

DBC's op weg naar DOT

15 september 2009

Opdrachtgever:
NVZ vereniging van ziekenhuizen
Ir. C.J. Windhorst

Rapportage:
Zorgmarkt Advies
Marc Soeters

Samenvatting

Op verzoek van het bestuur van de NVZ vereniging van ziekenhuizen is het rapport "DBC's op weg naar DOT" opgesteld. Het rapport biedt een beperkt pakket van concrete verbeteringen van de DBC-systematiek. Het is een terugvaloptie die actueel wordt als DBC's Op weg naar Transparantie (DOT) niet gerealiseerd kan worden per 2011. Tevens is het een nieuwe fasering voor DOT. Met het alternatieve plan als tussenstap, wordt invoering van DOT in een later stadium aanzienlijk eenvoudiger. Vandaar ook de naam: DBC's op weg naar DOT.

Effecten van het alternatieve plan

Het alternatieve plan streeft vergelijkbare doelstellingen na als DOT. Met het alternatieve plan worden in 2011 de volgende verbeteringen gerealiseerd:

- A. **Betrouwbare en stabiele DBC's**; Betrouwbaarheid en stabiliteit nemen aanzienlijk toe door aanscherping van de validatie en uniformering van de registratieregels. De betrouwbaarheid is vergelijkbaar met DOT.
- B. **Medisch herkenbare DBC's**; de medische herkenbaarheid van de bestaande productgroepen neemt toe, door duizenden vrijwel niet gebruikte DBC's apart te zetten in nieuwe residu productgroepen.
- C. **Minder producten**; het aantal producten neemt af tot circa 2.300. Het betreft deels individueel declarabele DBC's, deels productgroepen.
- D. **Volledige weergave prestaties**; de huidige lacunes in de systematiek voor complexe zorg en dure geneesmiddelen worden opgelost.
- E. **Lagere administratieve lasten**; Lagere lasten voor ziekenhuizen, ZBC's en zorgverzekeraars door uniformering van de registratieregels.
- F. **Toename specialisme overstijgende DBC's**; gangbare DBC's als circumcisie, die door meerdere specialismen worden uitgevoerd, komen samen in dezelfde productgroep en krijgen dezelfde tarieven of prijzen.

Maatregelen van het alternatieve plan

Om bovenstaande verbeteringen te realiseren stelt het alternatieve plan een aantal maatregelen voor. De maatregelen zijn in principe los van elkaar in te voeren. Tezamen vormt het echter wel een samenhangend pakket om in 2011 vergelijkbare doelstellingen als DOT te realiseren.

1. Verscherpte controle bij validatie
2. Uniformering registratieregels
 - 3a. Afschaffen zorgvraag
 - 3b. Weinig gebruikte DBC's clusteren in residu productgroepen
 - 3c. Samenvoegen reguliere DBC's en vervolg DBC's
- 4a. Introductie nieuwe DBC's voor complexe zorg
- 4b. Declarabele producten voor IC en dure geneesmiddelen
5. Samenvoegen specialisme overstijgende DBC's

Het alternatieve plan, biedt net als DOT, een aanzienlijke verbetering van het DBC-systeem. Dit maakt het mogelijk om met het alternatieve plan in 2011 belangrijke stappen te zetten in de hervorming van het zorgstelsel:

- De DBC-systematiek wordt aanzienlijk verbeterd
- Er kan prestatiebekostiging worden ingevoerd op basis van DBC's
- Er kan afscheid worden genomen van de FB-systematiek.

Implementatie van het alternatieve plan

Het alternatieve plan maakt deels gebruik van stappen die worden gerealiseerd in het kader van DOT. Ook betreft het een beperkt aantal concrete verbeteringen. Dit heeft als voordeel dat het alternatieve plan in vergelijking met DOT relatief eenvoudig is te realiseren. Omdat het alternatieve plan minder veranderingen op DBC-niveau heeft, is de voorspelbaarheid van de (omzet-)effecten groter dan bij overgang op DOT. De overgang naar prestatiebekostiging wordt zo eenvoudiger. Het alternatieve plan biedt daarnaast een goede basis om later alsnog DOT in te voeren. Een aantal elementen uit DOT wordt namelijk overgenomen. Invoering van DOT wordt eenvoudiger als het alternatieve plan gerealiseerd is. Het alternatieve plan is dus geen afstel, maar een nieuwe fasering op weg naar DOT.

Vergelijking met DOT

Het alternatieve plan kent vergelijkbare doelstellingen als DOT. Onderstaande tabel geeft een vergelijking van de verbeteringen van het alternatieve plan en DOT ten opzichte van het huidige DBC-systeem¹. De vergelijking veronderstelt dat alle maatregelen van het alternatieve plan worden ingevoerd. Indien delen van het alternatieve plan niet worden ingevoerd, leidt dit tot een lagere score.

Criteria	Het alternatieve plan	DOT
Betrouwbaarheid en stabiliteit	++	++
Medische herkenbaarheid	+	++
Vermindering aantal producten	++	++
Volledigheid beschrijving prestaties	++	++
Vermindering administratieve lasten	+	+
Specialisme onafhankelijk	+	++
Interne financiële controle	0	-

++ = grote verbetering, + verbetering, 0 = geen verandering, - = verslechtering

Beperkingen het alternatieve plan t.o.v. DOT

Omdat het alternatieve plan de bestaande DBC-systematiek als uitgangspunt neemt, heeft het ook beperkingen:

- DBC's blijven specialisme specifiek
- DBC's worden gevalideerd en niet afgeleid

DBC's worden in het alternatieve plan nog niet specialisme overstijgend. Wel krijgen in het alternatieve plan veelvoorkomende behandelingen, die door meerdere specialismen worden uitgevoerd, dezelfde prijs of hetzelfde tarief onafhankelijk van het specialisme dat de DBC uitvoert.

De registratie van de behandelas en de validatie van DBC's blijven in het alternatieve plan bestaan. De beoogde lastenvermindering van DOT door het afleiden van DBC's (met de grouper) wordt in het alternatieve plan niet gerealiseerd. Wel verminderen in het alternatieve plan de administratieve lasten door de registratieregels te uniformeren. Ook worden in het alternatieve plan bepaalde lastenverzwarende elementen van DOT niet ingevoerd.

¹ Bij de vergelijking is voor DOT uitgegaan van de beoogde stappen in 2011. Latere stappen als ICD10 en zorgzwaarte zijn in de vergelijking buiten beschouwing gebleven.

