

## De introductie van DBCs en administratieve lasten

### 1. Inleiding

In deze notitie wordt omschreven welke effecten de invoering van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) op de administratieve lasten (AL) van het bedrijfsleven heeft. De nadruk ligt hierbij op de zorgaanbieders. Hierbij wordt het ziekenhuis opgevoerd als drager van de AL. De AL van de medisch specialist, veelal zelfstandig ondernemer binnen een ziekenhuis, worden niet apart vermeld maar in de ziekenhuis AL meegenomen<sup>1</sup>. De AL van Zelfstandige Behandel Centra (ZBC) en extramuraal werkende specialisten worden, gezien de kleine omvang, niet apart inzichtelijk gemaakt maar met een opslag<sup>2</sup> op de ziekenhuizen AL. De effecten van DBC's op de AL van zorgverzekeraars worden kort aangestipt, maar niet kwantitatief uitgewerkt. Deze effecten worden meegenomen bij het project declaratiecasus.

De effecten voor de AL op de introductie van DBC's bij de Geestelijke Gezondheidszorg worden in een aparte notitie weergegeven. Deze notitie zal medio 2006 afgerond worden.

Voor het bepalen van de AL is gebruik gemaakt van de kabinetsdefinitie van administratieve lasten:

“De kosten voor het bedrijfsleven om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.”

Allereerst wordt een beschrijving gegeven van de DBC systematiek en de afwegingen die gemaakt zijn bij de invoering hiervan. Vervolgens wordt kort aangegeven welke AL voor ziekenhuizen in de nulmeting AL staan opgenomen. De basis van de DBC systematiek ligt in de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de beleidsregels en nadere regels die hieronder liggen. De beleidsregels en nadere regels worden door CTG-ZAio vastgesteld. Beleidsregels behoeven goedkeuring van de Minister van VWS. Aan de hand van de drie belangrijkste regels worden de consequenties voor de AL beschreven. Vervolgens worden niet aan een specifieke regel toe te kennen gevolgen voor de AL weergegeven. In bijlage 1 staan alle beleidsregels en nadere regels die een rol spelen bij de DBC introductie kort weergegeven. In deze notitie wordt geschetst welke effecten optreden, de vertaling hiervan in cijfers vindt u in bijlage 2.

### 2. DBC systematiek

Al enkele jaren wordt er binnen de ziekenhuizen gewerkt aan het registreren en administreren van de zorg aan de hand van een nieuw systeem; de DBC systematiek. De DBC bestaat uit een koppeling tussen de zorgvraag, de diagnose en de zorgprestaties (behandeling). De DBC bevat alle verrichtingen die nodig zijn om de patiënt voor een specifieke zorgvraag te behandelen. De DBC ontstaat op het moment dat een patiënt zich meldt met een zorgvraag en wordt afgesloten zodra de behandeling van de patiënt is afgerond.

De introductie van DBC's kent drie doelstellingen;

1. het verhogen van de transparantie van inhoud en kosten van een medische behandeling voor zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënt,

---

<sup>1</sup> Ziekenhuizen en medisch specialisten vormen samen een Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB)

<sup>2</sup> De opslag AL voor ZBC en extramuraal werkende specialisten bedraagt 2% van de ziekenhuis AL, dit komt neer op €0,4 mln.

2. een instrument invoeren aan de hand waarvan marktwerking<sup>3</sup> in de zorg geïntroduceerd kan worden, en
3. een instrument invoeren aan de hand waarvan prestatiebekostiging mogelijk wordt.

De invoering van de DBC systematiek heeft een forse impuls gegeven aan de bedrijfsvoering binnen ziekenhuizen en heeft geleid tot een volledige heroriëntatie op het ICT gebruik. De invoering van DBCs maakt het ook mogelijk dat er andere doelen in de zorg bereikt kunnen worden. Zo kan aan de hand van DBCs meer efficiëntie in de administratie van zorgprocessen plaatsvinden. In de toekomst wordt het ook mogelijk om een koppeling te maken tussen de administratie voor de bekostiging en het elektronisch patiënten dossier. Dat betekent dat medisch specialisten de gegevens betreffende de diagnose en behandeling van een patiënt slechts één keer hoeven te registreren. In veel ziekenhuizen is er nu nog sprake van twee gescheiden administraties en overlap in registratie. De koppeling van administraties levert voordelen op zoals, ondersteuning van de logistiek, snelle beschikbaarheid van gegevens betreffende een patiënt kan de veiligheid in acute situaties bevorderen, grotere doelmatigheid bij de planning en control in het ziekenhuis.

