

# LBZ

# DOT

# ICD10

IN DE ZIEKENHUISSECTOR LEEFT AL GERUIME TIJD HET IDEALBEELD VAN DE EENMALIGE VASTLEGGING AAN DE BRON VAN ALLE ZORGERELATEERDE GEGEVENS. DOOR DE VERWEZENLIJKING HIERVAN Zouden OP EFFICIËNTE WIJZE MEERDERE INTERNE EN EXTERNE DOELEN KUNNEN WORDEN GEDIEND. DE WERKELIJKHEID IS ECHTER WEERBARSTIG. NIET ALLEEN IS HET INHOUDELIJK EEN LASTIG VRAAGSTUK, DE OPLOSSINGEN MOETEN OOK NOG EENS WORDEN BEDACHT EN INGEVOERD IN ORGANISATIES DIE TEGELIJKERTIJD MET VEEL COMPLEXE VERANDERINGEN WORDEN GECONFRONTEERD. HIER STAAT TEGENOVER DAT EEN TEKORTSCHITENDE BASISADMINISTRATIE EN BASISREGISTRATIE EEN ZIEKENHUIS VRIJWEL ZEKER OP ACHTERSTAND ZET. BOVENDIEN HEEFT HET ALS NEVENEFFECT DAT DE HIERAAN GERELATEERDE

## BASISADMINISTRATIE WAAR GAAT HET OVER?

### **Thema 1:** **Eenmalige vastlegging aan de bron**

Er zijn verschillende redenen om het ideaalbeeld van een eenmalige gegevensvastlegging aan de bron na te streven. Het bevordert de eenduidigheid van de gegevensvastlegging. Het eenmalige karakter daarvan stimuleert de doelmatigheid van de vastlegging en helpt dus bij het terugdringen van de administratieve lasten. In een ziekenhuis vormt de patiënt de natuurlijke bron van alle basisgegevens. Velen zullen bij 'gegevensvastlegging aan de bron' echter primair denken aan de plaats waar de patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.

Bepleit wordt om de basisadministratie op te bouwen vanuit de zorgdocumentatie. Daarbij staat voorop dat het zorgvuldig documenteren van de zorg (het patiëntendossier) primair is bedoeld om de continuïteit daarvan te (kunnen) garanderen. Ook bij de basisadministratie staat het belang van de patiënt dus centraal. Betreurd wordt dat de ziekenhuizen in de achterliggende jaren niet bewuster bezig zijn geweest met de vormgeving en inrichting van de zorgdocumentatie.



LANDELIJKE PROJECTEN (LBZ, DOT EN ICD 10) NIET GOED VAN DE GROND KOMEN. DEZE CONSTATERING BRACHT NVZ, NFU EN DHD ERTOE OM OP 26 MEI 2009 EEN INVITATIONAL CONFERENCE TE BELEGGEN. HIERVOOR WAREN ZOWEL BELEIDSMAKERS ALS PRAKTIJKDESKUNDIGEN UITGENODIGD. ER WAREN VERTEGENWOORDIGERS AANWEZIG VAN DE ZIEKENHUIZEN (RAAD VAN BESTUUR, HOOFDEN ZORGADMINISTRATIE, MEDISCH SPECIALISTEN), DE BRANCHEORGANISATIES NVZ EN NFU, VWS, DBC-ONDERHOUD, CBS, CBV, PROJECTLEIDER 'UITROL ICD10', EN DHD. BELANGRIJKSTE DOEL VAN DE BIJEENKOMST WAS KENNIS EN INZICHTEN TE DELEN EN ZOVEEL MOGELIJK VAN ELKAAR TE LEREN. DE GEDACHTEWISSELING IS HIER SAMENGEVAT OM EEN INZICHTELIJK TOTAALBEELD TE SCHETSEN VAN DEZE THEMA'S.



**DR. J.H. SCHAAF, VOORZITTER BESTUUR ST. DUTCH HOSPITAL DATA**

Het feit dat bij de behandeling van een individuele patiënt vele zorgprofessionals en afdelingen betrokken kunnen zijn, impliceert dat op vele plaatsen in het ziekenhuis zorggerelateerde gegevens worden vastgelegd. Afsproken moet worden welke functionarissen/afdelingen welke gegevens vastleggen. Vast staat in ieder geval dat het inrichten van een deugdelijke basisadministratie altijd maatwerk vergt.