1 Inleiding

Op het moment van oplevering van dit rapport wordt hard gewerkt aan de invoering van DBC's Op weg naar Transparantie (DOT). De invoering van DOT heeft de steun van de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ). De NVZ en haar leden werken hard om de invoering van DOT per 2011 te realiseren. Invoering van DOT leidt uiteindelijk tot een verbetering van de DBC-systematiek; het vermindert het aantal zorgproducten, het is specialisme onafhankelijk, de DBC-systematiek wordt betrouwbaarder en instellingen hoeven gegevens maar één keer vast te leggen.

De uitwerking van deze doelstellingen in DOT hebben echter ook tot een zeer omvangrijk project geleid. Dit complexe traject vraagt veel van alle betrokkenen. Ook zijn de onderdelen van het project grotendeels van elkaar afhankelijk. Vertraging van één onderdeel van DOT heeft vrijwel altijd consequenties voor de planning van het hele project. De complexiteit van het project heeft al eerder tot uitstel geleid.

Ook de huidige gefaseerde planning om DOT in 2011 in te voeren heeft vrijwel geen ruimte voor onvoorziene omstandigheden. Ervaring leert echter dat zich bij een dergelijk complex project vrijwel altijd onvoorziene omstandigheden voordoen. Bijvoorbeeld de problemen met de afgeleide behandelas dit voorjaar of de grouper die 1 september wordt opgeleverd in plaats van conform planning, 1 juni. Late oplevering van de grouper betekent o.a. dat ziekenhuizen nog geen gebruik kunnen maken van het DOT-lab en zo nog geen inzicht krijgen in de (financiële) effecten van de nieuwe DBC-zorgproductstructuur. Er is geen ruimte in de planning voor veel meer van dit soort tegenvallers. Er is daarom een reëel risico dat DOT niet ingevoerd kan worden per 2011.

Gegeven het risico dat DOT niet kan worden gerealiseerd per 2011 heeft het bestuur van de NVZ vereniging van ziekenhuizen gevraagd een terugvaloptie op te stellen. Het daarop opgestelde 'DBC's op weg naar DOT' heeft vergelijkbare doelstellingen als DOT, maar stelt aanpassingen voor binnen de bestaande DBC-systematiek. Dit heeft als voordeel dat veranderingen minder ingrijpend zijn en daarmee eenvoudiger te implementeren. Uitgangspunt hierbij is dat de DBC-systematiek met de verbeteringen uit het alternatieve plan een solide basis biedt om in 2011 prestatiebekostiging in te kunnen voeren.

Niet alleen heeft het alternatieve plan vergelijkbare doelstellingen en eindplaatje als DOT, ook sorteert het voor op de invoering van DOT. Het maakt deels gebruik van onderdelen van DOT die al gerealiseerd zijn (of worden). Invoering van DOT zal eenvoudiger worden als het alternatieve plan gerealiseerd is. Het alternatieve plan is dus geen afstel, maar een nieuwe fasering op weg naar DOT. Vandaar ook de naam: 'DBC's op weg naar DOT'.

Planning

Het alternatieve plan komt pas aan de orde als de planning van DOT niet haalbaar blijkt. Anderzijds kan ook niet te lang worden gewacht met besluitvorming over het alternatieve plan. Ook het alternatieve plan vergt

doorlooptijd voor de uitwerking en implementatie. De inschatting is dat uiterlijk 1 november 2009 een beslissing moet worden genomen over de invoering van de terugvaloptie om invoering per 2011 mogelijk te maken. Hiervoor is een aantal redenen:

- Delen van DOT die worden gebruikt in het alternatieve plan zijn dan afgerond (nieuwe zorgactiviteiten, IC, dure geneesmiddelen, registratieregels, knooppunten uit grouper).
- De implementatie van DOT onderdelen die niet worden overgenomen in het alternatieve plan is dan nog beperkt in ziekenhuizen (voornamelijk beperkt tot technische communicatie met grouper).
- De resterende tijd is minimaal noodzakelijk om de specifieke onderdelen van het alternatieve plan uit te werken en te implementeren. Met name de aanscherping van de validatieregels door DBC Onderhoud vergt de nodige doorlooptijd.

Mede met het oog hierop zal de NVZ komende tijd scherp toezien op het tijdig realiseren van de DOT planningen. Indien nodig zal de NVZ aandringen op een nieuw go / no go moment op 1 november 2009. Dan zal een beslissing moeten worden genomen of invoering van het alternatieve plan in 2011 een noodzakelijke tussenstap is op weg naar DOT.

Werkwijze

Dit rapport is tot stand gekomen met hulp van 10 financiële managers van algemene ziekenhuizen. Ze hebben in meerdere sessies input geleverd voor het alternatieve plan. De sessies zijn voorgezeten door Arjan Windhorst van de NVZ. Marc Soeters van Zorgmarkt Advies heeft het proces begeleid. Ook heeft hij deze eindrapportage geschreven.

2 Maatregelen DBC's op weg naar DOT

Het alternatieve plan bestaat uit de onderstaande maatregelen om de DBC-systematiek substantieel te verbeteren. De maatregelen zijn in principe los van elkaar in te voeren. Tezamen vormt het echter wel een samenhangend pakket om in 2011 vergelijkbare doelstellingen als DOT te realiseren.

1. Verscherpte controle bij validatie
2. Uniformering registratieregels
3. Vermindering van het aantal producten door:
 - a) afschaffen zorgvraag
 - b) weinig gebruikte DBC's clusteren in residu productgroepen
 - c) samenvoegen reguliere DBC's en vervolg DBC's
4. Nieuwe declarabele prestaties
 - a) introductie nieuwe DBC's voor complexe zorg
 - b) declarabele prestaties voor dure geneesmiddelen
5. Toename specialisme overstijgende DBC's

In dit rapport worden deze verbeteringen toegelicht. Hierbij wordt voor elke verbetering gestructureerd ingegaan op:

- a) Probleem
- b) Verbetering
- c) Invoeringsconsequenties (impact op diverse organisaties)
- d) Resultaat van de verbetering

2.1 Verscherpte controle bij validatie

a) Probleem

De huidige DBC-systematiek heeft globale controles om te verzekeren dat de DBC volledig is uitgevoerd conform typering. De huidige validatie controleert alleen of een validatieklasse en/of een beperkt aantal essentiële zorgactiviteiten voorkomen². Dit geeft patiënt en verzekeraar beperkte waarborgen dat de betaalde rekening in verhouding staat tot de geleverde zorg. Ook geeft het ziekenhuizen onvoldoende comfort/vertrouwen dat de tarieven in verhouding tot hun kosten staan.

b) Verbetering

De betrouwbaarheid van de DBC-systematiek wordt verbeterd door meer zorgactiviteiten verplicht te stellen in het profiel van de DBC en daarop te valideren. De generieke controle op validatieklasse wordt zoveel mogelijk aangevuld met (of vervangen door) een controle op specifieke zorgactiviteiten.