De DBC systematiek is per 1 januari 2005 ingevoerd. Dat betekent dat per 1 januari 2005 alle ziekenhuizen hun productie in DBCs moeten registreren en declareren. Met ingang van 1 februari 2005 wordt 10% van de zorgproductie van de ziekenhuizen ook bekostigd op basis van de DBCs. Hiervoor wordt onderhandeld tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars.

### **3. Afwegingen bij de invoering van de DBC systematiek**

De invoering van DBCs brengt bij aanvang veel wijzigingen in het administratieve proces met zich mee. De incidentele lasten zijn zowel in arbeidstijd als kosten relatief hoog. Ziekenhuizen moeten hun administratieve proces in meer of mindere mate wijzigen en de informatisering op een hoger niveau brengen.

Uitgangspunten bij de introductie van DBCs zijn geweest:

- Beperk de AL zoveel mogelijk (bijvoorbeeld door gebruik te maken van informatiesystemen die al in de ziekenhuizen worden gebruikt);
- Hergebruik de DBC-gegevens zo veel als mogelijk om het 'rendement' op de registratie zo hoog mogelijk te maken;
- De controle van de administratieve processen behoort tot de verantwoordelijkheid van de direct betrokkenen. Interne controle maatregelen (tijdigheid, volledigheid en betrouwbaarheid) zijn zoveel mogelijk opgenomen in de administratieve processen in de ziekenhuizen door de kaderregeling AO/IC en de validatie module. Dit is in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij de controle achteraf plaats vindt.

Bij de invoering van DBCs hebben bovenstaande uitgangspunten de besluitvorming over de implementatie bepaald. Hoewel het vanuit systeemtechnisch oogpunt bijvoorbeeld beter geweest zou zijn om niet aan te sluiten op de al bestaande en gebruikte informatiesystemen, is daar wel voor gekozen, om de AL die samenhangen met de invoering zoveel mogelijk te beperken.

### **4. AL in de situatie voor 2005**

In de nulmeting voor ziekenhuizen is een bedrag voor AL opgenomen van €51,8 mln voor het declaratieverkeer. De handelingen die hiermee gemoeid zijn, betreffen de werkzaamheden die in de centrale ziekenhuisadministratie verricht worden voor het opmaken en indienen van facturen.

---

<sup>3</sup> De introductie van marktwerking in de ziekenhuiszorg heeft grote gevolgen voor de bedrijfsvoering bij ziekenhuizen en

In de nulmeting is echter geen rekening gehouden met de registratie van het zorgproces. Deze omissie is naar voren gekomen bij de analyse in de afgelopen periode. Voor de registratie van het zorgproces wordt er een correctie op de nulmeting ziekenhuizen gedaan van + €60,7 mln.

Daarnaast is er een bedrag van €20,4 mln toe te rekenen aan ziekenhuizen uit de nulmeting van Justitie voor de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Dit betreft de registratie die zorgverleners vanuit deze wet moeten bijhouden. Het totaal van de AL ziekenhuizen voordat DBCs zijn geïntroduceerd bedraagt dan €133 mln.

## **5. DBC systematiek en AL**

De DBC-invoering brengt grote veranderingen in de administratieve procedures met zich mee. Bij het beoordelen van de AL maken we onderscheid tussen de fase van invoering van de DBCs en de fase waarin de DBC systematiek daadwerkelijk is ingevoerd en de kinderziekten zijn overwonnen. Gezien de omvang van de wijziging zal het enige jaren duren voordat de nieuwe werkwijze volledig is ingevoerd en de ziekenhuizen hieraan gewend zijn. Ook na 2005 zullen er nog diverse aanpassingen aan de DBC systematiek worden gedaan. De AL die hiermee samenhangen met de invoering zijn te kenmerken als incidentele lasten. De AL in de structurele situatie hebben betrekking op de periode vanaf 2007.

