Sint Maartenskliniek 75 jaar Specialist in beweging

Rapportage

Aandachtspunten voor de implementatie en aanbevelingen voor de doorontwikkeling van DOT

DOT experiment Sint Maartenskliniek Nijmegen

Leerdoel 3

Nijmegen, juni 2011

Inhoudsopgave

Inleiding 2

1. Aandachtspunten 3

2. Doorontwikkelingen DOT productstructuur 8

Contactgegevens 11

Inleiding

Sinds 2005 geldt voor de Sint Maartenskliniek Nijmegen een DBC experiment. Binnen dit experiment onderhandelt de Sint Maartenskliniek jaarlijks met alle zorgverzekeraars over alle DBC's voor de specialismen orthopedie, reumatologie, anesthesiologie en revalidatiegeneeskunde. Hierbij wordt per DBC een integraal tarief afgesproken hetgeen betekent dat zowel voor de DBC's in het A- en het B-segment vrije tariefonderhandelingen bestaan. Bekostiging en financiering zijn hiermee gelijk aan elkaar. De Sint Maartenskliniek maakt geen budgetafspraken en kent geen afzonderlijke budgetcomponenten en budgetparameters.

In 2010 is het DBC experiment afgerond. In 2011 is een nieuw experiment gestart op basis van dezelfde condities als het DBC experiment maar met nieuwe leerdoelen die gericht zijn op de verkenning van DBC's op weg naar Transparantie (DOT). Deze nieuwe experimentstatus is vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in beleidsregels vervat. De leerdoelen van dit nieuwe experiment zijn:

1. Financiële impactanalyse DOT;
2. Simulatie van onderhandelingen onder DOT met zorgverzekeraars;
3. Verdere ontwikkeling van DOT.

In deze rapportage zijn de aandachtspunten voor de implementatie van DOT en aanbevelingen in het kader van leerdoel 3 – Verdere ontwikkeling van DOT - opgenomen. Deze aandachtspunten en aanbevelingen zijn gebaseerd op de ervaringen die de Sint Maartenskliniek heeft opgedaan in het DOT experiment. Deze rapportage kan dan ook niet los worden bezien van de rapportages over de andere twee leerdoelen.

De rapportage start met het benoemen en toelichten van een aantal aandachtspunten voor de implementatie van DOT. In hoofdstuk 2 worden een aantal concrete aanbevelingen gedaan voor de doorontwikkeling van de DOT systematiek.

Nijmegen, juni 2011

1. Aandachtspunten

Op basis van de ervaringen uit de eerste twee leerdoelen heeft de Sint Maartenskliniek een aantal aandachtpunten opgenomen die voor andere ziekenhuizen, zorgverzekeraars en beleidsmakers ook van belang kunnen zijn om de invoering van de DOT systematiek succesvol te laten verlopen. Het betreft in willekeurige volgorde de volgende aandachtspunten:

- Consequenties van DOT en prestatiebekostiging dienen afzonderlijk inzichtelijk te blijven;
- Zorgverzekeraars moeten een inhaalslag maken voor invoering van de DOT systematiek;
- De invoering van de DOT betekent voor zorgverzekeraars een trendbreuk in zorg- en kostendata;
- De conversie van revalidatiegeneeskunde op basis van algemene rekenregels lijkt realistisch;
- Medebehandelaarschap kan leiden tot prijsverschillen in DOT zorgproducten;
- Basisperiode voor de DOT offerte wijkt af van de basisperiode voor een DBC offerte;
- Physician assistants en nurse practitioners mogen niet zelfstandig zorgactiviteiten registreren;
- DOT zorgproducten dienen selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars te ondersteunen;
- Tijdig betrekken medisch specialisten is essentieel;
- Communicatie naar patiënten en patiëntenverenigingen is van belang.

In dit hoofdstuk worden de hierboven genoemde aandachtspunten kort toegelicht.

Consequenties van DOT en prestatiebekostiging dienen afzonderlijk inzichtelijk te blijven

De invoering van de DOT systematiek betreft primair een wijziging van de financieringsystematiek voor ziekenhuizen. De invoering van DOT is echter gekoppeld aan een nieuwe bekostigingssystematiek (prestatiebekostiging) voor ziekenhuizen. In de communicatie en de oordeelsvorming over de beide onderwerpen worden DOT en prestatiebekostiging veelal als één geheel gezien en is het onderscheid tussen financiering en bekostiging voor betrokkenen niet altijd duidelijk. Ook binnen de Sint Maartenskliniek is dit een belangrijk punt, binnen de experimentstatus waren financiering en bekostiging binnen de Sint Maartenskliniek immers gelijk aan elkaar.