² Essentiële zorgactiviteiten zijn gegroepeerd in validatieklassen (bijvoorbeeld een validatieklasse diagnostische activiteiten). Er vindt in de meeste gevallen geen controle op het niveau van de essentiële zorgactiviteit zelf plaats. De validatie controleert alleen of een bepaalde validatieklasse voor komt. Het is in dat geval zeker dat voor de DBC bijvoorbeeld een diagnostische zorgactiviteit is uitgevoerd, maar niet welke diagnostische zorgactiviteit.

De nieuwe zorgactiviteitentabel die 1 juli in het kader van DOT is ingevoerd, biedt hiervoor mogelijkheden. De nieuwe zorgactiviteitentabel biedt circa 650 nieuwe zorgactiviteiten. Dit betreft deels nieuwe en deels meer gedetailleerd beschreven zorgactiviteiten. Hiermee is het mogelijk om de uitgevoerde zorg nauwkeurig in beeld te brengen. Dit betekent overigens niet dat er meer DBC's komen, maar dat een meer gedetailleerdere beschrijving en controle van de bestaande DBC's mogelijk wordt³.

Door in de validatie extra controles op te nemen op de aanwezigheid van meer (en meer gedetailleerde) zorgactiviteiten in het DBC-profiel kan de betrouwbaarheid aanzienlijk worden vergroot.

De verscherpte controle bij de validatie kan worden vormgegeven door nieuwe extra tabellen achter de bestaande validatietabel te plaatsen die specifieke controles uitvoert. De bestaande validatie wordt zo gesplitst in twee soorten tabellen;

1. een generieke validatietabel op validatieklasse per specialisme
2. specifieke validatie(tabellen) op zorgactiviteiten per DBC.

De DBC-specifieke controles checken of alle of essentiële zorgactiviteiten bij een DBC daadwerkelijk onderdeel uitmaken van het profiel.

Om de werklast van DBC-Onderhoud te beperken kan er voor worden gekozen om de verscherpte validatie in 2011 in eerste instantie te richten op de 900 DBC's met de grootste omzet. Hiermee wordt een verscherping van de validatie gerealiseerd voor circa 80% tot 90% van de omzet van een ziekenhuis⁴.

Voorbeeld generieke en specifieke validatie bij chirurgie

Voor chirurgie zijn er in de huidige situatie 379 controleregels in de validatietabel. Binnen deze tabel zijn er al 36 regels voor de diagnose hernia. Er zijn nu relatief veel controle regels voor hernia, omdat hierbij ook een aantal DBC-specifieke controles wordt uitgevoerd.

Als met het alternatieve plan de validatietabel wordt geknipt, dan volstaan 33 controle regels voor de generieke validatie van heel chirurgie. Daarnaast volstaan 4 specifieke controleregels voor hernia. De validatietabellen worden zo aanzienlijk overzichtelijker.

Daarnaast wordt in het alternatieve plan het aantal specifieke controles uitgebreid tot vrijwel alle DBC's.

c) Invoeringsconsequenties

Deze oplossing heeft een gemiddelde impact (aantal activiteiten dat moet worden uitgevoerd om de verbetering te realiseren).

- DBC-Onderhoud moet per DBC's aanvullende essentiële zorgactiviteiten bepalen. Hierbij kan DBC Onderhoud gebruik maken van de analyse ten behoeve van de knooppunten uit DOT. DBC-Onderhoud moet nieuwe controletabellen opstellen en uitleveren.

³ Daarnaast wordt een deel van de nieuwe zorgactiviteiten gebruikt voor de definiëring van nieuwe complexe DBC's. Dit leidt wel tot een toename van de DBC's. Zie hiervoor ook 2.4.

⁴ Bij deze percentages omzet is al rekening gehouden met een indikking van het aantal DBC's door reguliere DBC's en vervolg DBC's samen te voegen en de zorgvraag af te schaffen (zie 3 B onderdeel I en III).

- ICT-leveranciers moeten nieuwe (soort) controletabellen implementeren in de ziekenhuis informatiesystemen.
- Ziekenhuizen, specialisten en ZBC's moeten de nieuwe zorgactiviteiten al in het kader van DOT registreren vanaf 1 juli. De registratie van de nieuwe zorgactiviteiten heeft dus geen extra invoeringsconsequenties.
- De NZa moet de nieuwe tabellen vaststellen en het gebruik verplicht opleggen in een beleidsregel.

d) Resultaat

De betrouwbaarheid van de DBC's met een aangescherpte validatie neemt aanzienlijk toe en wordt minimaal vergelijkbaar met DOT.

2.2 Uniformering registratieregels

a) Probleem

De huidige registratieregels zijn voor meerdere uitleg vatbaar. Deze ruimte leidt tot discussie met verzekeraars over een deel van de gedeclareerde DBC's. Ook kan het leiden tot oneigenlijke verschillen tussen aanbieders. Het gaat met name om de opening- en sluitingsregels, parallelliteit en sequentiële DBC's.

De registratieregels verschillen ook tussen specialismen. Hieraan zijn administratieve lasten verbonden. Het leidt tot hogere opleidingskosten. Ook kan het leiden tot fouten bij de registratie.

Parallelliteit

Parallelliteit houdt in dat een extra DBC wordt geopend voor dezelfde patiënt vanwege een extra zorgvraag. Een parallelle DBC bij hetzelfde specialisme mag worden geopend als er sprake is van een extra zorgvraag én van substantiële meerkosten. Substantieel wordt gedefinieerd als 40% hoger dan het gemiddelde van de al geopende zorgvraag. Zowel het deel ziekenhuis als het deel honorarium moet hieraan voldoen.

Parallelle DBC's leiden nu vaak tot discussies tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Dit ontstaat vooral vanwege het feit dat de 40% regel niet erg praktisch is gedefinieerd (het is bedoeld als een vuistregel, maar het wordt door verzekeraars strikt als harde controleregels gehanteerd).

