

Releasedocument

Verantwoording dbc- pakket 2018 (RZ18a)

Ingangsdatum 1 januari 2018

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Vervroegen beleidscyclus	5
1.2 Kengetallen	5
1.3 Oplevering dbc-pakket 2018 (RZ18a)	6
1.4 Leeswijzer	7
2. Beleidsontwikkeling dbc-systeem: regelgeving en productstructuur	8
2.1 Inleiding	8
2.1.1 Aangepaste beleidsregel toetsingskader dbc-systeem per 2019	8
2.1.2 Aanleiding aanpassing Toetsingskader	8
2.2 Transparante zorgnota	9
2.2.1 Aanleiding	9
2.2.2 Beschrijving	9
2.2.3 Deelconclusie	10
2.3 Samen beslissen	10
2.3.1 Aanleiding	10
2.3.2 Beschrijving	10
2.3.3 Deelconclusie	11
2.4 Weefselproducten	11
2.4.1 Aanleiding	11
2.4.2 Beschrijving	12
2.4.3 Deelconclusie	12
2.5 Intensive care	12
2.5.1 Aanleiding	12
2.5.2 Beschrijving	12
2.5.3 Deelconclusie	12
2.6 Regelgeving geneesmiddelen	13
2.6.1 Aanleiding	13
2.6.2 Beschrijving	13
2.6.3 Deelconclusie	14
2.7 Regulier onderhoud	14
2.8 Conclusie	14
3. Verantwoording tarieven 2018	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Uitgangspunten tariefberekening	15
3.2.1 Tariefindexaties	15
3.2.2 Productstructuurwijzigingen	15
3.2.3 Aandachtsgebieden	15
3.2.4 Overzicht categorie-indeling	16
3.3 Te indexeren producten	17
3.4 Gewijzigde dbc-zorgproducten	17
3.4.1 Nazorg bij harttransplantaties	17
3.4.2 Oogsten stamcellen bij kinderen	17
3.4.3 Centrum voor Neurologische Leerstoornissen	17
3.4.4 Transplantatiezorg Nier/Lever etc.	18
3.5 Tarieven overige zorgproducten	24
3.5.1 Intensive care	24
3.5.2 Geboortezorg	28
3.6 Conclusie	30
Bijlage 1: Afgewezen wijzigingsverzoeken	31

**Bijlage 2: Verschillen inhoud RZ18a ten opzichte van het
Besluitvormingsdocument RZ18a**

44

1. Inleiding

Dit document beschrijft de tariefswijzigingen en de belangrijkste onderdelen in het dbc-pakket 2018 (RZ18a) en geeft onze beoordeling van deze wijzigingen weer. Tevens beschrijven we de argumentatie op door ons afgewezen wijzigingsverzoeken. Een uitgebreide toelichting op de wijzigingen in het dbc-pakket RZ18a is te vinden in het document 'Wijzigingendocument dbc-release RZ18a'

1.1 Vervroegen beleidscyclus

In het plan van aanpak middellange termijn doorontwikkeling dbc's medisch-specialistische zorg hebben wij geadviseerd om de beleidscyclus te vervroegen, waarna de Minister heeft besloten tot een vervroeging naar uiterlijk 1 mei. Met ingang van het dbc-pakket 2018 is de beleidscyclus in de medisch-specialistische zorg daarom vervroegd naar deze datum. Hiermee beogen we de contractering te faciliteren en hebben veldpartijen meer ruimte om voorbereidingen te treffen om het beleid te implementeren.

Om de beleidscyclus te vervroegen is tijdige besluitvorming over eventuele relevante beleidswijzigingen vanuit het ministerie van VWS een randvoorwaarde. Daarnaast heeft het vervroegen van de beleidscyclus gevolgen voor verzoeken vanuit zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor wijzigingen in beleid, prestaties en/of tarieven. Dit kan betekenen dat enigszins ingeboet wordt op de actualiteit van het dbc-systeem.

