellen leidde tot een groter begrip van het DBC systeem. Hiervoor in de plaats komt de

zogenaamde Zorgproduct-viewer waarmee kan worden geraadpleegd welke diagnose en verrichtingen in de Grouper leiden tot een bepaald DBC Zorgproduct.

Kortom, een kernonderdeel van het DBC systeem verandert ingrijpend.

3.1 ICT-systemen

Eén van de doelen van DOT is om ICT slimmer en efficiënter in te zetten. Op landelijke schaal manifesteert zich dit in de Grouper, die het noodzakelijke reguliere tabelonderhoud in de ziekenhuizen vermindert. Resultaat is een lagere beheerslast en kortere doorlooptijden van de verwerking van updates in afleidregels. Ook lokaal, in de ziekenhuizen, heeft DOT impact op de ICT, onder te verdelen in impact op:

- ICT-systemen waarin geregistreerd en gevalideerd wordt
- ICT systemen waarin gedeclareerd wordt
- ICT systemen die controles op registraties en declaraties ondersteunen
- ICT systemen die managementinformatie leveren.

De Nederlandse ziekenhuizen gebruiken voor bovenstaande processen verschillende ICT-systemen met verschillende inrichtingen en in verschillende samenhang. De impact van DOT op de ICT in Nederlandse ziekenhuizen is daarmee wisselend. Elk ziekenhuis zal tot op zekere hoogte haar eigen specifieke impact op het gehele ICT-park moeten vaststellen. De ziekenhuizen zijn hiertoe pas in staat als de technische specificaties van de DBC-systeemaanpassingen door DBC Onderhoud vrijgegeven zijn. Aanvullend daarop is voldoende kennis over het hoe en waarom van DOT, het resultaat van DOT in de vorm van DBC Zorgproducten, en de status van eventuele aanvullende wijzigingen zoals aanspraak noodzakelijk.

3.1.1. ICT-systemen

- | | |
|--------------------|---|
| <i>Verandering</i> | <ul style="list-style-type: none">• Er is een nieuwe productcatalogus.• De zorgactiviteitentabel wordt uitgebreid: meer zorgactiviteiten en meer informatie per zorgactiviteit moet worden geregistreerd.• De processtap 'valideren' in het eigen systeem wordt vervangen door de stap 'afleiden' via de externe Grouper• Het resultaat van de afleiding (= het DBC Zorgproduct) wordt van een elektronisch 'zegel' voorzien.• Het ICT-systeem moet gedurende tenminste een jaar 2 werkwijzen ondersteunen: registreren en valideren van DBC's naast verwerken van door de Grouper afgeleide DBC Zorgproducten. |
|--------------------|---|
-

3.1.1. ICT-systemen

Impact

Registratie

- De DBC behandelas wordt niet meer geregistreerd.
- De zorgactiviteitentabel wordt uitgebreid.
- Bij registratie van 'oranje' verrichtingen moet een eventuele medische indicatie aangegeven worden.
- Voorkeuzelijsten met meest gebruikte verrichtingen ('top-10' lijstjes) zullen wellicht aangepast moeten worden.
- Afleiding van verrichtingen uit bijvoorbeeld geregistreerde consulten zal nagezien moeten worden op nieuwe zorgactiviteiten uit de zorgactiviteitentabel.
- Mogelijkheid dat de arts bij de start van de behandeling aangeeft welke (essentiële) zorgactiviteiten uitgevoerd gaan worden. Zie paragraaf 2.2.2./Typeren van de geleverde zorg.
- Aanpassen van geautomatiseerde systemen die de basisregistratie controleren.
- Het toegenomen belang van een volledige zorgactiviteitenregistratie betekent dat er hogere eisen gesteld worden aan deelsystemen waarin zorgactiviteiten geregistreerd worden en de koppelingen waarlangs deze in het ziekenhuissysteem terecht komen. Te laat koppelen van de zorgactiviteiten aan het zorgtraject kan leiden tot te lage productie en/of lagere geprijsde DBC Zorgproducten.

Samenvatten/Afleiden

- Het ICT-systeem moet het proces van samenvatten ondersteunen. Volgens planning zou DBC Onderhoud 1 oktober 2008 specificaties aanleveren.
- Verzamelen van de data voor afleiding door de Grouper: zowel ten behoeve van proef- als definitieve afleidingen.
- Realiseren van aansluiting op de Grouper.
- Doorlooptijd afleidingsproces: aandacht; kan invloed hebben op inrichting van het proces.

Controleren

- Verwerken/zichtbaar maken van resultaten Grouper ten behoeve van het controleren door de eindgebruiker of het verwachte DBC Zorgproduct ook het afgeleide DBC Zorgproduct is; maken benodigde overzichten ter ondersteuning verwerking.
- Aanpassen van geautomatiseerde aansluitcontroles.
- Verwerken uitval uit Grouper: nieuwe statusvoering, controle overzichten, ondersteuning verwerking.
- Aanpassen managementoverzichten: onder andere controle overzichten, voortgang in registratie en verwerking, uitvallijsten, productierapportages, onder handen werk, e.d.

3.1.1. ICT-systemen

Declareren

- Verwerken van afleidingsresultaat uit de Grouper tot een declaratie (opm.: het DBC Zorgproduct dat is afgeleid krijgt een 'zegel' als teken dat het resultaat werkelijk afkomstig is van de Groupers; dit gebeurt niet bij een proefafleiding. Het zegel moet meegestuurd worden in het EI declaratiebericht).
- Aanleveren aan de DIS.
- Aanpassen van controles door verzekeraars .

Managementinformatie

- Voor wat betreft data warehouse inrichting dienen kostprijsberekeningen, tabellen en profielen te worden aangepast. Ook zullen de schattingsmethoden voor bepalen van de productie op basis van de afgelopen periode moeten worden veranderd.
- De data warehouse zal om moeten gaan met de overgangsproblematiek.
- Noodzaak herijking benchmarks; trendanalyses moeten worden aangepast. Consequentie kan zijn dat er eigen parameter 'analyses' plaatsvinden.
- Meer en andere verrichtingen vraagt meer kostprijzen, vraagt ook een andere verdeling van bestaande kostprijzen. Met andere woorden: er treedt een herallocatie-effect op, wat weer gevolgen kan hebben voor de interne budgettering.
- Op basis van interne behoefte zal nader bepaald moeten worden of conversie van DBC's naar DBC Zorgproducten nodig zijn.

Werken met 2 systemen

- Gedurende 2009 wordt operationeel gewerkt met het DBC-systeem (registreren behandelas, valideren) en proefgedraaid met het nieuwe systeem (afleiden, grouper).
- Vanaf 2010 worden lopende DBC's op de oude manier afgehandeld en nieuwe zorgtrajecten op de nieuwe manier afgeleid.