De introductie van de DBC systematiek is mogelijk gemaakt door wijziging van de WTG en door beleidsregels en nadere regels onder de WTG. De WTG is met ingang van 1 februari 2005 gewijzigd. De gevolgen van de DBC systematiek voor de AL worden aan de hand van de 3 belangrijkste regels besproken. Dit zijn:

- Minimale Dataset (MDS),
- Kaderregeling AO/IC, en
- Validatie module.

De overige beleids- en nadere regels voor de DBC systematiek worden in bijlage 1 kort toegelicht. De effecten hiervan op de AL worden niet apart toegelicht, maar zijn meegenomen bij de algemene gevolgen van de DBC introductie. Voor een overzicht van de gewijzigde regelgeving onder de WTG wordt verwezen naar de website van CTG-ZAio (<http://www.ctg-zaio.nl>).

### **5.1 Verplichte aanlevering en verspreiding Minimale Dataset (MDS) (nadere regel CU/NR-100-002)**

Ziekenhuizen hebben wettelijke informatieverplichtingen naar diverse partijen. Een analyse hiervan heeft geleid tot een minimale dataset (MDS) waarmee aan deze informatieverplichtingen voldaan kan worden. Alle ziekenhuizen versturen maandelijks deze MDS elektronisch aan het DBC informatie systeem (DIS). De gegevens die zij versturen komen uit het reguliere administratieve proces. In deze nadere regel wordt aangegeven welke gegevens (MDS) door ziekenhuizen aan het DIS geleverd moeten worden. Tevens is geregeld welke gegevens vanuit het DIS worden uitgeleverd. Met deze uitlevering van gegevens uit het DIS kan op efficiënte wijze aan de informatieverplichtingen van ziekenhuizen worden voldaan. De afnemers van het DIS zijn op dit moment het CTG-ZAio, CVZ, CTZ, VWS, CBS en Stichting DBC onderhoud.

In de nadere regel MDS is ook voor verzekeraars de verplichting opgenomen om gegevens te leveren aan het DIS. Op dit moment is de verwachting dat het niet noodzakelijk is dat er gegevens door zorgverzekeraars geleverd gaan worden. In deze notitie worden daarom geen incidentele of structurele lasten voor zorgverzekeraars opgenomen voor levering van gegevens aan het DIS.

---

verzekeraars. Deze wijziging in de bedrijfsvoering blijft hier buiten beschouwing.

### **Invloed op de AL**

De incidentele AL bedragen €4,2 mln en komen voort uit aanschaf van de DIS softwaremodule, test en inleertijd van de module, proefaanleveringen aan het DIS en aanloopproblemen bij de productieleveringen aan het DIS. De structurele AL bedragen €2.2 mln en komen voort uit extra licentiekosten en het onderhoud en gebruik van de DIS module. De AL van de aanlevering van gegevens zijn meegenomen bij de ZFW (brief Z/F-2555039).

De verminderde informatievraag leidt tot een verlaging van de AL voor zorgaanbieders. De MDS en de centrale vastlegging hiervan in het DIS betekent dat ziekenhuizen minder tijd kwijt zijn met het voldoen aan externe informatieverplichtingen. De effecten hiervan op de AL worden hier niet uitgewerkt, maar maken deel uit van de resultaten van het project Maatschappelijke Verantwoording.

De uitleverkant van het DIS heeft positieve gevolgen voor de afnemers van het DIS. CTG-ZAio, CVZ, CTZ, VWS, CBS zullen minder kosten maken voor het verzamelen van de informatie die zij nodig hebben. Deze effecten maken geen onderdeel uit van de AL en worden niet uitgewerkt.

### **5.2 Kaderregeling AO/IC (nadere regel CU/NR-100.003)**

Ter waarborging van de betrouwbaarheid van het DBC-systeem worden eisen gesteld aan de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) bij de zorgaanbieders. Er is hierbij gekozen voor een kaderregeling en geen uitgebreide, gedetailleerde AO-IC. De kaderregeling is een regeling op hoofdlijnen waar de ziekenhuizen aan gehouden zijn. Een gedetailleerde AO-IC brengt meer AL met zich mee dan een kaderregeling. Een gewenst neveneffect van de kaderregeling AO-IC is dat deze een standaardisering aanbrengt in de administratieve processen.