Het is van belang dat in de analyse van en communicatie over de wijzigingen, waarmee ziekenhuizen en zorgverzekeraars met ingang van 2012 te maken krijgen, inzichtelijk blijft welke consequenties het gevolg zijn van de nieuwe DOT (financierings)systematiek en welke veroorzaakt worden door de invoering van prestatiebekostiging. Dit maakt het mogelijk om de impact van de DOT-systematiek en de invoering van prestatiebekostiging voor alle stakeholders toe te lichten en noodzakelijke aanpassingen goed te duiden. Dit geldt bijvoorbeeld voor medisch specialisten die vanuit prestatiebekostiging te maken krijgen met een beheersmodel, maar in het kader van DOT ook worden geconfronteerd met andere eisen ten aanzien van de registratie.

Zorgverzekeraars moeten een inhaalslag maken voor de invoering van de DOT systematiek

Zorgverzekeraars zijn op dit moment vooral op bestuurlijk niveau betrokken bij de invoering van de DOT-systematiek. Net als bij ziekenhuizen raakt de invoering van DOT zorgverzekeraars in brede zin. Dit vraagt op verschillende niveaus binnen zorgverzekeraars aanpassing van beleid, inzicht, beheersmaatregelen en aanpassing van controles. In tegenstelling tot de ziekenhuizen lijkt de impactanalyse bij zorgverzekeraars vooralsnog minder aandacht te krijgen.

Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat zorgverzekeraars te maken krijgen met meerdere wijzigingen die los van elkaar consequenties hebben en ook risico's met zich meebrengen. Vooral de eisen vanuit Solvency II, het vervallen van de macronacalculatie, de afbouw van de ex post risicoverevening en de overheveling van zorgkosten uit andere segmenten naar het ziekenhuissegment staan bij de zorgverzekeraars op de agenda.

Tijdens de simulatie van de onderhandeling onder DOT, die in het kader van leerdoel 2 werd gehouden bleek dat zorgverzekeraars een informatieachterstand hebben ten opzichte van ziekenhuizen en nog onvoldoende zicht hebben op de operationele impact van DOT. De simulatie heeft er bij de betrokken zorgverzekeraars zeker aan bijgedragen dat meer zicht is ontstaan op de impact van DOT. Het is echter van belang dat zorgverzekeraars ook op operationeel niveau actief betrokken zijn bij DOT. Zorginkopers dienen tijdig bekend te zijn met de DOT systematiek, zodat zij in staat zijn de onderhandelingen op basis van DOT zorgproducten te voeren. Daar staat tegenover dat ziekenhuizen zich maar beperkt bewust zijn van de ontwikkelingen waar zorgverzekeraars mee te maken hebben.

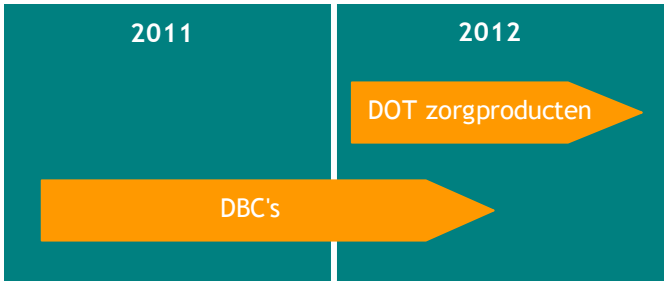
Overigens dient hierbij opgemerkt te worden dat het voor de Sint Maartenskliniek en de zorgverzekeraars moeilijk in te schatten is in hoeverre ook ziekenhuizen voortgang maken met de invoering van DOT en de voorbereiding op de onderhandelingen met zorgverzekeraars onder DOT.

De invoering DOT betekent voor zorgverzekeraars een trendbreuk in zorg- en kostendata

Zoals in de vorige paragraaf reeds toegelicht lopen zorgverzekeraars met ingang van 2012 meer risico. Door de DOT systematiek ontstaat voor zorgverzekeraars, meer dan voor ziekenhuizen, een trendbreuk in historische data die mede de basis vormen voor het inzicht in de zorgkostenontwikkeling (schadelast) van de zorgverzekeraar. Ziekenhuizen hebben in tegenstelling tot de zorgverzekeraars zowel in de DBC- als in de DOT systematiek inzicht in de productprofielen op het detailniveau van verrichtingen (zorgactiviteiten).