1.2 Kengetallen

De wijzigingen in de productstructuur per 2018 hebben betrekking op zorgactiviteiten, diagnoses en zorgproducten. In onderstaand overzicht geven wij een aantal kengetallen schematisch weer. Hier wordt eveneens de verschillen tussen 2017 en 2018 inzichtelijk.

Kengetallen wijzigingen productstructuur 2018



1.3 Oplevering dbc-pakket 2018 (RZ18a)

In november 2016 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een besluit genomen over de hoofdlijnen van het dbc-pakket 2018.¹ Vervolgens hebben wij op 19 januari 2017 de concept-productstructuur uitgeleverd op onze website. Het dbc-pakket 2018 bestaat uit de volgende releaseproducten:

Tabellen, documenten en overige producten

Prestaties en tarieven	Regelgeving en wijzigingendocumenten
Afsluitreden Tabel	Beleidsregel (Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg)
Afsluitregels Tabel	Handleiding dbc-pakket medisch-specialistische zorg RZ18a
Diagnose Combinatie Tabel	ICT-eisen dbc-pakket
Elektronische Typeringslijst	Nadere regel (Regeling medisch-specialistische zorg)
Limitatieve Lijst Machtigingen	Verantwoording dbc-pakket 2018 (RZ18a)
Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel	Wijzigingendocument dbc-release RZ18a
Tarieven Tabel	Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg 2018 (RZ18a)
Typeringslijst per Specialisme	Circulaire dbc-pakket medisch-specialistische zorg 2018
Vertaaltabel Zorgactiviteiten Groeper	
Zorgactiviteiten Tabel	
Zorgproducten Tabel	

Ondersteunende informatie	Overige producten
Aanvullende informatie bij RDZT	Testset Groeper
Conversietabel Categorieel RZ15 RZ18	Totaalbestand uitlevering (v20170425)
Conversietabel Categorieel RZ17 RZ18	Zorgproductenviewer
Conversietabel Landelijk RZ15 RZ18	
Conversietabel Landelijk RZ17 RZ18	Groeperproducten
Handleiding dbc-systematiek	Groepertabellen
Informatieproduct btw afdracht geneesmiddelen 2017 2018	Groepertabellen specificaties
Registratie addendum (incl. bijlage)	Testset grouper
Toelichting op de informatieproducten	
Wachttijden Tabel	
Zorgproduct Profielen	

Wij hebben het dbc-pakket 2018 (productstructuur, tarieven en regelgeving) via diverse werkgroepen, technische overleggen en adviescommissies afgestemd met partijen. Hieronder geven we dit consultatieproces schematisch weer.

¹ Zie CI/16/47c 'Hoofdlijnen dbc-pakket medisch-specialistische zorg 2018', 17 november 2016 en 'Besluitvormingsdocument hoofdlijnen dbc-pakket RZ18a'.

Consultatie	Onderdeel
Technisch Overleg msz	<ul style="list-style-type: none"> - Lopende wijzigingsverzoeken - Hoofdlijnen dbc-pakket 2018 - Regelgeving
Adviescommissie Cure	<ul style="list-style-type: none"> - Hoofdlijnen dbc-pakket 2018 - Beoordeling dbc-pakket 2018
Werkgroep Tarieven & Kostprijzen	<ul style="list-style-type: none"> - Tariefberekening - Concept tarieven
Individueel overleg	Wijzigingen zijn veelal in individuele overleggen met partijen besproken

Vervolgens is het dbc-pakket 2018 op 18 april 2017 ter besluitvorming voorgelegd aan de Raad van Bestuur van de NZa.

1.4 Leeswijzer

Dit document geeft een beschrijving van de beoordeling van het dbc-pakket 2018. In deze beoordeling ligt de focus op twee aspecten, namelijk de wijzigingen in de productstructuur en regelgeving en de verantwoording van de tarieven.

Beleidsontwikkeling dbc-systeem: regelgeving en productstructuur (hoofdstuk 2)

In dit hoofdstuk leest u de belangrijkste ontwikkelingen in beleid, regelgeving en productstructuur met betrekking tot het dbc-systeem.