Het uitgangspunt bij de controle-aanpak van de DBC-systematiek is controle aan de bron, duidelijke verantwoordelijkheden voor partijen in de keten en geen dubbele controles. De nieuw ontwikkelde controleketen is met alle partijen in de zorg opgesteld en afgestemd met de toezichthouders. De kaderregeling AO/IC bij de zorgaanbieder is de eerste stap in de DBC controleketen. Met de kaderregeling verschuift een deel van de controles van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder. Zorgaanbieders hebben hierbij meer verantwoordelijkheid voor de controle op de juistheid van facturen en zijn minder tijd kwijt door controles uitgevoerd door de zorgverzekeraar. Er is door zorgaanbieders de afgelopen periode veel werk verricht om aan de kaderregeling AO/IC te kunnen voldoen.

In de kaderregeling is voorgeschreven dat de interne controle (IC) afdeling/functionaris zorgdraagt voor een rapportage aan het management over de opzet, het bestaan en de werking van de AO/IC. Op basis van deze rapportage wordt de Raad van Bestuur in staat gesteld een bestuursverklaring af te geven over de DBC-registratie en DBC-facturatie. Vervolgens toetst de accountant het gestelde in de bestuursverklaring.

Het voorschrijven van een externe accountantscontrole en een bestuursverklaring bleek voor de zorgverzekeraars van belang om te kunnen vertrouwen op de controles binnen de ziekenhuizen, zodat de zorgverzekeraars minder controles uit hoeven te voeren.

### **Invloed op de AL**

De invloed op de AL komt voort uit de veranderde controlemethodiek. De werkzaamheden voor het medische personeel wijzigen niet. De incidentele AL bedragen €24,5 mln en hebben betrekking op de opzet van de AO/IC. Vanaf 2004 tot in 2005 zijn zorgaanbieders bezig geweest met het invoeren van de kaderregeling AO/IC, herstructureren van de administratieve organisatie en voorbereiden van de bestuursverklaring. De IC functie die door de kaderregeling

wordt geëist en de accountantscontrole op de bestuursverklaring betekenen een toename van de structurele AL met €8.4 mln.

Door de verschuiving van controles naar de zorgaanbieder vermindert de controlelast bij verzekeraars vanaf het jaar 2006. De bedrijfsvoeringslasten van de verzekeraar zullen hierdoor verminderen. Deze vermindering wordt hier buiten beschouwing gelaten omdat deze controles niet wettelijk voorgeschreven zijn en geen deel uitmaken van de AL.

### **5.3 Validatie module (nadere regel CU/NR-100.004)**

Zorgaanbieders zijn voor de registratie en facturering van DBCs gehouden in hun registratie en factureringsoftware een validatie module op te nemen. De verplichting voor deze validatie module is opgenomen in de kaderregeling AO/IC. De validatie module is een elektronische toets aan het einde van het administratieve proces in het ziekenhuis. Hiermee wordt de betrouwbaarheid van DBCs getoetst en de juistheid van de registratie geverifieerd. Het voorschrijven van de validatie module bleek voor de zorgverzekeraars van belang om te kunnen vertrouwen op de facturen van de ziekenhuizen, zodat de zorgverzekeraars minder controles uit hoeven te voeren. De huidige versie van de validatie module voldoet nog niet aan alle vereisten. Op dit moment wordt gewerkt aan een verbeterde versie. De verwachting is dat deze per 1 januari 2006 ingevoerd zal gaan worden.

De validatie module zorgt ervoor dat er minder onjuiste facturen de deur uitgaan. In het verleden bleek dat 5% van de facturen fouten bevatten met als gevolg veel administratieve rompslomp bij zowel ziekenhuizen als verzekeraars. De validatie module is één van de middelen om het foutenpercentage bij facturen fors te laten afnemen.

#### **Invloed op de AL**

De incidentele AL voor ziekenhuizen bedragen €42,3 mln en komen voort uit aanschaf van de validatie softwaremodule, test en inleertijd van de module en het onder controle brengen van de uitval uit de validatie. In 2006 wordt er een nieuwe versie van de validatie module in gebruik genomen. Deze zal zorgen voor minder uitval dan nu het geval is zodat er meer geautomatiseerd verwerkt kan worden. Verzekeraars hebben hun systemen aan moeten passen om de DBC facturen te kunnen verwerken. Met een ketentest is geconstateerd dat het declaratieverkeer tussen ziekenhuizen en verzekeraars correct verloopt.