Thema 2: Basisadministratie en -registratie  
De begrippen basisadministratie en -registratie

worden nogal eens door elkaar gebruikt. Bij basisadministratie gaat het vooral om het vastleggen en verwerken van gegevens op het niveau van de individuele patiënt. Ook zorgdocumentatie kan dus worden gezien als een vorm van basisadministratie, zij het dat deze vooral betrekking heeft op de inhoud van het individuele zorgproces. Het behoort daarom primair tot het werkkterrein van de zorgprofessional. Bij basisregistratie gaat het om een zodanige verzameling en ordening van basisgegevens, dat deze bruikbaar worden voor besturingsdoelein-

den. Idealiter kunnen de gegevens voor de basisregistratie eenvoudigweg worden afgetapt uit de zorgdocumentatie / basisadministratie. In de praktijk komt het geregeld voor dat voor specifieke doeleinden aparte gegevensverzamelingen worden aangelegd die in administratief opzicht extra inspanningen vergen. Geen wonder dat het onderscheid tussen administratie en registratie in de praktijk niet altijd even duidelijk is.

De ervaring leert dat de basisadministratie complex is, maar in essentie ook heel eenvoudig. Feitelijk gaat het steeds om het vastleggen van de antwoorden op drie vragen:

- 1 Wat heeft de patiënt (welke diagnoses worden gesteld)?
- 2 Wat doen we ermee (welke interventies en zorgactiviteiten vinden er plaats)?
- 3 Welke contacten heeft de patiënt (welke zorgprofessionals/afdelingen spelen een rol in het zorgproces)?



Met betrekking tot de registratie-druk wordt over het algemeen geconstateerd dat de afgelopen tijd te vaak en te veel wijzigingen zijn aangebracht in de gegevens-set die verplicht verzameld en aangeleverd moet worden. Ook wordt het

naast elkaar lopen van oude en nieuwe (in ontwikkeling zijnde) systemen als zeer belastend ervaren. Er is dringend behoefte aan meer stabiliteit van de registratie-eisen waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen. Dus minder polderen, minder dubbel doen en meer duidelijkheid van bovenaf.

Anderzijds leeft het besef dat een adequaat ingerichte basisadministratie en basisregistratie zeker ook voor het ziekenhuis zelf van grote betekenis is. Deze kan immers voor verschillende besturingsdoeleinden van nut zijn, zoals:

- kwaliteitsmanagement; veiligheidsmanagement; risicomanagement; bepalen marktpositie; ontwikkeling zorgpaden en ketenzorg; berekenen kostprijzen; doelmatigheidsverbetering; verbeteren patiëntenlogistiek.

Een goede basisadministratie maakt het mogelijk om te weten waar je staat en wat je doet. Voor de besturing van de zorg is dat van groot belang. Hoewel ook hier de kost voor de baat uit gaat.

Over de rol van medisch specialisten in de basisregistratie lopen de meningen uiteen. Enerzijds wordt het als een dure aangelegenheid gezien wanneer specialisten veel tijd aan registratie moeten besteden. Specialisten besteden veel tijd aan zorgdocumentatie, daar horen dus op eenvoudige wijze (voor de specialist 'niet merkbaar') de gegevens voor de regi-

stratie uit gedestilleerd te worden. Waar dat niet eenvoudig kan c.q. niet eenvoudig gedaan wordt, komt de medische codeur in beeld. Bovendien zijn medisch codeurs/zorgadministrateurs hiervoor in het algemeen beter opgeleid. Anderzijds wordt onderkend dat medisch specialisten dicht bij de bron zitten, zeker waar het de diagnostiek betreft. Bovendien hebben met name de vrijgevestigde medisch specialisten ook een financieel belang bij een correcte registratie. Alle redenen dus om daarbij ook betrokkenheid te hebben. Op dit moment worden in veel ziekenhuizen ook de DBC's door (of onder directe verantwoordelijkheid van) de specialist geregistreerd. Nog handiger is het als in plaats van de naam van de DBC de (vermoedelijke) diagnose door de specialist wordt vastgelegd. Vertrekpunt daarbij is uiteraard dat de ICT-voorzieningen hierop toegerust moeten zijn.

Met het oog op de voorziene situatie waarin de DBC's niet meer rechtstreeks worden geregistreerd, maar zullen worden afgeleid van de geregistreerde basisgegevens (diagnoses, verrichtingen en zorgactiviteiten), wordt geopperd dat een zekere taakverdeling tussen medisch specialisten en zorgadministrateurs wellicht de meeste kans van slagen heeft. In dat model registreren de medisch specialisten 'aan de poort' de meest voorkomende minder ingewikkelde diagnoses, terwijl de medisch codeurs / zorgadministrateurs later in het zorgproces aan de hand van de zorgdocumentatie de meer complexe diagnoses vastleggen. Overigens lijkt er overeenstemming over te bestaan dat voor de zorgadministratie de normale uitgangspunten voor administratieve organisatie (AO) en interne controle (IC) moeten gelden. Ook hierin heeft de zorgadministrateur een belangrijke rol te vervullen.