Verantwoording en beoordeling tarieven 2018 (hoofdstuk 3)

In dit hoofdstuk lichten wij de berekening van de tarieven 2018 toe, waarbij achtereenvolgens uitgangspunten, brongegevens, berekening en beoordeling (impact) van de tarieven aan bod komen.

Daarnaast zijn de volgende bijlagen toegevoegd:

Bijlag 1: Afgewezen wijzigingsverzoeken

In deze bijlage vindt u een verantwoording van de afgewezen wijzigingsverzoeken voor het dbc-pakket 2018.

Bijlage 2: Verschillen inhoud RZ18a ten opzichte van het Besluitvormingsdocument RZ18a

In deze bijlage vindt u een overzicht van aanpassingen die in de RZ18a hebben plaatsgevonden, nadat de Raad van Bestuur NZa het besluitvormingsdocument heeft vastgesteld.

2. Beleidsontwikkeling dbc-systeem: regelgeving en productstructuur

2.1 Inleiding

Op basis van het 'Overzicht Verbeteringen dbc-systeem medisch-specialistische zorg (msz)' en het 'Plan van aanpak middellange termijn doorontwikkeling dbc's msz' heeft de NZa, in overleg met veldpartijen, een inventarisatie gedaan van de onderwerpen voor het dbc-pakket 2018. Vervolgens is, in overleg met de branchepartijen, een afweging gemaakt tussen noodzaak en impact. Dit heeft geleid tot het besluitvormingsdocument 'Hoofdlijnen dbc-pakket RZ18a' dat is gepubliceerd in november 2016. Vervolgens zijn deze hoofdlijnen uitgewerkt in prestaties, tarieven en regelgeving.

In dit hoofdstuk lichten wij de achtergrond van de doorgevoerde wijzigingen toe. Het betreft hier de wijzigingen in regelgeving én productstructuur. Bij de beoordeling van de wijzigingen is rekening gehouden met de publieke noodzaak tot wijziging in verhouding tot de impact op het systeem. Dit beoordelen wij op basis van de inhoudelijke criteria: hanteerbaarheid, medische herkenbaarheid, kostenhomogeniteit, volledigheid, stabiliteit, administratieve lasten en controleerbaarheid, herkenbaarheid voor patiënt, beperken onbedoelde prikkels, aansluiten bij aanspraak en toekomstbestendigheid. Hiervoor is gebruik gemaakt van de beleidsregel 'Toetsingskader dbc-systeem (BR/CU-2145)', geldend tot 15 november 2016 en eveneens gehandeld in de geest van de beleidsregel 'Toetsingskader dbc-systeem (BR/REG-17166)', geldend vanaf 15 november 2016. In deze documenten vindt u meer informatie over het kader dat de NZa heeft toegepast bij het beoordelen van een wijzigingsverzoek.

2.1.1 Aangepaste beleidsregel toetsingskader dbc-systeem per 2019

In november 2016 is de nieuwe beleidsregel 'Toetsingskader dbc-systeem BR/REG-17166' door de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. Deze maakt voor veldpartijen duidelijk welke uitgangspunten de NZa vanaf release 2019 hanteert bij de beoordeling van de wijzigingen in het dbc-systeem voor de medisch-specialistische zorg, curatieve geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. Deze beleidsregel wordt gebruikt voor de beoordeling van individuele prestatie- en tariefaanvragen die in aanmerking komen voor verwerking in het dbc-systeem 2019 en later. In 2018 is bij de wijzigingsverzoeken ook al rekening gehouden met de aanpassing van de beleidsregel.