De structurele AL voor ziekenhuizen bedragen €9.5 mln en komen voort uit extra licentiekosten van de validatie module en het onderhoud en gebruik hiervan. De afname in AL wordt behaald bij verzekeraars door het verminderde aantal onjuiste facturen. De effecten hiervan op de AL worden hier niet uitgewerkt, maar maken deel uit van de resultaten van het project declaratiecasus.

### **5.4 Overige gevolgen voor AL door de DBC systematiek**

Naast de bovenstaande, specifiek aan gewijzigde regelgeving toe te rekenen, wijziging in de AL zijn er overige gevolgen voor de AL door de DBC systematiek. Deze gevolgen worden onderstaand besproken.

#### **5.4.1 Registratie DBC**

Zowel in de oude situatie als met de DBC-systematiek worden gegevens over diagnose en behandeling van de patiënt verzameld en vastgelegd. In beide situaties zijn de medisch specialist en de verschillende afdelingen van het ziekenhuis hierbij betrokken. In de oude situatie gebeurde dit deels op papier, door bijvoorbeeld aantekeningen te maken in het dossier van de patiënt. Met de DBC systematiek gebeurt dit op gestandaardiseerde wijze in geautomatiseerde systemen. Deze vastleggingen zijn enerzijds noodzakelijk om het werkproces in het ziekenhuis mogelijk te maken. Anderzijds is dit wettelijk verplicht, de WGBO geeft bijvoorbeeld rechten aan de patiënt om zijn dossier in te kunnen zien.

Met de DBC systematiek verwachten we op de lange termijn geen toename van de administratieve handelingen. Om dit te bereiken zal standaardisering en automatisering plaats (moeten) vinden. Zowel medisch specialisten als administratief personeel moeten leren werken met de nieuwe werkwijze. In 2004 is hiermee gestart en het zal zeker tot in 2006 duren voordat het personeel aan de nieuwe werkwijze is gewend. In deze periode wordt tevens aan verbetering van de DBC systematiek gewerkt. Een belangrijk onderdeel hiervan is de koppeling van de DBC aan de ICD classificatie.

#### **Invloed op de AL**

De incidentele AL bedragen €45,7 mln en betreffen de inleertijd voor het medisch en administratief personeel en de aanschaf en implementatie van de nieuwe registratiesoftware. De structurele AL zijn na de gewenning aan de nieuwe werkwijze naar verwachting gelijk aan de oude situatie. Dit betekent dat de registratielasten van het zorgproces en de WGBO lasten niet wijzigen. De structurele lasten van de registratiesoftware licentie nemen toe met €1.4 mln ten opzichte van de oude situatie.

Op termijn kan door kennissystemen de registratie van de DBC-diagnose een voorstel voor een behandelplan genereren. Op deze wijze kan het werk van het medisch personeel ondersteund worden en kwalitatief verbeteren. Dit is hier echter niet uitgewerkt.

#### **5.4.2 DBCs en AL voor de patiënt**

De invoering van DBCs is in eerste instantie een administratieve wijziging; het zorgproces voor de patiënt wijzigt niet. De patiënt wordt pas met DBCs geconfronteerd op het moment dat de factuur wordt opgemaakt. In de situatie voor DBCs ontvangen patiënten verschillende facturen voor de behandeling, vaak per specialisme of per afdeling. Met DBCs ontvangt de patiënt één factuur voor de totale behandeling. De overzichtelijkheid voor de patiënt neemt daarmee toe. De huidige opbouw van de factuur is echter nog niet duidelijk voor de patiënt, VWS heeft hier al een groot aantal vragen ontvangen. Er is inmiddels een bijsluiters bij de factuur gemaakt met uitleg voor de patiënt. Ook worden er activiteiten in gang gezet om de factuur in de toekomst eenvoudiger te maken. Op termijn betekent dit dat de factuur juiste en begrijpelijke informatie bevat voor de patiënt zodat er geen structurele AL voor de patiënt zijn.