Onderkend wordt dat de meeste zorgprofessionals weinig plezier beleven aan het registreren. Velen zullen zich daarbij de vraag stellen: 'What's in it for me?' Voor veel medisch specialisten is er een financiële prikkel. Daarnaast hechten veel specialisten belang aan wetenschappelijk onderzoek en aan mogelijkheden om controle uit te oefenen op het eigen werk. In zijn algemeenheid wordt het van belang geacht dat degenen die registreren geconfronteerd worden met de resultaten van hun inspanningen. Dat is niet alleen motiverend, maar ook goed voor de kwaliteit van de registratie. Vanuit de praktijk is het motto luid en duidelijk: 'Houd het simpel'. Overigens kan niet iedereen zich vinden in de benadering die schuil gaat achter de vraag: 'What's in it for me?' Niet het denken vanuit het eigen perspectief zou dominant moeten zijn, maar het denken vanuit het zorgproces. Dan luidt de enige vraag die ertoe doet: 'What's in it for the patient?'

### **Thema 3: Diagnoseregistratie**

Nederland kent met de Landelijke Medische Registratie (LMR) een lange geschiedenis waar het betreft de registratie van diagnoses van ziekenhuispatiënten (klinische opnamen en dagopnamen). Feitelijk gaat het hier om een afgeleide administratie. Veel gegevens voor de LMR wor-

den aan de administratieve systemen onttrokken. Het classificeren en coderen van de diagnoses geschiedt door daarvoor opgeleide medische codeurs / zorgadministrateurs aan de hand van de beschikbare zorgdocumentatie. Daarbij wordt tot op de dag van vandaag gebruik gemaakt van de inmiddels gedateerde ICD-9. Overigens worden in de LMR (met behulp van de CvV-codering) ook de belangrijkste medische verrichtingen vastgelegd. Helaas zijn de participatiegraad en kwaliteit van de gegevensaanlevering aan de LMR de laatste jaren teruggelopen. Benadrukt wordt dat de diagnoseregistratie in het kader van de LMR (nog steeds) volledig gescheiden is van de financiële administraties van ziekenhuis en specialist. Het project DBC's op weg naar transparantie (DOT) voorziet er in dat een einde komt aan deze scheiding. De bedoeling is dat de diagnoses straks mede worden vastgelegd om het afleiden van DBC's mogelijk te maken. Overigens vraagt een enkeling zich af waarom een einde moet komen aan de toch goed werkende LMR?

Medio 2008 namen Prismant en DHD (als de nieuwe beheerder van de LMR) gezamenlijk het initiatief voor een landelijke conferentie over een mogelijke introductie van de ICD-10 in Nederland. Bij die gelegenheid hebben alle betrokken partijen zich geëngaget aan een project dat ten doel heeft om de ICD-10 in 2011 uitgerold te hebben. Reden voor de gespreksleider om bij aanvang van de conferentie te peilen hoeveel van de aanwezigen in deze doelstelling geloven. Niet meer dan 9 deelnemers steken hun hand op. Uiteengezet wordt dat met name het internationale en uniforme karakter voor de ICD-10 pleit. Daarmee biedt deze classificatie de noodzakelijke eenheid van taal in de communicatie, zowel tussen zorgprofessionals als in de vergelijking met andere landen. Van belang is dat het onderhoud van de ICD-10 in handen is van de World Health Organization (WHO), dit in tegenstelling tot de ICD-9 die reeds jaren niet meer wordt onderhouden. Vervolgens komen nog diverse andere aspecten aan de orde die voor het welslagen van de ICD-10 uitrol van belang zijn. Tevens wordt de vraag op tafel gelegd waarom niet direct wordt overgestapt van het registreren van DBC's op het registreren van diagnoses in ICD-10. Als reden wordt genoemd dat op het moment dat het nieuwe systeem DOT in werking treedt, de ICD-10 nog niet volledig ingevoerd zal zijn. Het eindresultaat is niettemin dat de gespreksleider bij het sluiten van de conferentie tevreden kan vaststellen dat er tijdens de conferentie 7 gelovigen zijn bijgekomen.