2.1.2 Aanleiding aanpassing Toetsingskader

De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in de verbetering van het dbc-systeem voor de medisch-specialistische zorg. Dit heeft geleid tot een systeem dat op hoofdlijnen voldoet voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bij de veldpartijen is er nu vooral behoefte aan rust en stabiliteit in het bekostiging- en declaratiesysteem. Gelet op deze behoefte voeren wij alleen nog strikt noodzakelijke wijzigingen door. Dit betekent dat we bij het doorvoeren van wijzigingen een afweging maken tussen de (publieke) noodzaak ten opzichte van de impact.

Het afgelopen jaar is, in gezamenlijk en nauw overleg met veldpartijen, nagedacht over het toetsingskader en de handvatten voor het beoordelen van wijzigingen in het dbc-systeem. Hierbij gaat het om zowel individuele als grotere (beleidsmatige)wijzigingsverzoeken voor verwerking in het dbc-systeem van 2019 en verder.

U kunt de circulaire over het toetsingskader (CI/16/45c) teruglezen op de website nza.nl. De beleidsregel kunt u vinden onder BR/REG-17166.

2.2 Transparante zorgnota

2.2.1 Aanleiding

Sinds 1 juni 2014 geldt voor zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg een informatieverplichting voor het vermelden van zorgactiviteiten op de nota voor dbc-zorgproducten geopend na 31 mei 2014. Met deze verplichting willen wij het inzicht in de geleverde (on)verzekerde zorg vergroten, verzekeraars faciliteren bij de controle op de rechtmatigheid van declaraties, en zorgaanbieders in staat stellen om beter aan te tonen dat er sprake is van (on)verzekerde zorg.

2.2.2 Beschrijving

Er is een kader ontwikkeld voor de zorgactiviteiten die verplicht op de nota moeten komen. Dit toetsingskader is opgenomen in de beleidsregel 'Toetsingskader dbc-systeem (BR/REG-17166)' en vindt u terug op de website nza.nl.

Dit kader is tot stand gekomen aan de hand van drie informatiebronnen:

1. interviews onder zorgprofessionals;
2. juridische analyse naar rechtmatigheid om een zorgactiviteit op de nota te kunnen vermelden;
3. de huidige criteria.

De huidige criteria voor het opnemen van zorgactiviteiten op de nota zijn:

1. de zorgactiviteit representeert een patiëntencontact;
2. de zorgactiviteit is producttyperend;
3. er is sprake van een aanspraakbeperking;
4. er is een juridische grondslag voor het vermelden.

Criterium 1 wordt verruimd naar 'herkenbare momenten voor de patiënt'. Voor de controlemogelijkheden en het kostenbewustzijn van de patiënt, is het van belang om alle herkenbare momenten te vermelden. Veelal betreffen herkenbare momenten een patiëntencontact, maar het kan ook gaan om een ander herkenbaar moment zoals een afwezigheidsdag.

Ook criterium 2 wordt verruimd naar 'zorgactiviteit die noodzakelijk kan zijn om de rechtmatigheid van de declaratie te controleren'. Dit zijn veelal de producttyperende zorgactiviteiten. Het is echter denkbaar dat zorgactiviteiten die niet producttyperend zijn, ook gecontroleerd worden op rechtmatigheid. Naar verwachting is hierbij een grote overlap met het eerste criterium.

Dit leidt tot de volgende criteria voor verplichte zorgactiviteiten op de nota:

1. de zorgactiviteit representeert een herkenbaar moment voor de patiënt; en/of
2. de zorgactiviteit kan noodzakelijk zijn om de rechtmatigheid van de declaratie te controleren (hieronder vallen in ieder geval alle producttyperende zorgactiviteiten); en/of

3. er is sprake van een aanspraakbeperking.

In de bestaande situatie worden nog niet alle zorgactiviteiten die voldoen aan deze criteria op de nota geplaatst. Om deze reden is een eenmalige review uitgevoerd in het kader van het project 'Transparante zorgnota'. Hier is bij elke zorgactiviteit gekeken of deze voldoet aan de nieuw gestelde criteria. De zorgactiviteiten die voldoen aan deze criteria worden per 1 januari 2018 op de nota geplaatst.