Zorgverzekeraars krijgen met ingang van 2012 te maken met declaraties op basis van DOT zorgproducten. Deze declaraties wijken af van de declaraties op basis van DBC's. Het zal enige tijd duren voordat zorgverzekeraars voldoende inzicht hebben verkregen in de wijze waarop het, op basis van DOT zorgproducten, mogelijk is een goede inschatting te maken van de zorgkostenontwikkeling. Daarnaast declareren de ziekenhuizen tot het einde van 2012 ook nog DBC's die in 2011 geopend zijn.

Figuur 1.1: overloop DBC declaraties naar 2011 en start DOT declaraties DOT in 2011



Uit de simulatie van de onderhandelingen onder DOT blijkt dat deze trendbreuk voor zorgverzekeraars een belangrijke kwestie is. Dit vindt onder andere zijn oorsprong in het feit dat de zorgverzekeraars geen beeld meer hebben in de schadelastontwikkeling en hoe zich dat zal verhouden tot hun specifieke beoordelingsrol op het gebied van de doelmatigheid van zorg.

Dit betekent dat zorgverzekeraars behoefte zullen hebben om aanvullende afspraken met ziekenhuizen te maken om voldoende zicht te houden op de ontwikkeling van de zorgkosten gedurende de transitie naar de DOT systematiek.

De conversie van revalidatiegeneeskunde op basis van algemene rekenregels lijkt realistisch

Revalidatiegeneeskunde wordt zowel in ziekenhuizen als in revalidatiecentra uitgevoerd en met ingang van 2012, na overheveling van de herstelgerichte geriatrische zorg, ook door verpleeghuizen.

De Sint Maartenskliniek heeft een eigen revalidatiecentrum. Binnen het DBC experiment dat in 2005 is gestart heeft de Sint Maartenskliniek eigen DBC's voor revalidatiegeneeskunde gedeclareerd. In 2009 is de Sint Maartenskliniek overgegaan naar de nieuwe landelijke DBC productstructuur. Het verschil met de andere aanbieders van revalidatiegeneeskunde is echter dat de nieuwe DBC productstructuur voor de Sint Maartenskliniek ook als bekostigingssystematiek van toepassing is, terwijl er bij andere aanbieders van revalidatiegeneeskunde sprake is van bekostiging op basis van RBU's en financiering op basis van DBC's.

Bij de invoering van de DBC systematiek voor revalidatiegeneeskunde in 2009 zijn specifieke regels afgesproken voor het openen en sluiten van DBC's. De DBC systematiek en de daarbij geldende productstructuur zijn grotendeels overgenomen in de DOT productstructuur. Bij de doorontwikkeling van de systematiek voor revalidatiegeneeskunde wordt de productstructuur met de bijbehorende registratieregels herzien. Uitgangspunt hierbij is dat de algemene registratieregels gaan gelden (DBC Onderhoud, toelichting op de registratieregels revalidatiegeneeskunde v20110512). Binnen Revalidatie Nederland wordt dit ook wel spoor II genoemd.

In de financiële impactanalyse DOT (leerdoel 1) heeft de Sint Maartenskliniek ook een conversie voor revalidatiegeneeskunde uitgevoerd. Dit is gedaan op basis van de algemene rekenregels (spoor II), zoals die zijn opgenomen in de productstructuur DOT die op 12 mei 2011 is uitgeleverd door DBC Onderhoud. Op basis van deze analyse constateert de Sint Maartenskliniek dat de algemene registratieregels en de nieuwe productstructuur goed toepasbaar zijn voor revalidatiegeneeskunde. Wel zijn op onderdelen waarschijnlijk nog kleine aanpassingen in de structuur wenselijk.

Het uitgangspunt zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit heeft opgenomen in het consultatiedocument Invoering prestatiebekostiging, waarin de NZa stelt dat het gewenst is direct over te gaan op de juiste productstructuur, lijkt dan ook realistisch.