De incidentele lasten van de wijziging in de facturering en de huidige onduidelijke facturen kunnen we slechts globaal schatten. Hier zijn geen cijfers van beschikbaar. Slechts een deel van de particulier verzekerde patiënten wordt met de factuur geconfronteerd (Ziekenfonds verzekerden ontvangen zorg in natura en zien daarom de factuur niet). Het gaat hierbij om 10% van de verzekerden. De incidentele AL worden geschat op 80.000 uur.

#### **6. Invloed DBCs op het project declaratiecasus**

In de kabinetsbrief van 11 maart 2005 (nummer 29 515) is aangegeven dat de reductie AL van het project declaratiecasus geschat worden op €91 mln. Een rijksbrede risicoanalyse, uitgevoerd door bureau Berenschot, laat zien dat deze besparing haalbaar is, maar nog wel risico's bevat. Daarom wordt op dit moment nader onderzoek gedaan om te borgen dat de besparing tijdig gerealiseerd gaat worden. De resultaten van dit onderzoek komen eind 2005 beschikbaar.

Bovengenoemd bedrag is opgebouwd uit verschillende onderdelen, die in het algemeen geformuleerd zijn als 'het digitaliseren van het factureringsproces'. Dit betekent onder meer het terugbrengen van het foutenpercentage en het factureren op basis van digitale uitwisseling. De introductie van DBCs levert hieraan een bijdrage. Met DBCs vermindert de facturenstroom, omdat niet meer elke verrichting los gefactureerd wordt maar onderdeel uitmaakt van een DBC. Daarnaast zorgt de validatiemodule ervoor dat het aantal onjuiste facturen afneemt.

## **7. Conclusie**

De invoering van de DBC systematiek heeft een forse impuls gegeven aan de bedrijfsvoering binnen ziekenhuizen en heeft geleid tot een volledige heroriëntatie op het ICT gebruik. Met de invoering van DBCs per 1 januari 2005 is het werk nog niet afgerond. Ziekenhuizen zijn in 2005 nog volop bezig om de DBC systematiek goed werkend te krijgen. Daarnaast wordt in 2005 en 2006 hard gewerkt om het systeem verder te ontwikkelen. Het betreft hier zaken die nog zijn blijven liggen in 2004 en verbeteringen in het systeem die doorgevoerd worden.

De kosten die door ziekenhuizen de afgelopen jaren gemaakt zijn, en die nog doorlopen tot en met 2006, zijn aanzienlijk. Er is daarbij meer geïnvesteerd dan alleen voor DBCs noodzakelijk zou zijn geweest. Incidentele AL van de DBC-introductie zijn daarbij moeilijk te scheiden van de overige investeringen die zijn gedaan. Per onderdeel is desalniettemin aangegeven welke activiteiten zijn verricht voor de DBC-introductie en welke kosten hiermee gemoeid zijn. Het totaal van de incidentele AL van de ziekenhuizen in de periode tot en met 2006 wordt geschat op €116,8 mln. Daarnaast zijn er incidentele lasten voor patiënten die met de nieuwe factuur worden geconfronteerd. Geschat wordt dat hier incidenteel 80.000 uur aan wordt besteed.

Na het afronden van de invoering en het oplossen van de kinderziektes worden de structurele effecten van het DBC systeem op de AL zichtbaar. De verwachting is dat deze structurele AL effecten optreden vanaf het jaar 2007. Het gaat daarbij om een stijging van de AL van €21,9 mln per jaar. Dit bedrag is de resultante van de AL door het DIS, validatie module, AO/IC en softwarelicenties. De totale AL van zorgaanbieders komen daarmee op €154,8 mln per jaar.

Naast deze structurele AL vergroting heeft het DBC-systeem invloed op het declaratieverkeer bij zorgverzekeraars door het afnemen van het aantal facturen en het lagere foutpercentage van facturen door de validatie module. Deze effecten worden in deze notitie niet uitgewerkt maar worden toegerekend aan het project declaratiecasus. Het verminderen van controles op facturen door verzekeraars door de kaderregeling AO/IC blijft buiten beschouwing. Dit zijn geen AL maar bedrijfsvoeringlasten van zorgverzekeraars. De effecten van het DIS op de informatieverplichtingen van ziekenhuizen maken deel uit van de resultaten van het project Maatschappelijke Verantwoording.