De interpretatie van de registratieregels is onlangs verbeterd. De NVZ heeft met verzekeraars afspraken gemaakt over de kwantitatieve vertaling van de registratieregels bij de geautomatiseerde controles door verzekeraars. Dit leidt tot een aanzienlijke verbetering van de eenduidigheid van de huidige DBC-registraties.

Deze afspraken zijn echter nog geen oplossing voor de verschillen in registratieregels tussen specialismen. Ook resteren discussies met verzekeraars over parallelle en sequentiële DBC's. Deze DBC's leiden in de praktijk tot de meeste discussie met verzekeraars over de rechtmatigheid van de declaraties. Een groot ziekenhuis is circa 50 mandagen kwijt met parallelle DBC's die door geautomatiseerde controles van verzekeraars worden afgewezen. In circa de helft van de gevallen betreft het overigens onterechte afwijzingen.

b) Verbetering

Registratie- en declaratieregels moeten zo eenduidig en kwantificeerbaar mogelijk worden opgesteld om discussies over de toepassing te voorkomen. Om dit te realiseren kan voor een belangrijk deel gebruik worden gemaakt van de registratieregels van DOT. Uitgangspunt van de nieuwe registratieregels van DOT zijn o.a. :

- uniforme registratieregels; dezelfde regels voor alle specialismen
- eenduidige registratieregels eenduidig; slechts één uitleg mogelijk
- 'smart'; specifiek, meetbaar etc.,

Een belangrijk deel van de verbeteringen van de registratieregels in het kader van DOT is ook toepasbaar voor verbetering van de huidige DBC-systematiek. Het betreft de openingsregels, de sluitingsregels en de nieuwe regels voor intercollegiaal consult in DOT. Hiermee wordt de uniformiteit van de registratie tussen specialismen aanzienlijk verbeterd. Daarnaast kunnen de problemen met parallelle en sequentiële DBC's op vergelijkbare wijze als bij DOT worden opgelost.

Oplossing sequentiële DBC's

Discussies over sequentiële DBC's (voor één patiënt een DBC afsluiten en weer een nieuwe openen) worden in het alternatieve plan opgelost door de sluitingsregels van DOT over te nemen.

Oplossing parallelle DBC's

Het probleem met (onterechte) parallelliteit wordt deels opgelost door het onder paragraaf 2.1 genoemde voorstel om te controleren op extra zorgactiviteiten. Het wordt zo in de praktijk minder eenvoudig om een extra parallelle DBC gevalideerd te krijgen. Om de parallelle DBC te kunnen valideren moet er per definitie wel sprake zijn van substantiële extra zorgactiviteiten. Dit is vergelijkbaar met de eis in DOT dat het parallelle zorg/subtraject een eigen zorgprofiel heeft.

Daarnaast wordt in het alternatieve plan het onterecht gebruik van parallelle DBC's tegen gegaan door bepaalde combinaties van DBC's uit te sluiten. Deze route wordt ook gevolgd in DOT. Hiervoor bestaat al een tabel die bepaalde combinaties van DBC's uit sluit. Deze DBC Diagnose Combinatie Tabel wordt in het alternatieve plan op dezelfde wijze uitgebreid als in DOT.

Beide maatregelen leiden tot een betrouwbare registratie van parallelle DBC's. De 40%-regel kan (net als in DOT) worden afgeschaft.

c) Invoeringsconsequenties

Deze oplossingen hebben een beperkte impact.

- De nieuwe registratieregels voor DOT zijn reeds gerealiseerd. DBC-Onderhoud, de wetenschappelijke verenigingen, de NVZ en andere brancheorganisaties moeten vaststellen welke DOT regels ook toepasbaar zijn in de huidige DBC-systematiek.
- DBC-Onderhoud moet in samenwerking met andere betrokkenen de registratieregels aanpassen.

- DBC-Onderhoud moet (net als in DOT) de bestaande DBC Diagnose Combinatie Tabel uitbreiden met extra uit te sluiten combinaties van DBC's.

d) Resultaat

- Minder administratieve lasten voor ziekenhuizen, ZBC's en zorgverzekeraars. Voor een groot algemeen ziekenhuis is dit geschat op circa 50 mandagen minder werk.
- Minder tot geen interpretatieverschillen van registratieregels tussen ziekenhuizen. De productie van ziekenhuizen wordt beter vergelijkbaar.
- Aanzienlijk minder registratieverschillen tussen specialismen.
- Betere betrouwbaarheid van de DBC-systematiek.
- Minder tot geen discussies tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de juistheid van DBC-declaraties (inclusief een oplossing voor parallelle en sequentiële DBC's).

2.3 Vermindering aantal DBC's

a) Probleem

De huidige DBC-systematiek heeft een groot aantal DBC's. De projectgroep terugvaloptie voor DOT ervaart het grote aantal DBC's echter niet als een probleem. Veel combinaties van zorgtype, diagnose en behandeling komen in de praktijk vrijwel niet voor. Daar zal ook niet over onderhandeld worden. Naar de mening van de projectgroep zal er maar over een beperkt aantal DBC's per product onderhandeld worden. Voor de resterende producten (waarover niet per product onderhandeld wordt) kunnen meer generieke afspraken gemaakt. Bijvoorbeeld door te onderhandelen over generieke kortingspercentages op de standaardprijslijst. Met dezelfde inspanning kunnen zo prijsafspraken gemaakt worden voor 3.000 of voor 10.000 producten.

Wel is het grote aantal producten een reëel imago-probleem van de DBC-systematiek. Daarnaast heeft de NZa eisen gesteld aan het maximum aantal producten (3.000 met een bandbreedte van + of - 500). Het is daarom zinvol om het aantal DBC's fors te reduceren.

b) Verbetering

1 Afschaffen zorgvraag

De specialismen urologie, plastische chirurgie, kindergeneeskunde/ neonatologie, klinische geriatrie en radiotherapie maken in de typering gebruik van de zorgvraag. Dit leidt tot een groot aantal extra DBC's, terwijl de toegevoegde waarde hiervan voor declaratie en onderhandeling beperkt is. Het lijkt de projectgroep daarom kansrijk om de zorgvraag als item van de typeringslijst te schrappen en zo het aantal DBC's fors te verminderen⁵.