Medebehandelaarschap kan leiden tot prijsverschillen in DOT zorgproducten

De Sint Maartenskliniek is een gespecialiseerde kliniek voor orthopedie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde. Dat betekent niet dat binnen de Sint Maartenskliniek alleen artsen werkzaam zijn die behoren tot deze drie poortspecialismen. Op basis van wettelijke verplichtingen en gezien de noodzakelijke zorg voor complexe patiënten zijn binnen Sint Maartenskliniek ook andere poortspecialismen werkzaam zoals: internisten, kinderartsen, geriaters, neurologen en plastisch chirurgen.

De Sint Maartenskliniek heeft voor deze specialismen op dit moment geen formele erkenning en kan voor deze poortspecialismen geen afzonderlijke DBC's in rekening brengen. Er worden ook geen B-segment DBC's afgesproken en vanwege integrale bekostiging op basis van DBC's ontvangt de Sint Maartenskliniek hiervoor dan ook geen budget. Dit betekent dat de Sint Maartenskliniek de medebehandeling door deze poortspecialismen in het profiel dient op te nemen en in de prijs van de DBC's van de orthopedie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde dient uit te onderhandelen. In een algemeen ziekenhuis wordt voor dit medebehandelaarschap een intercollegiaal consult van het betreffende specialisme in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar.

De invoering van prestatiebekostiging (70% vrij onderhandelbare zorg), de portfoliokeuzes van ziekenhuizen en de selectieve inkoop door zorgverzekeraars zal er toe leiden dat meer ziekenhuizen een beperkt aantal specialismen aan zullen bieden of zich verder zullen specialiseren. De specifieke problematiek waarmee de Sint Maartenskliniek binnen het experiment te maken heeft zal zich vermoedelijk bij meer ziekenhuizen voordoen.

Ook binnen de DOT systematiek bestaat het principe van medebehandelaarschap (zorgtype 51, traject interne ondersteuning). Dit betekent dat er verschillen in profielen en tarieven van DOT zorgproducten ontstaan die worden veroorzaakt door het toerekenen van kosten voor de inzet van andere poortspecialismen aan DOT zorgproducten of het juist niet toerekenen en het als separaat DOT zorgproduct declareren van het medebehandelaarschap.

Een mogelijke oplossing is ziekenhuizen, zoals de Sint Maartenskliniek, ook afspraken te laten maken over DOT-zorgproducten van andere poortspecialismen in het kader van intercollegiale consulten. Anders dient het verschil nadrukkelijk in het zorgprofiel te worden gepresenteerd en ook als zodanig te worden gehonoreerd door de zorgverzekeraars.

Basisperiode voor de DOT offerte wijkt van de basisperiode voor een DBC offerte

De afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen bestaan meestal uit afspraken op basis van een jaar. In de offerte wordt ook een inschatting gemaakt van een volume op basis van een jaar al dan niet met een inschatting voor het jaar waarover de offerte wordt uitgebracht. De Sint Maartenskliniek heeft gedurende het DBC experiment altijd op basis van een prijslijst DBC's per zorgverzekeraar - met daarin het tarief per DBC, het volume op jaarbasis, de omzet per DBC en de totale omzet per DBC – onderhandeld. Bij het opstellen van de prijslijst wordt gestart met een jaarvolume gebaseerd op een zo recent mogelijke periode. Het jaarvolume is gebaseerd op aantallen gesloten en gevalideerde DBC's in de betreffende periode van een jaar. Dit kunnen ook twee halve kalenderjaren (½ t-1 + ½ t) zijn.

Op basis van ervaringen uit de leerdoelen DOT constateert de Sint Maartenskliniek dat de specifieke registratie en afsluitregels binnen de DOT systematiek het lastig maken, om bij het opstellen van de eerste offerte op basis van DOT zorgproducten, uit te gaan van een jaarvolume op basis van gesloten en gevalideerde DBC's. Om een realistisch beeld te krijgen is het nodig uit te gaan van alle gesloten en gevalideerde DBC's tot en met een datum die minimaal 1 jaar naar afloop de datum ligt waarop de DBC's geopend zijn.