Implementatie

- In 2009 moet proefdraaien mogelijk zijn op basis van productiedata zonder het productiesysteem te verstoren.
- Er zal projectleiding voor de implementatie nodig zijn.
- Overleggen met ICT-leverancier over benodigde aanpassingen (of: kennis nemen van welke aanpassingen de ICT-leverancier levert).
- Testen: voor zowel het proefdraaien als definitieve implementatie.

3.1.1. ICT-systemen

Training

- Werken met nieuwe en/of aangepaste functies: onder andere bij registratie en samenvatten/afleiden.
- Hoe om te gaan bij het werken met twee systematieken (DBC en DOT), m.n. bij het valideren/declareren en samenvatten/afleiden/declareren.
- Training geldt zowel voor de eindgebruikers als voor de helpdesk.

Overige

- Toenemende urgentie om ordercommunicatie/EPD te implementeren.
- Impact op onderhoud en beheer: er wordt minder beheersinspanning verwacht vanwege centrale updates op de grouper.

Verantwoordelijken

- Het ziekenhuis (= de eindverantwoordelijke voor ICT) draagt verantwoordelijkheid voor het (laten) realiseren van de benodigde technische aanpassingen.
- Hiertoe zijn technische specificaties van DBC Onderhoud benodigd.
- Het ziekenhuis zal op onderdelen (zoals hoe men het proces 'samenvatten' wil vormgeven) eigen specificaties moeten opstellen en met de ICT-leverancier moeten bespreken. Dit punt heeft grote aandacht nodig en dient met prioriteit te worden aangepakt.

Risico's

1. Het gevaar bestaat dat de invoering van DOT wordt beschouwd als een ICT-project. De veranderingen in bijvoorbeeld het administratieve proces en in de planning & control cyclus zijn minstens zo belangrijk.
 2. Veel specificaties zijn nog niet bekend, en niet altijd is precies duidelijk welke specificaties men wel en niet en van wie kan verwachten. Voorbeelden zijn specificaties met betrekking tot aansluiting op de Grouper; overige aanpassingen als gevolg van bijv. gewijzigde AO/IC, managementrapportages, aanvullende controlemaatregelen, etc. De afdeling Planning & Control dient aan te geven welke aanpassingen in de managementoverzichten nodig zijn.
 3. Bepaalde processen zoals 'Samenvatten' zijn nog niet helder genoeg. ("wat te doen met zwevende verrichtingen?", "wat moet er op de factuur komen") → men moet kennis hebben wat er qua ICT nodig is om met DOT te kunnen werken zodat de aanpassingen in de ZIS-systemen benoemd kunnen worden.
-

3.1.1. ICT-systemen

4. De doelstellingen van het proefdraaien zijn nog niet voldoende duidelijk geformuleerd. Voor 1-1-2009 dient dit duidelijk te zijn.
5. Richtlijnen en specificaties zijn te laat bekend of onvoldoende gespecificeerd om ICT-systemen nog aan te (laten) passen.

Maatregelen Zo spoedig mogelijk helder krijgen welke specificaties voor welke aanpassingen uiterlijk op welke datum nodig zijn.

3.2 Administratieve organisatie en interne controle (AO/IC)

De introductie van 'afleiden' en de toepassing van de ICD-10 classificatie binnen de DBC-systematiek opent de weg naar de uniforme éénmalige registratie van gegevens voor meervoudig gebruik. De administratieve organisatie en interne controle moet echter wel aangepast worden aan deze veranderingen. Hoewel de AO/IC sterk wordt bepaald door de kaderregeling AO/IC, heeft ieder ziekenhuis ook haar eigen, vaak op de mogelijkheden van het ICT-systeem gebaseerde controlemaatregelen ontwikkeld. In het algemeen zijn onderstaande aspecten van belang.

3.2.1. Registratie van het zorgtraject

Verandering

- Medisch Specialist typeert niet langer de DBC als product.
- Het nieuwe DBC zorgproduct wordt afgeleid uit de door de medisch specialist geregistreerde diagnose en de geregistreerde zorgactiviteiten.
- Nieuwe processtappen : samenvatten en afleiden.
- De zorgactiviteitenregistratie wordt uitgebreid.

Impact

Van typen naar afleiden

- De Medisch Specialist typeert niet langer zelf het product, maar wordt meer afhankelijk van een goede basisregistratie in het ziekenhuis op basis waarvan het DBC zorgproduct wordt afgeleid.
- Werken aan vertrouwen:
 - zowel voor wat betreft de registratie van zorgactiviteiten (door onder andere de resultaten uit de Grouper te laten zien)
 - als in de werking van de Grouper zelf (dat er geen fouten zitten in afleiding door de Grouper).

3.2.1. Registratie van het zorgtraject

- De bepaling van het Onderhanden Werk moet wellicht herzien worden (indien deze bepaald wordt door openstaande getypeerde DBC's fictief te valideren en tarifieren).

Zorgactiviteitenregistratie

- De noodzaak neem toe om zorgactiviteiten juist, tijdig en volledig te registreren zodat de Grouper op basis van het juiste profiel het juiste DBC Zorgproduct afleidt. Voorbeelden:
 - een verrichting aan een verkeerd zorgtraject koppelen (bijv. bij een paralleltraject) leidt tot een onjuist profiel dat naar de Grouper gaat en een onjuist DBC Zorgproduct
 - te laat invoeren (of importeren uit een ander systeem) van verrichtingen leidt niet meer tot uitval maar tot een 'magerder' zorgprofiel dat naar de Grouper gaat
 - onjuist registreren van de interne verwijzer (in voorkomende gevallen) bij het openen van een zorgtraject leidt tot een onvolledig profiel en een onjuist DBC Zorgproduct.
- De impact van de uitbreiding van de Zorgactiviteiten tabel is per ziekenhuis verschillend en wordt bepaald door de manier waarop het ziekenhuis nu omgaat met de registratie van verrichtingen:
 - Voor ziekenhuizen die nu al uitgebreid registreren met de CBV-verrichtingentabel, is de impact relatief gering; de uitbreidingen van de zorgactiviteitentabel zijn waar mogelijk gebaseerd op CBV-verrichtingen, waardoor bestaande CBV-verrichtingregistraties automatisch gekoppeld kunnen worden aan zorgactiviteiten.
 - Ziekenhuizen die nu alleen de CTG-verrichtingen vastleggen zullen wellicht meer moeten vastleggen om tot een juiste afleiding in de Grouper te komen.
 - Ziekenhuizen die nog veel op papier vastleggen zullen de formulieren moeten aanpassen wanneer meer zorgactiviteiten moeten worden vastgelegd.
- De Zorgactiviteiten tabel wordt uitgebreid met meer zorgactiviteiten zodat de geleverde zorg specifiek kan worden geregistreerd. Bovendien worden aanspraken en dure -/weesgeneesmiddelen ook via zorgactiviteiten vastgelegd (zie verder).