⁵ Bij deze specialismen wordt de zorgvraag nu deels gebruikt als extra informatie om lacunes in de diagnoseclassificatie te ondervangen. Het is niet uit te sluiten dat afschaffing van de zorgvraag het noodzakelijk maakt om bij deze specialismen de diagnoseclassificatie te verbeteren.

II Weinig gebruikte DBC's clusteren in residu productgroepen

In het alternatieve plan worden zelden gebruikte DBC's (die bijvoorbeeld landelijk minder dan 100 keer voorkomen) gegroepeerd in een zeer beperkt aantal nieuwe residu productgroepen.

DBC's en productgroepen in huidige situatie

In de huidige situatie zijn er circa 109.000 mogelijke combinaties van diagnose en behandelingen. Een belangrijk deel van deze DBC's komt in de praktijk niet voor. Een groot ziekenhuis gebruikt circa 10% hiervan (11.000 DBC's). Een deel van de huidige DBC's is individueel declarabel. Een ander deel van de DBC's maakt deel uit van een productgroep. Een productgroep is een groep met verschillende DBC's die zowel wat betreft ziekenhuiskosten als werklust voor de specialisten vergelijkbaar zijn. De productgroepen zijn specialisme specifiek. DBC's in een productgroep hoeven medisch gezien verder geen overeenkomsten te hebben.

In het B-segment zijn alle DBC's zelfstandig declarabel. Dit betreft circa 8.000 DBC's. Een groot aantal hiervan komt in de praktijk zeer weinig of niet voor. Circa 800 DBC's in het B-segment komen meer dan 100 keer voor (in heel Nederland).

In het A-segment zijn alle DBC's ondergebracht in een (specialisme specifieke) productgroep. Een deel van de productgroepen heeft maar één DBC. Deze DBC's in het A-segment (de zogenaamde Top 40 DBC's per specialisme¹) zijn dus ook individueel declarabel. De huidige productgroepen hebben één landelijk vastgesteld tarief en één landelijk vastgesteld honorarium voor alle DBC's in een productgroep.

De top 40 DBC's maakten samen met het B-segment in 2008 circa 70% uit van de DBC-omzet. In 2008 was dus al 70% van de DBC-omzet medisch herkenbaar.

¹Voor heelkunde en interne geneeskunde geldt een top 60

De nieuwe residu productgroepen worden kostenhomogeen en specialisme overstijgend. Door in het alternatieve plan vele duizenden vrijwel niet gebruikte DBC's af te zonderen in deze residu productgroepen, neemt de overzichtelijkheid en de medische herkenbaarheid van de rest van het DBC-systeem aanzienlijk toe. Zie 2.3 d voor het gezamenlijke resultaat van de in 2.3 besproken voorstellen.

Binnen deze nieuwe residu productgroepen blijven de DBC's als DBC herkenbaar. Er wordt alleen niet op DBC-niveau getarifeerd of onderhandeld, maar op het niveau van de productgroep. De residu productgroepen kennen een brede kostenrange voor zowel het ziekenhuisdeel als het specialistendeel. Er wordt hierbij geen onderscheid gemaakt tussen specialismen. Naar verwachting volstaan circa 10 à 12 kostenranges voor het ziekenhuisdeel en ook 10 à 12 voor het specialistendeel. Met alle combinaties van ziekenhuis- en honorariumdeel betekent dit in theorie maximaal 100 tot 144 extra productgroepen voor DBC's die weinig voor komen. Omdat deze productgroepen apart voor het A- en B-

segment worden geïntroduceerd betreft het in totaal 200 tot 288 nieuwe residu productgroepen.

Er kan niet over de kwaliteit van de residu productgroepen worden onderhandeld omdat het een verscheidenheid aan DBC's en specialismen betreft. Residu productgroepen kunnen een vrije prijs krijgen of een landelijk tarief. Indien verzekeraars en zorgaanbieders daar aan hechten kunnen ze verzoeken om een DBC uit een residu productgroep apart onderhandelbaar en declareerbaar te maken. Bijvoorbeeld omdat een DBC bij een zeer beperkt aantal instellingen veel voorkomt.

De DBC-registratie blijft binnen de productgroepen op het huidige detailniveau. Hiermee blijft een latere overgang naar DOT mogelijk en kan gemonitord worden of groei van een DBC aanleiding geeft om deze DBC alsnog apart declarabel te maken.

III Samenvoegen reguliere en vervolg DBC's

In DOT wordt maar bij een zeer beperkt aantal DBC Zorgproducten onderscheid gemaakt in initiële en vervolg DBC zorgproducten. Als het onderscheid er wel is, heeft het geen consequenties voor de DBC zorgproducten die worden afgeleid⁶. In DOT komen initiële traject en vervolg traject zo in hetzelfde DBC-zorgproduct terecht. Dit leidt tot minder producten waarover onderhandeld moet worden. Een vergelijkbare oplossing kan ook in de huidige DBC-systematiek worden gerealiseerd. De initiële DBC en de vervolg DBC komen in het alternatieve plan in dezelfde productgroep met dezelfde declaratiecode. Er is eventueel via de prestatiecode wel zichtbaar of het een initiële of vervolg DBC betreft, maar het tarief of de prijsstelling wordt hetzelfde. In het B-segment hoeft zo over minder DBC's onderhandeld te worden.

c) Invoeringsconsequenties

De impact van het afschaffen van de zorgvraag is beperkt.

De impact van de invoering van residu productgroepen voor weinig gebruikte DBC's is gemiddeld.

- Er moet een besluit worden genomen over de drempelwaarde die een DBC moet hebben om in de nieuwe residu productgroepen opgenomen te worden (bijvoorbeeld landelijk minder dan 100 keer).
- Er moet door DBC Onderhoud een lijst worden opgesteld van DBC's die minder dan de drempelwaarde gedeclareerd worden.
- DBC-Onderhoud moet een nieuwe productgroeptabel opstellen die weinig voorkomende DBC's koppelt aan een residu productgroep.
- Indien de productgroepen onderdeel zijn van het A-segment, dan moet DBC Onderhoud een tarief per productgroep vaststellen.
- De tarieven van de bestaande productgroepen in het A-segment moeten aangepast worden aan de geschoonde productmix.

De impact van het samenvoegen van initiële en vervolg DBC's is beperkt

⁶ Het feit dat er sprake is van een vervolg subtraject kan wel leiden tot andere registratieregels.