Physician assistants en nurse practitioners mogen niet zelfstandig zorgactiviteiten registreren

Binnen de Nederlandse ziekenhuizen vervullen de physician assistants en nurse practitioners een steeds belangrijkere rol bij de behandeling van patiënten. Ze ontlasten de medisch specialist en bieden de mogelijkheid voor ziekenhuizen om de kosten voor bepaalde behandelingen te verlagen. Formeel zijn de physician assistants en nurse practitioners niet gemachtigd zelfstandig zorgactiviteiten te declareren. Dit gebeurt thans altijd in een DBC, waarbij er nog altijd fysieke betrokkenheid van de medisch specialist vereist is. Het kan dus nu zijn dat uit de registratie niet blijkt dat aan dit formele toezichtvereiste (de supervisie) is voldaan, waardoor een product niet declarabel zou kunnen zijn conform huidige registratieregels voor DOT. Dit lijkt dan de inzet van de physician assistants en nurse practitioners tegen te gaan. Dit is geen wenselijke situatie en dient, mede gezien de druk op de beheersing van de zorgkosten, heroverwogen te worden. Temeer omdat zorgactiviteiten binnen de DOT-systematiek van groot belang zijn in de afleiding van zorgproducten.

DOT zorgproducten dienen selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars te ondersteunen

Zorgverzekeraars geven aan dat selectieve inkoop van zorg de komende jaren belangrijk zal worden bij de beheersing van kwaliteit en kosten. Selectieve inkoop is nu veelal gebaseerd op DBC's of groepen van DBC's. Er dient nog verkend te worden of DOT zorgproducten voldoende onderscheidend zijn om bij selectieve inkoop te kunnen differentiëren en achteraf ook te controleren of niet gecontracteerde zorg ook daadwerkelijk niet gedeclareerd wordt.

Tijdig betrekken van medisch specialisten is essentieel

In de Sint Maartenskliniek zijn alle medisch specialisten in loondienst en vervullen zij ook een rol in het management binnen het ziekenhuis. Dit wordt binnen de Sint Maartenskliniek als zeer waardevol ervaren. Daarnaast is er in de Sint Maartenskliniek spraken een hoge mate van subspecialisatie. Zo zijn er binnen de specialismen units die zich bezig houden met een beperkt aantal ingrepen. Binnen het specialisme orthopedie worden de subvakgroepen knie, wervelkolom, bovenste extremiteiten, heup en voet en enkel onderscheiden. Ook de interne planning- en control cyclus is mede afgestemd op DBC's in relatie tot deze (sub)vakgroepen.

Tot op heden is vooral gekeken naar de technische uitwerking en de financiële consequenties invoering in relatie tot de DOT systematiek. Medische specialisten vormen binnen het ziekenhuis een belangrijke schakel bij het succesvol implementateren van de DOT-systematiek. Dit wordt nog belangrijker wanneer de registratie ook daadwerkelijk op basis van de ICD 10 systematiek zal gaan plaatsvinden. Het is dan ook essentieel medisch specialisten tijdig te betrekken en te informeren over de wijzigingen ten gevolge van de DOT systematiek.

Communicatie naar patiënten en patiëntenverenigingen is van belang

Patiënten controleren in toenemende mate in hoeverre de zorg die ze ontvangen wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Ook de Sint Maartenskliniek wordt steeds vaker geconfronteerd met patiënten die vooraf een bevestiging wensen te ontvangen dat hun zorgverzekeraar de geleverde zorg vergoedt. Inmiddels zijn veel patiënten bekend met het begrip DBC en in gevallen ook met de specifieke DBC codes die worden gebruikt in de communicatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar.

Op de internetsites van ziekenhuizen worden prijslijsten met DBC's gepresenteerd en ook machtigingen worden door zorgverzekeraars afgegeven op basis van DBC's. Het is dus van belang dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars bij de invoering van de DOT systematiek nadrukkelijk aandacht hebben voor de communicatie naar patiënten, zodat de nieuwe terminologie ook voor patiënten toegankelijk wordt.

Naast de individuele patiënten is de invoering van de DOT systematiek ook van belang voor patiëntenbelangenverenigingen. Vaak zijn deze verenigingen betrokken bij de vergoeding van zorg en maken zij zich sterk voor de beschikbaarheid en de kwaliteit van de geleverde zorg. In de DOT systematiek zijn behandelingen op productniveau soms minder herkenbaar. De Sint Maartenskliniek onderhoudt ook contact met patiëntenverenigingen, onder andere met de Vereniging van Scoliosepatiënten. In het kader van DOT heeft de Sint Maartenskliniek deze patiëntenvereniging een toelichting gegeven over de DOT systematiek, de wijze waarop een scoliosebehandeling in de DOT systematiek wordt afgeleid en waarin dit verschilt van de DBC systematiek. Ten aanzien van de voorlichting van patiëntenverenigingen over de DOT systematiek zou ook gebruik gemaakt kunnen worden van de infrastructuur en capaciteit van de onafhankelijke netwerkorganisatie PGOsupport.

