

DBC's betrouwbare basis voor capaciteitsplanning

De logistiek van het ziekenhuis

drs. E.T. van der Meer, adviseur
zorglogistiek, Onze Lieve
Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

ir. M.A.A. School, senior adviseur
bedrijfsvoering en positionering,
Prismant, Utrecht

Correspondentieadres:
mariette.school@prismant.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De overgang van functiegerichte budgetten naar DBC's leidt tot minder stabiele inkomsten en risico's voor het voortbestaan van ziekenhuizen. Een vertaalslag van productieafspraken naar benodigde capaciteiten kan voor meer zekerheid zorgen.

Zowel voor ziekenhuisorganisaties als voor medisch specialisten is de DBC-systematiek in korte tijd uitgegroeid tot een onontkoombaar gegeven. Diagnose-behandelcombinaties beïnvloeden vergaand de dagelijkse werkpraktijk en het inkomen. Niet iedereen is daar gelukkig mee. Zo bestaat er in het veld enige aarzeling, omdat men niet is overtuigd van de kwaliteit van informatie die DBC's bieden. Bovendien is er tot nu toe weinig ervaring met capaciteitsplanning op grond van DBC's. Prismant en het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) ontwikkelen in een samenwerkingsverband methodieken om managementvraagstukken in ziekenhuizen op te lossen. In dit kader presenteren wij een succesvolle methode om DBC-prognoses en productieafspraken van afdelingen te vertalen naar benodigde capaciteiten. Dat ziekenhuisorganisaties en medisch specialisten reserves hebben over de wijzigingen in de bekostiging van de zorg is begrijpelijk. De stapsgewijze vervanging van het functiegerichte budget (FB) door DBC's, van semivastgestelde budgetten naar marktwerking, zorgt voor minder stabiliteit in inkomsten en risico's voor het voortbestaan van ziekenhuizen. Die onzekerheid zal met de uitbreiding van het vrij onderhandelbare B-segment naar circa 35

procent in 2009, alleen maar toenemen. Een extra reden om de besturing en beheersing van de zorgverlening in een ziekenhuis op basis van DBC's adequaat vorm te geven.

Strategisch

Om productieafspraken met zorgverzekeraars te vertalen naar de benodigde ziekenhuiscapaciteiten, gebruiken ziekenhuizen al langere tijd productieparameters zoals aantallen opnamen, dagopnamen en operaties. De benodigde capaciteit van diagnostische en therapeutische faciliteiten (laboratorium, radiodiagnostiek, functieafdelingen, fysiotherapie, enzovoort) blijft daarmee buiten het gezichtsveld.

Nu ziekenhuizen afspraken met zorgverzekeraars kunnen maken op basis van DBC's, kunnen zij duidelijke (strategische) keuzen maken om zich te specialiseren in bepaalde patiëntengroepen, bijvoorbeeld in cardiothoracale chirurgie, knie- en heupoperaties en cataractoperaties. Met het instrument dat wij hier beschrijven kan het ziekenhuis de gevolgen van deze nieuwe productieafspraken met de zorgverzekeraar vertalen in de benodigde capaciteiten. Er zijn immers wel afspraken met de zorgverzekeraar gemaakt in termen van volume, zorgprofielen en verkoopprijzen, maar het is aan het ziekenhuis om een vertaalslag te maken naar de capaciteiten die hiervoor nodig zijn.

Voor vakgroepen/maatschappen is dit instrument een hulpmiddel om objectief aan te tonen

Het veld is niet overtuigd van de kwaliteit van informatie die DBC's bieden

welke en hoeveel capaciteiten in het ziekenhuis voor het specialisme beschikbaar moeten zijn om de productieafspraken te realiseren.

Stuklijst

In het OLVG is gestart met het ontwikkelen van wat in de industrie bekendstaat als een ‘stuklijst’; een lijst met onderdelen die nodig zijn om een bepaald product te maken. In de industrie zijn die stuklijsten onmisbaar, omdat je zonder stuklijst niet weet wat en hoeveel er aan onderdelen moet worden ingekocht.

In een ziekenhuis werkt het in feite niet anders. Op basis van het zorgprofiel van DBC's wordt een stuklijst samengesteld die prospectief zichtbaar maakt hoeveel capaciteiten van welke soort nodig zijn bij een voorgenomen productievolume (bijvoorbeeld 1,7 consult per DBC, 0,9 opname, 0,9 röntgenonderzoek, etc.).¹ Dit maakt het mogelijk een integraal capaciteitsplan voor operatiekamer, bedden, spreekuren, röntgen, laboratorium enzovoort, op te stellen. Een belangrijk verschil tussen deze stuklijst en stuklijsten uit de industrie is dat de industrie werkt met stuklijsten waarin integrale waarden (gehele getallen) zijn opgenomen. Omdat zorgprocessen variëren per individuele patiënt, gaat de stuklijst op basis van DBC's uit van gerealiseerde gemiddelde zorgprofielen en gemiddelde capaciteitsbehoeften. Bij de zorgverlening in de praktijk werkt het ziekenhuis natuurlijk wel met gehele onderdelen. Hiervoor is het nodig om deze gemiddelde behoefteprofielen en capaciteitsbehoefte prospectief te vertalen naar zorgtrajecten.