- DBC Onderhoud moet initiële en vervolg DBC's met dezelfde diagnose en behandeling onderbrengen in één productgroep.
- DBC Onderhoud moet de ziekenhuistarieven in het A-segment aanpassen voor het samenvoegen van initiële en vervolg DBC's in één productgroep (Top 40 DBC's).
- DBC Onderhoud moet de honoraria aanpassen voor het samenvoegen van initiële en vervolg DBC's in één productgroep.
- Ziekenhuizen moeten kostprijzen aanpassen aan het samenvoegen van DBC's in één declaratiecode.

d) Resultaat

- Het aantal producten neemt in het alternatieve plan aanzienlijk af tot circa 2.300 producten. De producten betreffen deels individueel declarabele DBC's (meer dan 70% van de totale DBC-omzet) en deels productgroepen.
- De bestaande productgroepen in het A-segment worden beter medisch herkenbaar omdat deze worden geschoond voor duizenden weinig gebruikte DBC's.
- De 2.300 producten zijn als volgt ingedeeld:

A-segment:

- Ruim 1.000 specialisme specifieke productgroepen. Waarvan deel met 1 of 2⁷ DBC's (Top 40 DBC's) en deel met meerdere DBC's (reguliere specialisme specifieke productgroepen).
- Circa 144 specialisme overstijgende residu productgroepen.

B-segment:

- Maximaal 1000 individueel declarabele DBC's.
- Circa 144 specialisme overstijgende residu productgroepen.
- Met het afschaffen van de zorgvraag en het samenvoegen van reguliere en vervolg DBC's neemt het aantal registreerbare DBC's af van circa 109.000 naar ruim 25.000.

2.4 Nieuwe declarabele prestaties

a) Probleem

Niet alle prestaties van ziekenhuizen leiden tot declarabele producten.

Complexe DBC's

Zeer complexe zorg wordt niet in alle gevallen goed beschreven in DBC's.

Dure geneesmiddelen en IC

Dure geneesmiddelen zijn op dit moment nog niet als prestaties in rekening te brengen bij patiënt of verzekeraar. De kosten hiervan worden (grotendeels variabel) vergoed via het budget. Indien de FB-systematiek wordt afgeschaft moeten voor dure geneesmiddelen declarabele prestaties worden ontwikkeld.

⁷ Het betreft 2 DBC's als bij een TOP 40 DBC reguliere en vervolg DBC zijn samengevoegd.

b) Verbetering

complexe DBC's

In het kader van DOT wordt gewerkt aan de introductie van nieuwe DBC-zorgproducten voor complexe zorg. Het betreft de zogenaamde expertproducten. Mede met het oog hierop zijn ook de nieuwe zorgactiviteiten geïntroduceerd. Met de informatie voor de DOT-expertproducten kunnen in het alternatieve plan ook relatief eenvoudig nieuwe DBC's voor complexe zorg worden vastgesteld.

Dure geneesmiddelen en IC

In het kader van DOT wordt ook gewerkt aan Add ons voor IC en dure geneesmiddelen. Voor zowel de IC als de dure geneesmiddelen zijn nieuwe zorgactiviteiten opgesteld in het kader van DOT. Deze zorgactiviteiten worden in DOT als 'Add on' bestempeld en kunnen apart worden gedeclareerd (naast een DOT zorgproduct).

In het alternatieve plan wordt een vergelijkbare oplossing gekozen voor dezelfde groep nieuwe zorgactiviteiten. Deze zorgactiviteiten voor IC en dure geneesmiddelen worden geregistreerd als onderdeel van het DBC-profiel, maar kunnen daarnaast apart worden gedeclareerd (naast de DBC). Alleen de extra kosten van deze zorgactiviteiten worden apart gedeclareerd.

c) Invoeringsconsequenties

De impact is gemiddeld. Veel van de noodzakelijke activiteiten moeten ook worden uitgevoerd in het kader van DOT.

- DBC Onderhoud moet nieuwe complexe DBC's vaststellen. De informatie is daarvoor al beschikbaar in het kader van DOT. De noodzakelijk nieuwe zorgactiviteiten zijn al ingevoerd per 1 juni.
- DBC Onderhoud moet (net als in DOT) tarieven en honoraria voorstellen voor de nieuwe DBC's.
- DBC Onderhoud moet tarieven en honoraria voorstellen voor de zelfstandig declareerbare zorgactiviteiten. Dit zou overigens ook in het kader van DOT moeten plaats vinden.
- De NZa moet de tarieven voor alle prestaties vaststellen.
- De NZa moet een limitatieve lijst opstellen met zorgactiviteiten die zelfstandig gedeclareerd kunnen worden.
- ICT leveranciers moeten een nieuwe tabel met zelfstandig declarabele zorgactiviteiten implementeren in het Ziekenhuis informatiesysteem.

d) Resultaat

- Alle prestaties die zijn toe te rekenen aan individuele patiënten worden per patiënt gedeclareerd.
- Nieuwe prestaties waarvoor tariefregulering geldt, hebben adequate tarieven.

2.5 Toename specialisme overstijgende DBC's

a) Probleem

De huidige DBC's zijn specialisme specifiek. DBC's zijn opgesteld vanuit elk specialisme. Voor dezelfde behandelingen die door meerdere specialismen kan worden uitgevoerd, bestaan verschillende DBC's met verschillende kosten. Een voorbeeld is de circumcisie die zowel kan worden uitgevoerd door een chirurg als een uroloog. Het is ongewenst dat dezelfde behandeling tot verschillende prijzen of tarieven leidt afhankelijk van het specialisme dat het uitvoert .

b) Verbetering

Het alternatieve plan gaat uit van het huidige DBC-systeem, dat specialisme specifiek is. Om die reden kunnen volledig specialisme onafhankelijke (monodisciplinaire) producten niet worden gerealiseerd in het alternatieve plan. Wel kunnen de meest voorkomende DBC's, die door verschillende specialismen worden uitgevoerd, samengevoegd worden in een productgroep. Deze samengevoegde DBC's krijgen hetzelfde tarief of dezelfde prijs voor zowel het ziekenhuisdeel als het honorarium.