2. Doorontwikkeling van de DOT productstructuur

Bij de ontwikkeling van de DOT systematiek en de planning voor de landelijke invoering is reeds aangegeven dat de DOT systematiek de komende tijd verder doorontwikkeld zal worden. Vanuit de Sint Maartenskliniek zien wij een aantal punten, die voor doorontwikkeling in aanmerking komen. Het betreft hier de volgende punten:

- Innovatieve DOT zorgproducten;
- Invoering ICD 10 codering en zorginhoudelijke uitkomstmaten;
- DOT zorgproducten voor ketenzorg;
- Toepassing van E-health binnen de DOT systematiek;
- Zorgzwaarte;
- Specialistische producten;
- DOT productstructuur revalidatiegeneeskunde.

Innovatieve DOT zorgproducten

Eén van de discussies binnen de DBC systematiek is de wijze waarop innovaties en innovatieve producten in de DBC systematiek opgenomen kunnen worden. Dit vraagstuk wijzigt niet binnen de DOT systematiek. Er dient voldoende ruimte te zijn om innovaties en nieuwe behandelingen te kunnen vervatten in de DOT systematiek.

Het betekent overigens niet altijd dat nieuwe DOT zorgproducten gedefinieerd dienen te worden. Het kan ook betekenen dat andere of nieuwe zorgactiviteiten in de DOT structuur worden toegevoegd zodat een behandeling wordt afgeleid tot een bestaand zorgproduct. Daarnaast kan het zijn dat bestaande DOT zorgproducten kunnen komen te vervallen.

Invoering ICD 10 codering en zorginhoudelijke uitkomstmaten

De huidige DOT structuur is ingericht op basis van de hoofdstukindeling van ICD 10. Tot aan de geplande invoering van de ICD 10 codering in 2014 is de diagnosecodering binnen de DOT systematiek nog gebaseerd op de bestaande DBC diagnoses. Het is belang dat nu reeds gestart wordt met de koppeling van de ICD 10 codering en zorginhoudelijke uitkomstmaten zodat de relatie tussen het product en de daarbij gerealiseerde zorginhoudelijke resultaten van het ziekenhuis in de toekomst geborgd is.

DOT zorgproducten voor ketenzorg

Binnen de DOT systematiek wordt ketenzorg (nog) niet gefaciliteerd. Gezien de trend om zorg, waar mogelijk, buiten het ziekenhuis plaats te laten vinden is het van belang dat in de nieuwe financieringsstructuur van ziekenhuis ook de ontwikkeling van ketenzorg wordt ondersteund. Voor de Sint Maartenskliniek is ketenzorg vooral van belang voor de specialismen reumatologie en revalidatiegeneeskunde.

Toepassing E-health

De ontwikkeling van E-health gaat de laatste jaren snel. Ook binnen de Sint Maartenskliniek neemt het aantal E-health toepassingen snel toe. De Sint Maartenskliniek werkt met taal- en spraaktoepassingen welke via internet toepassingen op afstand toegankelijk worden gemaakt voor revalidatiepatiënten.

Daarnaast worden digitale poli's en/of informatieportals ontwikkeld ter ondersteuning van knieoperaties en de behandeling van dwarslaesie patiënten. Vergelijkbare ontwikkelingen doen zich ook voor in andere ziekenhuizen.

E-health zal de komende jaren een verdere vlucht nemen. Daarnaast zal E-health een rol gaan spelen bij zorgverlening binnen ketenzorg en zorgnetwerken. Het is dan ook van belang dat het binnen de DOT productstructuur en de daarbij behorende zorgactiviteiten mogelijk wordt om E-health toepassingen een plaats te geven.