Scholing

- Er is meer en permanente scholing nodig en meer controles op de registratie zelf:

3.2.1. Registratie van het zorgtraject

- Naar verwachting zal er een grotere groep medewerkers gaan registreren (meer dan in de huidige situatie), niet meer op papier maar elektronisch. Van een grotere groep medewerkers zal de registratie gecontroleerd moeten worden.
- De noodzaak om ordercommunicatie in te voeren neemt verder toe.
- Ervaren medische administrateurs zijn onmisbaar. Zeker nu ook de diagnoseregistratie steeds belangrijker gaat worden en de ICD-10 over enkele jaren breder wordt ingevoerd.

Controle

- Met het wegvallen van de validatie-stap verdwijnt een controle-instrument op het op orde zijn van de verrichtingenadministratie:
 - Andere controles op het op orde zijn van de verrichtingenadministratie zijn nodig. De controle zal naar voren schuiven in het proces (verbandcontroles, registratietrends). Nieuwe controlerapportages zijn nodig.
 - Systemen die het gehele proces vanaf registratie tot en met facturatie monitoren zullen opnieuw moeten worden ingericht. Ziekenhuizen die van dergelijke systemen gebruik maken zullen alert moeten zijn dat de aanpassingen ook werkelijk zijn aangebracht bij de introductie van DOT.
 - Op dit moment zijn nog geen richtlijnen beschikbaar voor het uitvoeren van de nieuwe controles.
 - In de afgelopen periode hebben mensen ervaring opgedaan met het beoordelen van uitval van de validatie. Deze ervaring moet opnieuw worden opgebouwd en vereist het opnieuw leren omgaan met de informatie uit de Grouper.
- Het totale declaratieproces wordt naar verwachting langer. Mogelijk wordt langer gewacht met samenvatten om meer zekerheid te hebben dat alle verrichtingen zijn geregistreerd. Hierdoor komt ook de managementrapportage over de zorgproductie later beschikbaar. Het later opleveren van deze informatie heeft wellicht grote impact voor de verzekeraar in verband met het bepalen van de schadelast.

<i>Verantwoordelijke</i>	Raad van Bestuur (beleid), Controller en Zorgadministratie (uitvoering)
<i>Risico's</i>	<ul style="list-style-type: none">• Onvoldoende urgentie of middelen om de basisregistratie op orde te brengen.

3.2.1. Registratie van het zorgtraject

- Er is een te grote groep medewerkers die voor de invoering van DOT moet worden opgeleid.
- Oude (DBC) en nieuwe (DOT) werkwijze niet goed kunnen (onder)scheiden.
- Te veel nadruk op controles achteraf; te weinig aandacht voor maatregelen om registratie aan de bron te verbeteren.
- Verlies aan inkomsten: ziekenhuis en medisch specialisten.
- Geen beheersing over het proces: lange doorlooptijden, veel correcties, e.d.
- Geen goedkeuring accountant.

Maatregelen

- Werken aan (permanente) training van medewerkers en artsen ten aanzien van het registreren.
 - Werken aan discipline in het registreren.
 - (Landelijk niveau) Ontwerpen van een format voor het uitvoeren van de controles die het wegvallen van de validatie-stap kunnen ondervangen. Ziekenhuizen kunnen dit format gebruiken in de eigen organisatie.
 - Inventariseren in de eigen organisatie waar de potentiële knelpunten komen en let in het bijzonder op de ICT-systemen (plus overzichten) die het huidige controleproces monitoren en ondersteunen. Maak een plan voor de situatie met het werken met DOT.
 - Opleiden van medewerkers die nu betrokken zijn bij de validatie en het verwerken van de uitval.
-

3.2.2. De aanspraak wordt op niveau van zorgactiviteiten geregeld

Verandering

In het huidige DBC-systeem wordt de aanspraak op vergoeding van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet geregeld op DBC-niveau: er zijn 'rode', 'groene' en 'oranje' DBC's.

In overleg met het CVZ, VWS, NZa en zorgverzekeraars wordt onderzocht of de aanspraak bepaald kan worden op basis van de zorgactiviteiten. Concreet wordt de volgende werkwijze onderzocht.

In DOT krijgt elke zorgactiviteit een kenmerk of het valt onder de 'rode', 'oranje' of 'groene' aanspraak. In de Grouper wordt vastgesteld of in het zorgprofiel rode of oranje zorgactiviteiten voorkomen. Indien daarin tenminste één rode zorgactiviteit voorkomt, zal bij het DBC Zorgproduct worden aangegeven

	dat het 'rood' (uitgesloten van aanspraak) is. Indien er sprake is van een oranje zorgactiviteit dan wordt het DBC Zorgproduct alsnog groen wanneer er sprake is van een medische indicatie. Zo ja, dan wordt het DBC Zorgproduct vergoed, anders niet.
<i>Impact</i>	<p>In de huidige situatie met DBC's krijgt de arts de melding dat het gaat om een DBC met aanspraak (rood of oranje) en kan op basis daarvan samen met de patiënt beslissen over de behandeling.</p> <p>In de situatie met DOT krijgt degene die de zorgactiviteit invoert pas dit signaal en moet in voorkomende gevallen met de arts overleggen. Ook over het feit of er wel of geen sprake is van medische indicatie. Dit is een nieuwe activiteit.</p> <p>Een mogelijk alternatief is dat de arts bij de start van de behandeling aangeeft welke zorgactiviteiten hij wil uitvoeren en op basis daarvan een signaal (uit het systeem) krijgt over de aanspraak.</p>
<i>Verantwoordelijke</i>	Zorgadministratie. Medisch specialist
<i>Risico's</i>	Veel afkeuringen van declaraties en het corrigeren daarvan wanneer de procedure rond aanspraken niet goed geregeld is.
<i>Maatregelen</i>	Landelijk een procedure ontwerpen hoe dit probleem op de werkvloer op te lossen. Ziekenhuizen kunnen zelf beslissen of ze gebruik maken van deze procedure of een eigen procedure opzetten.