Het samenvoegen van dezelfde behandelingen bij verschillende specialismen kan worden vormgegeven door deze DBC's in dezelfde productgroep te plaatsen. Tarifiering of onderhandeling vindt dan plaats op het niveau van de productgroep. Elk specialisme houdt binnen de productgroep zijn eigen DBC, maar de opbrengsten (zowel voor ziekenhuis als specialist) zijn hetzelfde voor elk specialisme.

c) Invoeringsconsequenties

- DBC Onderhoud moet in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen de meest voorkomende behandelingen identificeren die door meerdere specialismen worden uitgevoerd.
- DBC-onderhoud moet dezelfde behandelingen van verschillende specialismen samenvoegen in dezelfde productgroep.
- Voor deze nieuwe productgroepen moeten nieuwe uniforme honoraria per productgroep bepaald worden. Voor DBC's met tariefregulering moeten uniforme ziekenhuistarieven worden bepaald. DBC-Onderhoud moet hiervoor een onderbouwd voorstel aanleveren aan de NZa.
- De NZa stelt formeel nieuwe tarieven per declaratiecode vast.

d) Resultaat

- De belangrijkste behandelingen die door meerdere specialismen worden uitgevoerd krijgen hetzelfde tarief of dezelfde prijs, onafhankelijk van welk specialisme de behandeling uitvoert.

3 Vergelijking van het alternatieve plan en DOT

Zowel met het alternatieve plan als DOT kan de huidige DBC-systematiek aanzienlijk worden verbeterd. Invoering van het alternatieve plan maakt het daarnaast eenvoudiger om in een later stadium alsnog DOT te realiseren. Dit hoofdstuk vergelijkt de verbeteringen van het alternatieve plan en DOT ten opzichte van de huidige DBC-systematiek.

Verschil in benadering het alternatieve plan en DOT

Het alternatieve plan streeft vergelijkbare doelstellingen na als DOT. Het verschil ligt in de wijze van uitvoering. Het alternatieve plan gaat uit van een beperkt aantal concrete verbeteringen van de huidige DBC-productstructuur. Terwijl met DOT eigenlijk een volledig nieuw systeem is ontworpen. Dit heeft tot gevolg dat het alternatieve plan eenvoudiger te implementeren is dan DOT en dat de voorspelbaarheid van de (omzet-)effecten bij de overgang groter is dan bij DOT. Dit laatste maakt een stabiele overgang naar prestatiebekostiging eenvoudiger.

Anderzijds is het alternatieve plan beperkt in de mogelijkheden om bepaalde problemen fundamenteel op te lossen. DBC's blijven in het alternatieve plan bijvoorbeeld specialisme specifiek, terwijl DOT specialisme overstijgende zorgproducten kent.

Verschil in uitkomsten tussen het alternatieve plan en DOT

Onderstaande tabel scoort de uitkomsten van het alternatieve plan en DOT op een aantal criteria. Voor DOT wordt uitgegaan van de onderdelen die (beoogd) per 2011 geïmplementeerd worden. Er wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de invoering van toekomstige verbeteringen als ICD 10 en zorgzwaarte. De vergelijking veronderstelt dat alle maatregelen van het alternatieve plan worden ingevoerd. Indien onderdelen van het alternatieve plan niet worden ingevoerd, leidt dit tot een lagere score.

De plussen geven de mate van verbetering weer ten opzichte van het huidige DBC-systeem. Onder de tabel wordt de score per verbetering toegelicht.

Criteria	het alternatieve plan	DOT
A. Betrouwbaarheid en stabiliteit	++	++
B. Medische herkenbaarheid	+	++
C. Vermindering aantal producten	++	++
D. Volledige beschrijving prestaties	++	++
E. Vermindering administratieve lasten	+	+
F. Specialisme onafhankelijk	+	++
G. Interne financiële controle	0	-

++ = grote verbetering, + verbetering, 0 = geen verandering, - = verslechtering

A. Betrouwbaarheid en stabiliteit

De betrouwbaarheid betreft de mate van zekerheid dat het gedeclareerde zorgproduct en de prijs daarvan in een goede verhouding staat tot de uitgevoerde zorg (en de kosten daarvan). Volgens DBC Onderhoud staat betrouwbaarheid voor reproduceerbaar, controleerbaar en transparant.

In het alternatieve plan wordt een grote betrouwbaarheid gerealiseerd door meer (en gedetailleerdere) zorgactiviteiten verplicht te stellen in het zorgprofiel en daarop te valideren. Ook wordt in het alternatieve plan de betrouwbaarheid verbeterd door uniformering van registratieregels.

In DOT wordt een grote betrouwbaarheid ook gerealiseerd door meer (en meer gedetailleerde) zorgactiviteiten verplicht te stellen in het profiel. Deze controle wordt uitgevoerd door de grouper die producten afleidt in plaats van valideert. Ook in DOT wordt de betrouwbaarheid verbeterd door uniformering van de registratieregels.

B. Medische herkenbaarheid

Medische herkenbaarheid betreft de mate waarin de beschrijving en inhoud van het zorgproduct herkenbaar is voor medisch specialist, patiënt en zorgverzekeraar.

In het alternatieve plan wordt de medische herkenbaarheid vergroot omdat de bestaande specialisme specifieke productgroepen in het A-segment worden geschoond voor vrijwel niet gebruikte DBC's. Ook is er een toename van het aantal DBC's dat individueel declarabel wordt (en daarmee medisch herkenbaar). Daar staat tegenover dat weinig gebruikte DBC's worden samengevoegd in kostenhomogene residu productgroepen. Deze productgroepen zijn niet medisch herkenbaar. Voor de DBC's in deze productgroep neemt de medische herkenbaarheid niet toe (ook niet af, omdat deze DBC's via de prestatiecode als DBC herkenbaar blijven in de productgroep).

In DOT neemt de medische herkenbaarheid toe door nieuwe medisch herkenbare zorgproducten te realiseren. Binnen dezelfde diagnose worden behandelingen met vergelijkbare kosten gegroepeerd in een zorgproduct. Enerzijds ontstaan er hierdoor geen residu productgroepen zoals in het alternatieve plan. Anderzijds worden soms behandelingen samengevoegd in één zorgproduct die ondanks dezelfde diagnose weinig gemeenschappelijk hebben. Dit kan tot gevolg hebben dat niet dezelfde kwaliteitscriteria kunnen gelden voor één zorgproduct. De medische herkenbaarheid neemt hierdoor weer enigszins af.

C. Vermindering aantal zorgproducten

In het alternatieve plan neemt het aantal te tarifieren en te prijzen zorgproducten af tot circa 2300 producten (excl. nieuwe complexe DBC's, Add on's en overige producten).