Zorgzwaarte

Een van de doelstellingen binnen de DOT systematiek is een verbetering aan te brengen ten aanzien van de wijze waarop zorgzwaarte wordt meegenomen in de vergoeding van zorgproducten. Hiertoe is onderscheid in de afleidingsstructuur op basis van de verpleegduur ingebouwd (> 5 dagen en > 28 dagen). De grens van 5 dagen tussen korte en gemiddelde klinische zorg zou innovatie kunnen belemmeren en ziekenhuizen er toe kunnen zetten de verpleegduurverkorting niet verder door te zetten omdat dit financieel minder aantrekkelijk is.

De mogelijkheden om op basis van zorgzwaarte te discrimineren dienen echter verder doorontwikkeld te worden. De knooppunten binnen de DOT structuur lijken hiervoor mogelijkheden te bieden. Vanuit het perspectief van de Sint Maartenskliniek zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan leeftijd en het al dan niet aanwezig zijn van infecties bij revisieoperaties.

In de DOT productstructuur speelt leeftijd een rol. Helaas wordt leeftijd binnen de DOT afleidingsstructuur voor de specialismen orthopedie, reumatologie en revalidatie (nog) niet gebruikt om zorgzwaarte te onderscheiden. Binnen het specialisme orthopedie bijvoorbeeld bestaat bij een operatieve ingreep een verschil in werkwijze en de daarvan afgeleide kosten wanneer kinderen worden geopereerd. Ook binnen de reumatologie is zorgzwaarte op basis van leeftijd van belang bij de zorg wanneer jeugdreuma wordt gediagnosticeerd. Zorgzwaartebepaling op basis van leeftijd zou voor meerdere specialismen in de DOT structuur opgenomen kunnen worden.

Post operatieve infecties bij orthopedie zijn een belangrijke kwaliteitsparameter bij ingrepen waarbij een prothese geplaatst wordt. Deze zijn ook in de huidige prestatie-indicatorenset van orthopedie opgenomen. Wanneer geïnfecteerde protheses vervangen moeten worden ontstaat een sterk afwijkend kostenprofiel ten opzichte van een vervanging waarbij geen sprake is van een infectie. Dit wordt veroorzaakt door kosten van medicatie, het aantal operaties en een langere verpleegduur. Op dit moment komt de extra zorgzwaarte van een infectie niet naar voren binnen de DOT structuur.

Het zal niet eenvoudig zijn zorgzwaarte op een juiste wijze binnen de DOT structuur tot uiting te laten komen. Mogelijk moet de discussie over zorgzwaarte ook deels buiten de productstructuur, separaat met zorgverzekeraars worden gevoerd.

Expert producten

De Universitaire Medische Centra (UMC's) zijn nog bezig met de uitwerking van expertproducten die binnen de DOT systematiek een plaats zouden moeten krijgen. Het is echter van belang dat niet alleen de UMC's expertproducten kennen. Ook topklinische ziekenhuizen en gespecialiseerde ziekenhuizen die veel derdelijns zorg leveren zouden expertproducten moeten kunnen afspreken.

DOT productstructuur revalidatiegeneeskunde

Door de Sint Maartenskliniek is vastgesteld dat de DOT productstructuur voor revalidatiegeneeskunde op basis van de algemene rekenregels realistisch is. Dat betekent echter niet dat deze productstructuur voor revalidatiegeneeskunde niet verder geanalyseerd en op onderdelen aangepast zal moeten worden.

Bij een simulatie van revalidatiegeneeskunde bleek dat, wanneer een patiënt over de eerste 90 dagen zeer kort klinisch werd opgenomen en daarbij een groot poliklinisch behandeltraject kreeg, de DOT structuur afleidt tot een kortdurend intensief zorgproduct dat niet in verhouding staat tot de zorgzwaarte van de patiënt. Een poliklinisch zorgproduct zou hiervoor een betere keuze zijn. Dit betekent echter dat wanneer het aantal behandeluren bij een kortdurende opname boven een bepaalde grens komt er binnen de DOT structuur een poliklinisch product afgeleid zou moeten worden.

Niet alleen de reguliere revalidatiegeneeskunde gaat over naar de DOT productstructuur, ook de uit de AWBZ overgehevelde geriatrische revalidatiezorg gaat over op de DOT productstructuur. Het ligt voor hand dat deze structuur aan zal moeten sluiten bij de structuur zoals die voor revalidatiegeneeskunde wordt ontwikkeld.

Contactgegevens

Sint Maartenskliniek Nijmegen
De heer drs. L.G.F. Janssen
Commercieel manager
ro.janssen@maartenskliniek.nl
024 3272732