3.2.3. Registreren van het verbruik van dure en weesgeneesmiddelen bij een DBC Zorgproduct

<i>Verandering</i>	In de huidige situatie worden dure en weesgeneesmiddelen apart gedeclareerd, dat wil zeggen los van de DBC. Per 1-1-2010 kunnen deze middelen alleen als 'add on' bij een DBC Zorgproduct worden gedeclareerd. De vergoeding is bovendien gebaseerd op de toegediende hoeveelheid.
<i>Impact</i>	<ul style="list-style-type: none"> • De verpleging of de apotheek zal de toediening van het dure of weesgeneesmiddel (m.n. cytostatica) met de hoeveelheid moeten vastleggen bij het zorgtraject van de patiënt. Voor dure/weesgeneesmiddelen zijn hiertoe zorgactiviteiten opgenomen in de Zorgactiviteitentabel. • Deze bepaling geldt alleen voor die geneesmiddelen die door de NZa zijn aangegeven als een dure/weesgeneesmiddel. De verpleging of de apotheek moet dus weten om welke middelen het gaat (of door een systeem moeten worden ondersteund).

3.2.3. Registreren van het verbruik van dure en weesgeneesmiddelen bij een DBC Zorgproduct

- Sommige middelen uit deze lijst worden alleen vergoed bij een bepaalde indicatie. In die gevallen moet de arts/verpleging/apotheek ook aangeven dat het middel is toegediend vanwege die specifieke indicatie.

Verantwoordelijke

Medisch specialist, ziekenhuisapotheker

Risico's

Het missen van declaraties van deze middelen wanneer de registratie niet tijdig gebeurt.

Maatregelen

Opzetten van een procedure hiervoor. Eventueel moet met ICT-leveranciers (onder andere van ziekenhuisapothekersystemen) worden gesproken over aanpassingen aan hun systemen. Aanpassingen in ICT-systemen is nodig wanneer er grote aantallen worden ingevoerd.

3.3 Planning en control

Een veranderde administratieve organisatie, plus het gebruik van nieuwe zorgproducten, betekenen wijzigingen in de planning en control cyclus en de managementinformatie.

3.3.1. Er is een andere productcatalogus: DBC Zorgproducten in plaats van DBC's

Verandering

In de plaats van DBC's komt er een andere productcatalogus met DBC Zorgproducten met andere zorgprofielen, andere kostprijzen, normtijden en verkoopprijzen.

Door de overgang van DBC's naar DBC Zorgproducten ontstaat een breuk in de historie. De effecten hiervan zijn:

- Beperkt inzicht in productontwikkeling uitgedrukt in zorgprofielen.
- Productieprofiel en de prijzen zijn niet vergelijkbaar.

Als oplossing voor dit probleem levert DBC Onderhoud een 'omreken tabel' waaruit per DBC Zorgproduct kan worden bepaald welke DBC's en voor welke percentage daarin terecht zijn gekomen. Eenzelfde tabel is er voor de omrekening van DBC's naar DBC Zorgproducten. Dit levert inzicht in de relatie tussen DBC's en DBC Zorgproducten. Zie ook paragraaf 2.2.1/Relaties tussen DBC's en DBC Zorgproducten.

Impact

- Er is veel uitleg nodig over het hoe en waarom van de om-

3.3.1. Er is een andere productcatalogus: DBC Zorgproducten in plaats van DBC's

zetting. Een en ander kan tot onrust leiden. De praktijk zal leren of de DBC Zorgproducten de geleverde zorg (voldoende) dekt.

- Er zullen nieuwe prijzientabellen moeten worden gemaakt voor de DBC Zorgproducten. Het is niet duidelijk of het mogelijk is om de oude registratie door de Grouper te halen en te bepalen welke DBC Zorgproducten dat oplevert⁶.
- De inrichting van het interne budgetsysteem moet worden aangepast. Nu wordt dit veelal op basis van DBC's (de Top 10) toegeedeeld aan resultaatverantwoordelijke eenheden, clusters of divisies. Er is een opgebouwde kennis in de relatie kosten en opbrengsten. De opbrengstenstructuur wijzigt. Dit heeft effect op de kostenstructuur (zonder dat de kosten daadwerkelijk wijzigen, maar een toedeling van kosten aan). Er komt een nieuwe ordening van kosten en opbrengsten gerelateerd aan resultaatverantwoordelijke eenheden, clusters of divisies.
- Er is in drie jaar tijd een gevoel voor het werken met een bepaald budget- en registratiesysteem opgebouwd. Nu ontstaat onzekerheid door de nieuwe structuur. De overgang vraagt opnieuw gewenning en ontwikkeling van nieuwe referentiepunten. Dit gebeurt in een periode waarin meer risico's worden gelopen (groter B- segment).
- Er zijn mogelijk nieuwe prognosetechnieken (met andere formats) nodig om de productie achteraf (bv. over de maand) te kunnen vaststellen. De nieuwe prognosetechnieken hebben betrekking op onder andere:
 - analyse
 - nauwkeurigheid en risicomarge
 - vaststellen van de waarde van het onderhanden werk
 - vaststellen van het resultaat.
- Benchmarks moeten herijkt worden; trendanalyses aangepast.

<i>Verantwoordelijke</i>	Raad van Bestuur, Financiën
--------------------------	-----------------------------

<i>Risico's</i>	<ul style="list-style-type: none">• Onvoldoende kennis van de veranderingen.• Niet tijdig anticiperen op de veranderingen.
-----------------	---

⁶ Een van de redenen is dat in de oude registraties nog verrichtingen ontbreken die de Grouper nodig heeft om DBC Zorgproducten af te leiden.

3.3.1. Er is een andere productcatalogus: DBC Zorgproducten in plaats van DBC's

- Maatregelen*
- De veranderingen communiceren.
 - Doordenken van de gevolgen en de betrokkenen voorbereiden op een periode van onzekerheid.
-

3.3.2. Mogelijk wijzigingen in A en B-segment

Verandering Het B-segment zal mogelijk in 2010 verder worden uitgebreid. Deze verandering staat los van de invoering van DOT. Echter, de introductie van DBC Zorgproducten brengt intrinsiek ook een (kleine) uitbreiding van het B-segment met zich mee. In één DBC Zorgproduct kunnen namelijk zowel A-segment DBC's als B-segment DBC's terecht komen. Hierdoor komt het DBC Zorgproduct vanzelf in het B-segment terecht.