Reden voor de gespreksleider om de vraag te stellen wat de overgang naar de ICD-10 voor de LMR gaat betekenen? Hierop wordt uiteengezet dat er in opdracht van DHD reeds enige tijd wordt gewerkt aan de ombouw van de LMR naar een moderne landelijke databank van zorggerelateerde basisgegevens, de Landelijk Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). De bedoeling is dat deze vanuit de basisregistraties in de ziekenhuizen gevuld gaat worden. Dus ook

hier eenmalige vastlegging aan de bron voor meervoudig gebruik. Het ontwerp van de LBZ voorziet erin dat de diagnoses in de LBZ straks vastgelegd gaan worden met behulp van de ICD-10.

#### **Thema 4: DBC's op weg naar transparantie (DOT)**

De belangrijkste reden om met DOT van start te gaan, is dat de huidige DBC-systematiek niet stabiel en transparant genoeg is om prestatiebekostiging in te voeren in de ziekenhuissector. Feitelijk is nu sprake van een DBC-systematiek die per medisch specialisme verschilt. De opzet van DOT is daarom om tot een beter gestructureerde, eenvoudiger en uniforme DBC-systematiek te komen. Het aantal DBC's wordt teruggebracht van ruim 30.000 tot rond de 3.000. Einddoel is dat deze 3.000 DBC's met behulp van een zogenaamde 'grouper' kunnen worden afgeleid uit een aantal basisgegevens (diagnoses, verrichtingen en zorgactiviteiten). In afwachting van de implementatie van de ICD-10 in de ziekenhuizen voorziet DOT tijdelijk echter nog wel in het decentraal registreren van DBC's. Vooralsnog is het slechts mogelijk om langs de omgekeerde route op hoofdgroepenniveau van de ICD-10 een diagnose aan een DBC te koppelen. Met ingang van 2011 zou er een afleidingsmodaliteit moeten zijn, zodat ziekenhuizen de ICD-10 diagnosecodes aan de grouper kunnen aanbieden.

Gememoreerd wordt dat de chirurgen, als de oorspronkelijke initiatiefnemers van de DBC-systematiek, indertijd geen koppeling met een zorginhoudelijke registratie voor ogen stond. De bedoeling van de chirurgen was een nieuw honoreringssysteem te ontwikkelen dat voldeed aan het uitgangspunt: 'loon naar werken'. De huidige DBC-systematiek wijkt in de opinie van die chirurgen dan ook sterk af van de oorspronkelijke ideeën uit begin jaren negentig.

Sommigen vragen zich af waarom het falen van de bestaande DBC-systematiek niet alsnog tot de conclusie heeft geleid dat aangesloten moet worden bij de in vele landen gangbare DRG-systematiek (diagnosis related groups). Waarom is gekozen voor een intensief en kostbaar verbeteringstraject als DOT? Het antwoord is dat de DBC-systematiek belangrijke voordelen heeft omdat de DRG-systematiek zich beperkt tot de kliniek. Kenmerkend voor de DBC-systematiek is dat deze zowel de klinische als de ambulante ziekenhuiszorg omvat en de keten van zorg financiert. Daarmee is er een optimale prikkel voor de substitutie van dure naar goedkopere zorg.

Gewezen wordt op de samenhang tussen DOT en het gebruik van prestatie-indicatoren. Prestatiebekostiging impliceert immers dat zowel op kwaliteit als op prijs wordt gestuurd. Het doel van DOT mag dan ook niet uit het oog worden verloren. Het gaat primair om het verkrijgen van transparantie. Van belang is dat DOT stimuleert tot het op orde brengen van de basisadministratie in ziekenhuizen. Een deugdelijke

basisadministratie en basisregistratie is niet alleen een randvoorwaarde voor het afleiden van DBC's, maar ook voor het afleiden van prestatie-indicatoren. Als voorbeeld wordt in dit verband het project 'Zichtbare Zorg' genoemd. Zowel DOT als de prestatie-indicatoren bieden handvatten voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording.

Betreurd wordt dat het proefdraaien met DOT ertoe leidt dat gedurende anderhalf jaar dubbel geregistreerd moet worden (oude DBC-systematiek en DOT). Als gevolg daarvan is sprake van een aanzienlijke toename van de administratieve belasting. Complicerend is tevens dat het proefdraaien met DOT parallel verloopt met de geplande uitrol en implementatie van de ICD-10 in de ziekenhuizen. Bovendien zal op enig moment ook proefgedraaid moeten worden met de echte afleidingsmodaliteit voor de DBC's. Beseft wordt dat erg veel tegelijk op de ziekenhuizen afkomt en dat de gepresenteerde tijdschema's behoorlijk ambitieus zijn.