In DOT neemt het aantal producten af tot circa 3.000 zorgproducten (excl. Add on's en overige producten).

D. Volledige beschrijving prestaties

De volledigheid betreft de mate waarin declareerbare prestaties bestaan voor de uitgevoerde behandelingen van ziekenhuizen.

In het alternatieve plan neemt de volledigheid toe door toevoeging van extra DBC's voor complexe zorg. Daarnaast worden ook zorgactiviteiten voor IC en dure geneesmiddelen apart declarabel.

In DOT neemt de volledigheid toe door toevoeging van extra DBC zorgproducten voor complexe zorg. Daarnaast worden zorgactiviteiten voor IC en dure geneesmiddelen apart declarabel.

E. Vermindering administratieve lasten

De administratieve lasten zijn de kosten die zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten maken om DBC's te registeren en te declareren.

In het alternatieve plan nemen de administratieve lasten af door uniformering van de registratieregels. De huidige registratie van de behandelas en de validatie blijven bestaan⁸. Hier staan beperkte incidentele invoeringskosten tegenover voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

In DOT worden nog meer registratieregels geüniformeerd dan in het alternatieve plan. Ook worden DBC's door de grouper afgeleid in plaats van gevalideerd. Zorgaanbieders hoeven niet langer de behandelas te registeren en ook wordt de uitval van DBC's zo aanzienlijk kleiner. Hier staan echter hogere administratieve lasten tegenover vanwege de verzegeling van DBC-zorgproducten. Verzegeling met hashcodes moet garanderen dat zorgproducten en add ons ongewijzigd uit de grouper afkomstig zijn. Dit kan tot omslachtige administratieve processen leiden bij producten die door zorgverzekeraars worden afgekeurd. Ook zijn de incidentele invoeringskosten voor DOT aanzienlijk.

F. Specialisme onafhankelijke prestatiebeschrijvingen

De mate waarin gedefinieerde zorgproducten specialisme overstijgend zijn.

In het alternatieve plan blijft de DBC-systematiek in beginsel specialisme specifiek. Wel worden een aantal veelvoorkomende behandelingen die door meerdere specialismen worden uitgevoerd, samengevoegd in dezelfde productgroep. Zoals een circumcisie die zowel door een chirurg als een uroloog kan worden uitgevoerd.

De prijs of tarief wordt voor deze DBC's hetzelfde, onafhankelijk van welk specialisme de behandeling uitvoert.

In DOT worden zorgproducten specialisme onafhankelijk gedefinieerd.

G. Interne financiële controle

De mate waarin financiële medewerkers controle kunnen uitoefenen op de volledigheid van de DBC-declaraties.

⁸ Er zijn overigens binnen de huidige systematiek mogelijkheden om afgekeurde DBC's, alsnog automatisch af te leiden naar een valide DBC. Enkele UMC's passen dit systeem toe. Als de DBC uitvalt dan wordt de behandelas bepaald op basis van de uitgevoerde zorgactiviteiten. Specialisten worden dan niet belast met uitval, maar ze moeten wel de behandelas blijven registreren.

In het alternatieve plan (en in de huidige situatie) voert de validatiemodule controle uit op de volledigheid van het zorgprofiel ten opzichte van de door de specialist ingevoerde behandelas. Op grond van de ingevoerde behandelas kan een inschatting worden gemaakt van de waarde van de onderhanden productie. Tevens is de validatiemodule een belangrijke interne check of alle uitgevoerde zorgactiviteiten wel zijn opgenomen in het profiel.

In DOT worden zorgproducten afgeleid door de (externe) grouper. Ziekenhuizen hebben tot het moment van afleiden door de grouper beperkt inzicht in de waarde van hun productie. Daarnaast leidt een onvolledig profiel in DOT veelal niet tot uitval, maar tot een goedkoper zorgproduct. Een belangrijke interne controle op de volledigheid van het zorgprofiel komt daarmee te vervallen.

4 Conclusie

Verbeteringen van het alternatieve plan

Het alternatieve plan biedt een aantal concrete verbeteringen van de bestaande DBC-systematiek. De uitkomsten van het alternatieve plan zijn voor een belangrijk deel vergelijkbaar met DOT. Met het alternatieve plan komen er:

- Betrouwbare en stabiele DBC's
- Medisch herkenbare DBC's
- Minder zorgproducten
- Volledige weergave van prestaties
- Lagere administratieve lasten
- Toename specialisme overstijgende DBC's

Bovenstaande verbetering leiden tot een betrouwbaar en transparant DBC-systeem. Dit biedt betere mogelijkheden om over DBC's te onderhandelen. Indien het alternatieve plan is gerealiseerd, kan in 2011 ook de bekostiging (in het bestaande A-segment) gebaseerd worden op DBC's. Het FB-systeem kan worden afgeschaft.

Implementatie van het alternatieve plan

Het alternatieve plan maakt deels gebruik van verbeteringen die al zijn gerealiseerd in het kader van DOT. Daarnaast betreft het een beperkt aantal concrete verbeteringen. Dit heeft als voordeel dat het alternatieve plan in vergelijking met DOT relatief eenvoudig is te realiseren.

Het alternatieve plan biedt daarnaast een goede basis om in een later stadium alsnog DOT in te voeren. Invoering van DOT zal eenvoudiger worden als het alternatieve plan gerealiseerd is. Het alternatieve plan is dus geen afstel, maar een nieuwe fasering op weg naar DOT.

Beperkingen van het alternatieve plan

Omdat het alternatieve plan de bestaande DBC-systematiek als uitgangspunt neemt, heeft het ook beperkingen:

- DBC's blijven specialisme specifiek
- DBC's worden gevalideerd en niet afgeleid

De huidige DBC's zijn in de basis specialisme specifiek. In tegenstelling tot DOT wijzigt het alternatieve plan deze basis niet. Dit betekent dat DBC's nog niet specialisme overstijgend worden. Wel krijgen veelvoorkomende behandelingen, die door meerdere specialismen worden uitgevoerd, dezelfde prijs of hetzelfde tarief onafhankelijk van het specialisme dat het uitvoert.

De registratie van de behandelas en de validatie van DBC's blijven in het alternatieve plan bestaan. De beoogde lastenvermindering van DOT door het afleiden van DBC's (met de grouper) wordt in het alternatieve plan niet gerealiseerd. Wel worden in het alternatieve plan de administratieve lasten lager door uniformering van de registratieregels.