- Impact*
- Voor de bekostiging 2010 is het relevant tijdig de inhoud en omvang van het B-segment te weten. Wanneer deze wijzigingen pas op 1 oktober 2009 bekend zijn, is de voorbereidingstijd voor de onderhandelingen met verzekeraars te kort.
 - De herallocatie-effecten en de uitbreiding van het B-segment kunnen groot zijn. Wellicht dat de uitbreiding van het B-segment een grotere impact heeft op de management- en sturingsinformatie dan de wijziging van de productstructuur.
-

Verantwoordelijke VWS, NZa

Risico's Geen duidelijk beeld van de opbrengsten in 2010 en daarmee ook van de verdeling van de opbrengst naar de RvE's en divisies.

Maatregelen VWS, NZa en DBC Onderhoud dienen tijdig bekend te maken welke veranderingen wel en niet zullen plaatsvinden.

3.3.3. Gedurende tenminste een jaar zal gewerkt worden met zowel DBC's- als met DBC Zorgproducten

Verandering Na de invoering van DOT zal gedurende tenminste één jaar met twee systemen worden gewerkt: het DBC-systeem en DBC Zorgproducten. De reden is dat alle zorgtrajecten die voor 1-1-2010 zijn geopend afgehandeld moeten worden volgens de regels van het DBC-systeem. De zorgtrajecten die op of na 1-1-2010 worden geopend dienen te worden verwerkt volgens de DOT-regels.

<i>Impact</i>	<p>Dit betekent dat het ziekenhuis in elk geval in 2010 met twee systemen moeten werken; de doorloop zal ook in 2011 merkbaar zijn. Dit betekent onder meer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • werken met twee processen (valideren en samenvatten/afleiden) met elk hun eigen procedures en controles • een opbrengst die bestaat uit een mix van DBC's en DBC Zorgproducten • twee manieren van declareren: op de huidige manier en op de nieuwe manier (met 'verzegeling' van het DBC Zorgproduct) • ICT-systemen die beide werkwijzen dienen te ondersteunen (incl. de systemen die het totale traject van registreren tot en met facturen monitoren).
<i>Verantwoordelijke</i>	Raad van Bestuur, Controller en Zorgadministratie
<i>Risico's</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Veel fouten in de uitvoering bijvoorbeeld omdat procedures niet goed worden gevolgd. • Onduidelijkheid aan de opbrengstenkant door het werken met DBC's en DBC Zorgproducten. • Systemen die de hybride situatie onvoldoende ondersteunen. • Te laat inzicht in overlooppromblematiek. Bijvoorbeeld zorgtrajecten die in 2009 zijn gestart maar nog na 2010 doorlopen.
<i>Maatregelen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • (Op landelijk niveau en lokaal niveau) inventariseren welke problemen optreden bij het hanteren van twee systemen en oplossingen daarvoor vinden. • Zorg voor maximale nauwkeurigheid van de registratie, creativiteit in ICT-systemen, extra controlesystemen en wellicht verschillenanalyses.

3.4 Marketing en verkoop

Eén van de doelen van DOT is het verbeteren van de productkenmerken opdat clustering van zorgproducten ten behoeve van marketing en verkoop beter mogelijk is. Al naar gelang de huidige invulling van de marketingfunctie in het ziekenhuis betekent dit echter wel een breuk in de producthistorie op basis waarvan het marketingbeleid is bepaald.

3.4.1. Er is een andere productcatalogus: DBC Zorgproducten in plaats van DBC's

Verandering In de plaats van DBC komt een andere productcatalogus met DBC Zorgproducten met andere zorgprofielen, andere kostprijzen, normtijden en verkoopprijzen. Door de overgang van DBC's naar DBC Zorgproducten ontstaat een breuk in de historie.

DBC Onderhoud levert een 'omreken tabel' waaruit per DBC Zorgproduct kan worden bepaald welke DBC's en voor welke percentages daarin terecht zijn gekomen, en omgekeerd. Dit levert inzicht in de relatie tussen DBC's en DBC Zorgproducten.

Zie ook paragraaf 2.2.1/*Relaties tussen DBC's en DBC Zorgproducten*.

-
- Impact*
- De verandering heeft impact op de onderhandelingen met verzekeraars en de prijsstelling van de producten. Zie volgende tabel *Wijzigingen A- en B-segment* voor de uitwerking van dit punt.
 - De opbrengsten uit DBC moeten worden vertaald naar DBC Zorgproducten; er is inzicht nodig in onder meer:
 - wat de hoog-volume producten zijn
 - wat de DBC's zijn waar het ziekenhuis zich in kan onderscheiden en vaststellen of dit nog steeds geldt bij de overgang naar DBC Zorgproducten
 - wat de eventuele nieuwe DBC Zorgproducten zijn waarin het ziekenhuis zich kan onderscheiden
 - aan welke DBC Zorgproducten wordt verdiend en aan welke niet.
 - Voor DBC Zorgproducten moeten nieuwe (publieks)prijzen worden bepaald. Wellicht moet ook de productportefolio worden aangepast.
 - Door de DBC Zorgproducten komen er andere omschrijvingen op de nota's. Belangrijk is dat de omschrijving be-
-

grijpelijk is voor de patiënt (goede lekenvertaling). Verder mag het werken met DOT niet leiden tot de spook-nota's⁷ zoals in de beginperiode van de DBC's.

- Het is nog niet duidelijk of de nieuwe productstructuur van invloed is op het aanvragen van nieuwe DBC Zorgproducten. Ziekenhuizen die topklinische/toppreferente zorg leveren zullen zich in toenemende willen onderscheiden via DBC Zorgproducten, aannemelijk is dat de vraag naar ontwikkeling van nieuwe DBC Zorgproducten zal toenemen.

<i>Verantwoordelijke</i>	Directie verkoop en marketing
<i>Risico's</i>	Overeenkomsten met zorgverzekeraars met een ondeugdelijke prijs/kwaliteitverhouding.
<i>Maatregelen</i>	Bepalen wat de hoog volume DBC's zijn en de DBC's waarin het ziekenhuis zich in onderscheidt. Met alle beschikbare kennis nagaan in welke DBC Zorgproducten deze DBC's terecht komen en wat de consequenties daarvan zijn.

3.4.2. Mogelijke wijzigingen in het A en B-segment

<i>Verandering</i>	Het B-segment zal mogelijk in 2010 verder worden uitgebreid. Zie verder paragraaf 3.3.
<i>Impact</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Voor de voorbereidingen op de onderhandelingen met zorgverzekeraars is het van essentieel belang dat bijtijds bekend is (juli 2009) welke DBC Zorgproducten in het B-segment zitten en wat de prijzen/normtijden van de DBC Zorgproducten zijn. Anders worden offertes gemaakt gebaseerd op cijfers uit 2008 en alle risico's op foutieve prijzen en foutieve onderhandelingsresultaten. • Het werken met de nieuwe producten vergt gewinning in de onderhandelingen. De breuk in de historie maakt het nodig om opnieuw op zoek te gaan naar 'evenwicht'. De kans is groot dat bij de zorgverzekeraars ook niet voldoende kennis is over de nieuwe DBC Zorgproducten waardoor in de onderhandelingen alleen de prijs een rol speelt en kwaliteitsaspecten niet of onvoldoende worden meegewogen. • De DOT productstructuur maakt een betere clustering van DBC Zorgproducten mogelijk.