Bij het berekenen van de benodigde capaciteit voor een bepaalde productie hanteert het OLVG vier opeenvolgende stappen:

1. De businessunit stelt de voorgenomen DBC-productie vast. Dit houdt in dat de businessunit per DBC besluit of deze, en zo ja hoeveel hiervan worden gerealiseerd.
2. Aan elke DBC komt een stuklijst te hangen. Uitgangspunt hiervoor zijn de gemiddeld gerealiseerde DBC-zorgprofielen van het voorgaande jaar. In deze zorgprofielen (stuklijst) staan verrichtingen uitgesplitst naar tijd, ligdagen, aanvragen of bepalingen.
3. Vermenigvuldiging van de zorgprofielen met de voorgenomen productie van de businessunit geeft als uitkomst de netto capaciteitsbehoefte per capaciteitssoort.
4. Elke capaciteitssoort krijgt een hoeveelheid buffercapaciteit toegekend die nodig is om schommelingen in vraag en spoed te kunnen opvangen. Deze buffercapaciteit wordt bij de nettocapaciteitsvraag opgeteld. Naast deze logistieke kenmerken van de vraag, spelen overeengekomen kwaliteits- en serviceaspecten van de te leveren prestaties een rol. Vaak is het mogelijk deze in een capaciteitsbehoefte te vertalen. Uitkomst hiervan is de brutocapaciteitsbehoefte per capaciteitssoort.



Meer artikelen over de DBC-systematiek vindt u in het dossier DBC op www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Smet de R. Plannen met DBC's, capaciteitsplanning aan de hand van Diagnose Behandel Combinaties, 2008.

Een voorbeeld

Stel de vakgroep Orthopedie heeft het voornemen volgend jaar honderd extra heupoperaties uit te voeren. Welke en hoeveel extra capaciteiten moeten beschikbaar komen om deze productiestijging te realiseren? Door de

Stappenplan rekenmodel vakgroep Orthopedie				
	stap 1 DBC-productie-afpraak	stap 2 gemiddeld gerealiseerd zorgprofiel per DBC	stap 3 netto benodigde capaciteit	stap 4 bruto benodigde capaciteit
extra aantal heupoperaties	100			
poli		45 min	75 uur	+ buffer 10% = 82,5 uur
prescreening		15 min	25 uur	+ buffer 10% = 27,5 uur
kliniek		5 dagen	500 dagen/365 = 1,4 bed	+ buffer 15% = 1,6 bed
OK		2 uur	200 uur	+ buffer 10% = 220 uur
fysiotherapie		150 min	250 uur	+ buffer 10% = 275 uur
beeldvormende diagnostiek		4 aanvragen	400 aanvragen	400 aanvragen
klinische chemie en hematologie		5 aanvragen	500 aanvragen	500 aanvragen



Door proactief productievoor-nemens en capaciteiten op elkaar af te stemmen, kan het ziekenhuismanagement wachttijden en onbenutte capaciteiten voorkomen.

beeld: Getty Images

stappen in het rekenmodel te doorlopen, volgt het antwoord op deze vraag vanzelf. De aanvragen beeldvormende diagnostiek, klinische chemie en hematologie zijn in het voorbeeld versimpeld. In het werkelijke model zijn de aanvragen gespecificeerd naar verrichtingencodes. De betrokken afdelingen vertalen deze codes naar een capaciteitsbeslag.

Dashboard

Het is de bedoeling dat het rekenmodel een hulpmiddel is bij het jaarlijks opstellen van de capaciteitsbehoeften van de afzonderlijke businessunits. Het opstellen van deze capaciteitsbehoeften maakt deel uit van de planningscyclus. Om het controleren en monitoren van uitkomsten te vergemakkelijken, is een digitaal dashboard of controlepaneel ontwikkeld met

uniforme indicatoren voor de realisatie van onder andere productie, bezettingspercentages en wachttijden. Naast deze algemene indicatoren zijn per businessunit meer gedetailleerde standaardrapporten beschikbaar, met verdiepende informatie over de indicatoren. Met behulp van deze rapporten kan het management nader onderzoeken waar bijsturing nodig is. Door de capaciteitsplanning op basis van DBC's onderdeel te maken van de planning- en controlcyclus, integreert deze in de reguliere bedrijfsvoering. Capaciteitsplanning is dan niet meer een eenmalige verbeteringslag, maar behoort direct tot de continue sturingscyclus van een ziekenhuis. Hierdoor kan het ziekenhuismanagement proactief productievoor-nemens en capaciteiten op elkaar afstemmen, wat wachttijden en onbenutte capaciteiten voorkomt. Doordat inzicht ontstaat in de relatie tussen capaciteitsbenutting, de benodigde bufferruimte en de gewenste doorstroom, kan het ziekenhuis betere keuzen maken. Dit vermindert risico's op onverwachte knelpunten in het patiëntenproces. Door deze bottlenecks in de planningsfase te signaleren en aan te pakken, zijn er veel minder problemen in de dagelijkse uitvoering van de zorg. In het geval van overcapaciteit bijvoorbeeld is tijdige bijsturing mogelijk. Voor patiënten betekent dit een betere service en minder wachttijd, voor een afdeling vermindering van logistieke problemen en onnodige kosten. 

SAMENVATTING

- Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis toont aan dat met goede DBC-profielen productieafspraken integraal kunnen worden vertaald naar benodigde capaciteiten.
- Een van de sturingsinstrumenten is de beschikbaarheid van een zogenaamde stuklijst die prospectief zichtbaar maakt hoeveel capaciteiten van welke soort nodig zijn bij gemaakte productieafspraken.
- Dit maakt goede planning van ziekenhuiszorg op grond van DBC's mogelijk.
- Daarmee vermindert de inkomstenonzekerheid van medisch specialisten en het risico voor het voortbestaan van ziekenhuizen.