### **Thema 5: Medisch codeur en zorgadministrateur**

Van oudsher is sprake van een waterdichte scheiding tussen het werk van de medische codeurs (het controleren, classificeren en coderen van de ontslagdiagnoses en het aanleveren daarvan aan de LMR) en het werk van de financiële administratie in ziekenhuizen (het vastleggen, controleren en factureren van declarabele verrichtingen en zorgactiviteiten). De introductie van de DBC-systematiek heeft daarin duidelijk verandering gebracht. Er is veel meer behoefte ontstaan aan de specifieke kennis waarover deze beroepsgroep beschikt. Zodra de DBC's echt afgeleid gaan worden van de diagnoses, verrichtingen en zorgactiviteiten zal deze behoefte naar verwachting alleen nog maar verder toenemen. Alle redenen dus om hieraan separaat aandacht te besteden.

Voor menigeen is de naamgeving 'medisch codeur' nauw verbonden met het relatieve isolement waarin deze beroepsgroep lange tijd haar taken heeft vervuld. Waar ziekenhuizen bewust geïnvesteerd hebben in zorggerelateerde administratieve kennis, treft men dan ook steeds vaker 'zorgadministrateurs' aan. De evolutie van vakinhoud en naamgeving gaan daarbij hand in hand. Gegeven het feit dat het accent in de ziekenhuizen begrijpelijkerwijze vaak op het factureren heeft gelegen, bestaat de indruk dat de investeringen in zorgadministratieve kennis vaak onvoldoende zijn geweest. In samenhang daarmee is er weinig kennis van gegevensvastlegging in ziekenhuizen. Gevreesd moet worden dat het aanzienlijke inspanningen zal vergen om de ontstane achterstanden op dit terrein weg te werken.

Van belang is dat de diagnoseregistratie in de nieuwe DBC-systematiek niet alleen de kliniek en de dagbehandeling betreft, maar ook de polikliniek. Voor veel medisch codeurs is dat een nieuw werkterrein. Bovendien vervullen de medisch specialisten met name hier een belangrijke rol waar het de vastlegging van diagnosegegevens betreft. Dit betekent dat nieuwe samenwerkingsrelaties zullen ontstaan, waarin de zorgadministrateur een belangrijke rol heeft te vervullen. Als gevolg van dit veranderende beroepsprofiel zal ook de opleiding van de medisch codeur/zorgadministrateur aanpassing behoeven. Het blijft dus niet bij een omschakeling van de ICD-9 op de ICD-10, hoe belangrijk de rol van deze beroepsgroep daarin ook zal zijn. Het gaat niet alleen om een verandering van taken, maar ook om een aanzienlijke uitbreiding. Bij de aanwezigen leeft dan ook het besef dat de ziekenhuizen de komende jaren flink in de opleiding van medisch codeurs /zorgadministrateurs zullen moeten investeren.

### **Thema 6: Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)**

DHD is niet alleen opgericht door de NVZ en de NFU om de bestaande verzamelingen van ziekenhuisgegevens te beheren, maar ook om deze zo nodig verder te ontwikkelen. In dat kader heeft DHD expliciet de opdracht gekregen van de beide brancheorganisaties om de LMR om te bouwen tot een moderne integrale Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (voorheen aangeduid als LZI). Evenals de LMR door DHD wordt beheerd, zal dat ook voor de LBZ het geval zijn. Inmiddels is het datamodel gereed en heeft DHD opdracht gegeven voor de verdere ontwikkeling van de LBZ.

De bedoeling is dat de LBZ gevoed gaat worden vanuit de basisregistraties van de ziekenhuizen. Nieuw ten opzichte van de LMR is onder meer dat ook de poliklinische diagnoses, verrichtingen en zorgactiviteiten worden vastgelegd, evenals de gepseudonimiseerde burgerservicenummers (BSN's). Doorlevering van deze gegevens aan derden zal onder regie van DHD plaatsvinden. Aan deze opzet (inclusief de functie die aan DHD is toegekend) ligt het uitgangspunt ten grondslag dat de ziekenhuisbranche zelf de verantwoordelijkheid wenst te dragen voor het beheer en de kwaliteit van de gezamenlijke landelijke basisregistratie.

Tijdens de slotdiscussie blijkt er de nodige waardering te bestaan voor het concept van de LBZ. Daarentegen blijkt dat een enkeling niet enthousiast is over de regierol die DHD is toebedacht bij de ontwikkeling en het toekomstig beheer van deze landelijke databank. Reden voor de gespreksleider om te concluderen dat er behoefte is aan nadere afstemming tussen de betrokken organisaties en instanties. □