⁷ Spook-nota's: nota's met hoge bedragen voor een eenvoudig consult

<i>Verantwoordelijke</i>	VWS, NZa
<i>Risico's</i>	Geen duidelijk beeld van de opbrengsten in 2010 en daarmee ook van de verdeling van de opbrengst naar de RvE's en divisies.
<i>Maatregelen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • VWS, NZa en DBC Onderhoud dienen tijdig bekend te maken welke veranderingen wel en niet zullen plaatsvinden. • In vroegtijdig stadium communiceren met de zorgverzekeraar over de DBC Zorgproducten en hoe het ziekenhuis deze 'interpreteert'.

3.5 Bestuurlijke aspecten

In de productie van de huidige DBC's spelen medisch specialist en ziekenhuisbestuur ieder hun rol. Beiden zullen dus geconfronteerd worden met de DOT systeemwijzigingen. Dit heeft ook impact voor de onderlinge relatie.

3.5.1. DBC Zorgproducten met andere prijzen dan DBC's en mogelijke uitbreiding B-segment.

<i>Verandering</i>	Na DOT wordt gewerkt met nieuwe DBC Zorgproducten waarvan de prijs nu nog niet bekend is. Het bedrijfsresultaat zal op basis van andere producten en tarieven, die op een andere manier tot stand komen, bepaald worden. Het B-segment zal (mogelijk) worden uitgebreid en het A-segment wordt dan verder geschoond. Beide veranderingen vinden tegelijk met de invoering van DOT plaats.
<i>Impact</i>	In 2010 worden een aantal veranderingen doorgevoerd waarvan op dit moment niet duidelijk is wat de effecten zijn op de opbrengsten. Informatie hierover moet tijdig bekend zijn om de begroting voor 2010 op te kunnen stellen. De mogelijke wijzigingen in het A- en B-segment op 1 oktober 2009 veroorzaken een te korte voorbereidings-tijd op de onderhandelingen met de verzekeraars over de begroting 2010 indien hier niet tijdig over is gecommuniceerd.
<i>Verantwoordelijke</i>	Raad van Bestuur, Controller, Stafmaatschap
<i>Risico's</i>	Minder inkomsten dan begroot.
<i>Maatregelen</i>	Terughoudend kostenbeleid en sturen op kosten.

3.5.2. DBC Zorgproducten zijn specialisme-overstijgend

<i>Verandering</i>	De DBC's zijn specialisme-specifiek met eigen prijzen en normtijden. De DBC Zorgproducten zijn specialisme-overstijgend en hebben andere prijzen en normtijden. Ze kunnen leiden tot herallocatie bij DBC Zorgproducten die door meerdere specialismen worden geleverd.
<i>Impact</i>	Zolang niet bekend is wat de prijzen en normtijden van DBC Zorgproducten zijn, is nog geen zicht op wat de impact zal zijn op de verhouding tussen bestuur en medische staf. De impact kan bij aanzienlijke herallocatie-effecten groot zijn. Dit kan mogelijk effect hebben op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. De DBC Zorgproducten kunnen ook leiden tot tegenstrijdige belangen tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten/maatschappen.
<i>Verantwoordelijke</i>	Raad van Bestuur, Stafmaatschap.
<i>Risico's</i>	Noodzakelijke uitbreiding van maatschappen komt stil te liggen.
<i>Maatregelen</i>	Anticipeer op mogelijke herallocatie-effecten en bespreek dat voor.

3.5.3. Van valideren naar afleiden

<i>Verandering</i>	In de huidige DBC-systematiek registreert de specialist de DBC, en deze wordt gevalideerd op basis van in het ziekenhuis vastgelegde verrichtingen. In de nieuwe situatie wordt het DBC Zorgproduct afgeleid op basis van de diagnose van de medisch specialist en de in het ziekenhuis vastgelegde verrichtingen. Deze afleiding wordt gecontroleerd door de medisch specialist.
<i>Impact</i>	De medisch specialist wordt in eerste aanleg afhankelijker van een goede zorgactiviteitenregistratie in het ziekenhuis. De manier waarop het ziekenhuis de medisch specialist faciliteert in het uitvoeren van controles moet aangepast worden.
<i>Verantwoordelijke</i>	Raad van Bestuur, Stafmaatschap.
<i>Risico's</i>	Verlies aan inkomsten voor de medisch specialist. Wantrouwen in de kwaliteit van de ziekenhuisadministratie.

<i>Maatregelen</i>	Werken aan de kwaliteit van de registratie van zorgtrajecten, diagnoses en zorgactiviteiten. Werken aan wederzijds vertrouwen.
--------------------	---

3.6 Toezicht en verantwoording

De werktitel van het project DOT, DBC's Op weg naar Transparantie, betekent dat er transparantere, beter controleerbare DBC Zorgproducten verwacht mogen worden. Afleiding via de Grouper, en de medisch beter herkenbare producten zijn daar exponenten van. Er moet echter ook een aantal aanpassingen aan meer praktische zaken gedaan worden.

3.6.1. Er worden geen DBC's meer geregistreerd maar DBC Zorgproducten afgeleid.

Verandering Met DOT vindt geen validatie meer plaats van geregistreerde DBC's maar worden DBC Zorgproducten afgeleid uit de geregistreerde diagnose en zorgprofiel. Hierdoor is geen end-to-end controle meer tussen de registratie en dat wat op de factuur verschijnt.

Verder moet het onderhanden werk op een andere manier worden bepaald dan in de huidige situatie.
Zie ook paragraaf 3.2 en 3.3.

Impact

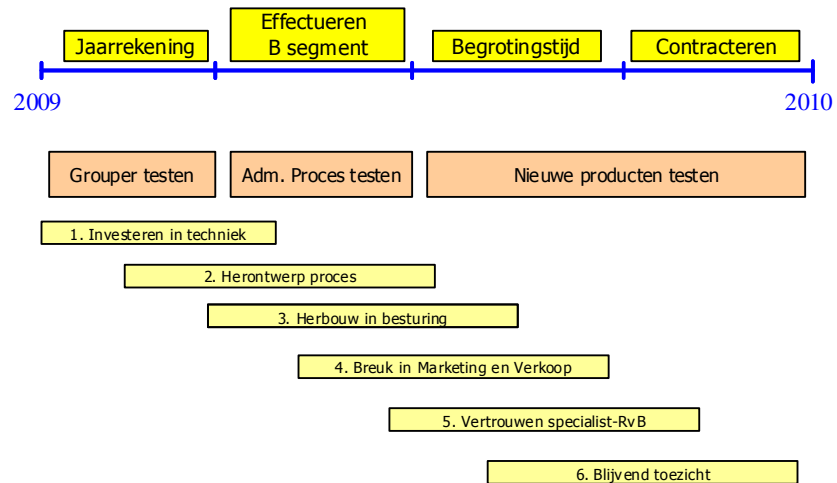
- Productieoverzichten en overzichten onderhanden werk t.b.v. verzekeraars moeten aangepast worden.
- Accountants zullen op een andere manier hun controles moeten uitvoeren.

Verantwoordelijke Controller.

Risico's Beperkte goedkeuring door de accountant.

Maatregelen Overleg met de accountant/ Coziek.

3.7 Overzicht van de activiteiten 2009-2010



Dit schema geeft een overzicht van de activiteiten in 2009 en 2010.

4 Kernbevindingen

De impactanalyse geeft inzicht in de gevolgen van de invoering van DOT voor de ICT, AO/IC, Planning en Control, de bestuurlijke aspecten en de verantwoording. In het vorige hoofdstuk zijn deze uitvoerig beschreven.

Naast deze systeemgerelateerde gevolgen is er tijdens het uitvoeren van de impactanalyse een aantal bevindingen geconstateerd die van belang zijn voor DOT. Deze bevindingen kunnen als volgt worden samengevat:

- *Er is kennisachterstand in ziekenhuizen ten aanzien van DOT geconstateerd.*
Op onderdelen vraagt men zich (nog) af wat DOT eigenlijk inhoudt en wat de gevolgen ervan zijn. Men vraagt zich bovendien af waarom het DBC-systeem, waar iedereen inmiddels aan gewend is, zo ingrijpend moet worden gewijzigd, waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt en wie daar de besluiten over heeft genomen. Mede door de kennisachterstand is de 'sense of urgency' nog niet overal in voldoende mate doorgedrongen en wordt nog niet voldoende nagedacht over de consequenties van de invoering van DOT en de maatregelen die moeten worden genomen.
- *Rond de invoering van DOT en het proefdraaien bestaat nog onduidelijkheid.*
Er zijn vragen over onder meer het doel en de reikwijdte van het proefdraaien, welke resultaten hiermee worden beoogd, wat er van de deelnemers wordt verwacht en welke ondersteuning zij mogen verwachten.
- *ICT speelt een essentiële rol in DOT; veel van de benodigde wijzigingen zijn echter nog niet duidelijk en/of gespecificeerd.*
De ICT-systemen moeten worden aangepast om met de Grouper te kunnen werken, om de nieuwe controleprocessen te kunnen ondersteunen en om nieuwe managementinformatie aan te leveren voor het werken met de DBC Zorgproducten.
Veel informatie (specificaties) over de benodigde wijzigingen is nog niet beschikbaar. Deze informatie moet komen van DBC Onderhoud (o.a. het werken met de Grouper, aanlevering aan de DIS), Vektis (facturering), koepels of landelijke werkgroepen (o.a. over hoe de nieuwe controles moeten worden ingericht) en het ziekenhuis zelf (o.a. over hoe de nieuwe managementinformatie moet worden vormgegeven). Het tijdig operationeel zijn van de ICT-aanpassingen is een kritische succesfactor voor het halen van de datum van invoering van DOT (1-1-2010).
- *Er is nog geen zekerheid of de opbrengsten van de DBC Zorgproducten wel aansluiten bij de huidige DBC-opbrengsten.*
De kostprijzen en normtijden van de DBC Zorgproducten komen pas 1 juli 2009 beschikbaar. Wel is in een eerder stadium bekend, namelijk per 1 december 2008, hoe de DBC's zich vertalen in de DBC Zorgproducten en omgekeerd.

- *In 2010 worden meerdere veranderingen tegelijk geëffectueerd die van invloed zijn op de opbrengsten van het ziekenhuis.*
In 2010 worden de nieuwe DBC Zorgproducten ingevoerd en vindt mogelijke uitbreiding van het B-segment plaats. Het is nog niet duidelijk welke effecten deze veranderingen hebben op de opbrengsten in 2010.
De kostprijzen en normtijden van de DBC Zorgproducten zijn 1 juli 2009 beschikbaar. Niet bekend is wanneer besluiten worden genomen over de toekomst van het FB-systeem en de mogelijke uitbreiding van het B-segment. Het tijdig bekend worden van de besluiten hierover is een kritische succesfactor.
- *Het werken met twee systemen (DBC's en DBC Zorgproducten) in 2010 maakt de invoering complex.*
Niet alleen zullen er tijdelijk twee werkprocessen zijn voor onder andere het controleren van DBC's en DBC Zorgproducten. Ook zal de opbrengst bestaan uit een combinatie van DBC's en de nieuwe DBC Zorgproducten.

Welk effect hebben deze veranderingen op de mensen in het ziekenhuis, de administratie, de declaratie, de kosten en opbrengsten en op het besluitvormingsprocessen ten aanzien van DOT?

Het beantwoorden van deze vragen valt buiten de scope van de impactanalyse. Echter, zonder daar specifiek onderzoek naar te hebben gedaan, is uit de workshopbijeenkomsten wel het volgende beeld ontstaan ten aanzien van de impact van DOT op de organisatie:

- Men krijgt nu pas een goed beeld van wat DOT inhoudt. In dat verband worden vragen gesteld over nut en noodzaak van de veranderingen, en of invoering op de geplande datum haalbaar is.
Hierbij moet worden opgemerkt dat ziekenhuizen die de zaken met DBC's ook al op orde hebben, minder opzien tegen de invoering van DOT dan de anderen die het nog niet op orde hebben.
- Het vervangen van de validatie van DBC's door samenvatten/afleiden geeft veel onrust. Men verwacht veel discussies met medisch specialisten over de declaraties van het honorarium en het feit dat een en ander afhankelijk is van de kwaliteit van de registratie van verrichtingen ('is deze wel betrouwbaar?'). Bovendien zien velen de Grouper als een blackbox: "het is maar afwachten of de Grouper het juiste DBC Zorgproduct afleidt".
- Er is een gevoel van onzekerheid over de inkomsten in 2010: te veel veranderingen die invloed hebben op de inkomsten worden tegelijkertijd ingevoerd.
- Men verwacht dat het operationeel houden van twee systemen veel extra inspanning en mankracht met zich meebrengt.
- Gezien de impact is de verwachting van de opstellers van dit rapport dat partijen in besluitvormingstrajecten voorzichtig zullen opereren.

5 Managementsamenvatting

In 2010 zal het huidige DBC-systeem sterk aangepast zijn door uitvoering van het DOT-project. Met de invoering van DOT veranderen drie essentiële zaken:

- Er komt een nieuwe productcatalogus bestaande uit circa 3.000 DBC Zorgproducten, die specialisme-overstijgend zijn en medisch beter herkenbaar dan de huidige DBC's.
- De producten komen via een ander administratief proces tot stand. De zorgproducten worden niet door de medisch specialist geregistreerd (en vervolgens gevalideerd) maar afgeleid uit de diagnose en de verrichtingen (het zorgprofiel) die bij de behandeling zijn geregistreerd.
- Het afleiden gebeurt middels nieuwe techniek, door de landelijke Grouper.

Deze veranderingen betekenen op hoofdlijnen het volgende.

Nieuwe productcatalogus

- Het ziekenhuis en de medisch specialisten moeten wennen aan de DBC Zorgproducten. Betrokkenen uit het veld die kennis hebben genomen van de nieuwe producten oordelen veelal positief over de medische herkenbaarheid en de mogelijkheid om de zwaarte van de geleverde zorg mee te laten wegen in de behandelprofielen.

De kennis en ervaring die er is ten aanzien van het werken met DBC's moet opnieuw worden opgebouwd na DOT. Er ontstaat een breuk in de historie van onder meer opgebouwde management- en benchmarkinformatie. De praktijk zal moeten uitwijzen of de DBC Zorgproducten de geleverde zorg in voldoende mate dekt.

De constatering is dat op dit moment de prijzen, normtijden en profielen van de DBC Zorgproducten nog niet bekend zijn. Het is ook nog niet duidelijk hoe de DBC's zich vertalen in de DBC Zorgproducten en omgekeerd. Deze informatie komt begin 2009 beschikbaar. Met uitzondering van de prijzen en normtijden, deze komen in juli 2009 beschikbaar.

- De DBC Zorgproducten zijn, in tegenstelling tot DBC's, specialisme-overstijgend en kunnen leiden tot herallocatie-effecten bij producten die door meerdere specialismen worden geleverd. Wanneer de effecten groot zijn, kan het invloed hebben op de zakelijke verhouding tussen bestuur en medische staf.
- Het werken met DBC Zorgproducten is van invloed op de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Beide partijen zullen moeten wennen aan de nieuwe producten en de kaders waarbinnen wordt onderhandeld. Ziekenhuizen zullen in de voorbereidingsfase moeten nagaan of ze zich in de nieuwe DBC Zorgproducten in dezelfde mate kunnen onderscheiden als met de bestaande DBC's.

Administratief proces

- De medisch specialist registreert vooralsnog grotendeels op dezelfde manier als bij DBC's. In de DBC Grouper wordt de DBC-diagnosecode vertaald naar ICD-10 codering, en de behandeling wordt niet langer bepaald door een geregistreerde behandelas, maar afgeleid op basis van de geregistreerde verrichtingen.
- Het werken met DBC Zorgproducten vraagt, meer dan in de huidige situatie, dat de registratie van verrichtingen juist, tijdig en volledig is (basisregistratie op orde). Bovendien zullen meer medewerkers dan nu verrichtingen moeten vastleggen, niet (alleen) op papier maar ook in ICT-systemen. Het belang van goed registreren moet worden overgebracht.
- Het wegvallen van de huidige DBC-validatie betekent dat op een andere manier gecontroleerd moet worden of de geleverde zorg ook resulteert in het beoogde DBC Zorgproduct. Er is behoefte aan richtlijnen die op landelijk niveau worden ontwikkeld en lokaal kunnen worden toegepast.

Techniek

- Het werken met een Grouper die het DBC Zorgproduct uit de registratie van het ziekenhuis afleidt vraagt om gewenning en maatregelen om tenminste hetzelfde te bereiken als in de huidige werkwijze met DBC's.
- De ICT-systemen zullen moeten worden aangepast. Niet alleen vanwege het werken met de Grouper maar ook omdat bijvoorbeeld nieuwe controles op de registratie en de afleiding via de Grouper worden gerealiseerd. Daarnaast zal de datawarehouse en de bestaande managementinformatie moeten worden aangepast aan het werken met DBC Zorgproducten. Het tijdig beschikbaar zijn van specificaties van de aanpassingen in de ICT-systemen is van essentieel belang. Niet alleen voor het werken met DOT maar ook in de voorbereidingsfase in 2009 wanneer ziekenhuizen moeten gaan onderhandelen met zorgverzekeraars en de budgetten moeten opstellen. De bestaande historische informatie over DBC's zal moeten worden omgerekend naar informatie over DBC Zorgproducten ten behoeve van het opstellen van de budgetten en de onderhandelingen met zorgverzekeraars.
- In heel 2010 wordt nog gewerkt met de twee systemen DBC en DOT. Ook in het daarop volgende jaar zal nog sprake zijn van een overloopeffect. Dit impliceert dat in de ziekenhuizen twee systemen met daarbij behorende werkwijzen en procedures operationeel zijn. Dit alles draagt bij aan de complexiteit.
- Het proefdraaien heeft enerzijds tot doel de technische infrastructuur te testen en anderzijds de organisatie voor te bereiden op de nieuwe werkwijze met onder andere de Grouper. Het lijkt niet de bedoeling te zijn dat de DBC Zorgproducten naar aanleiding van de bevindingen bij het proefdraaien worden aangepast.

Tijdens het uitvoeren van de impactanalyse is ook een aantal bevindingen geconstateerd die van belang zijn voor DOT:

- Er is kennisachterstand in ziekenhuizen ten aanzien van DOT.
- Rond de invoering van DOT en het proefdraaien bestaat nog onduidelijkheid.
- ICT speelt een essentiële rol in DOT; veel van de benodigde wijzigingen zijn echter nog niet duidelijk en/of gespecificeerd.
- Er is nog geen zekerheid of de opbrengsten van de DBC Zorgproducten wel aansluiten bij de huidige DBC opbrengsten.
- In 2010 worden meerdere veranderingen tegelijk geëffectueerd die van invloed zijn op de opbrengsten van het ziekenhuis.
- Het werken met twee systemen (DBC's en DBC Zorgproducten) in 2010 maakt de invoering complex.