Details over de doorgevoerde wijzigingen in de dbc-systematiek en regelgeving zijn beschreven in het document 'Wijzigingendocument dbc-release RZ18a'.

2.2.3 Deelconclusie

Deze maatregel draagt bij aan controleerbaarheid en herkenbaarheid voor de patiënt en zorgverzekeraar.

2.3 Samen beslissen

2.3.1 Aanleiding

Samen beslissen krijgt in Nederland zeer veel aandacht, en het belang ervan wordt door alle partijen in de zorg onderschreven. Bij samen beslissen creëert de zorgaanbieder een situatie waarin de arts en patiënt optimaal kunnen beslissen over de best passende behandeling. Dit door patiënten te voorzien van heldere, betrouwbare informatie, aandacht voor waarden en wensen, en voldoende tijd voor het maken van de juiste afweging.

Partijen werken er hard aan om dit mogelijk te maken en er zijn inmiddels ook al meerdere succesvolle initiatieven op dit gebied. De brede implementatie van samen beslissen lijkt echter achter te lopen op de verwachtingen. Een van de mogelijke redenen die partijen hiervoor noemen, zijn knelpunten rondom de bekostiging. We hebben daarom met belanghebbenden en inhoudelijke experts gesproken over de problematiek en op welke wijze we samen beslissen beter kunnen faciliteren. We blijven met hen in gesprek om te kijken of aanvullende acties nodig zijn. Daarvoor gebruiken we ook input van reeds lopende pilots.

2.3.2 Beschrijving

Uit de probleemanalyse blijkt dat de huidige bekostigingssystematiek in principe voldoende mogelijkheden biedt voor het belonen van samen beslissen. Er zijn verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars die al gebruik maken van deze mogelijkheden. Partijen benadrukken wel belang te hechten aan meer transparantie over de extra inzet voor samen beslissen, om de financieringsafspraken te ondersteunen die nu op meerdere niveaus plaatsvinden. Zoals de afspraken binnen het ziekenhuis (ten behoeve van interne budgetverdeling) en de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over zorgproducten en de hierbij behorende tarieven en/of ziekenhuisbudgetten.

Het gaat dan specifiek om de gesprekken voor samen beslissen die ook echt substantieel *meer* tijd in beslag nemen dan een standaardconsult (minimaal twee keer zoveel tijd).

We introduceren een nieuwe registratiecode, waarmee dit per 1 januari 2018 in de zorgproductprofielen zichtbaar wordt.

Deze registratiecode wordt ook op de nota vermeld. Zorgaanbieders kunnen deze registratiecode gebruiken voor alle relevante voorkomende situaties (dus niet alleen voor intensieve gesprekken in de laatste levensfase, zoals bij de huidige versie van de registratiecode voor samen beslissen het geval was).

Veldpartijen hechten in het bijzonder belang aan een dergelijke registratiecode om de volgende redenen:

- Het kunnen registreren geeft erkenning dat je extra tijd mag investeren in de patiënten (dat je betere kwaliteit bereikt door meer tijdsinspanning).
- De extra lange consulttijd wordt zichtbaar in de zorgproductprofielen en op basis hiervan kan een andere waardering worden afgesproken voor de betreffende dbc-zorgproducten bij de toekomstige zorginkoop.
- De registratiegegevens kunnen ook gekoppeld worden aan de gezamenlijke kwaliteits- en doelmatigheidsagenda van de rijksoverheid en zorgpartijen.

De registratiecode vormt een onderdeel van een breder pallet aan instrumenten die ingezet kunnen worden om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de ziekenhuizen en de extra effort die wordt ingezet om (meer) volgens het 'samen beslissen'-model te werken. Zo kan tijdens kwaliteitsgesprekken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, voorafgaand aan de zorginkoop aandacht geschonken worden aan de wijze waarop ziekenhuizen hier invulling aan geven (onder andere via gebruik van patiëntversies van richtlijnen, keuzehulpen). En kan ook inzicht ontstaan in patiëntervaringen, door gebruik te maken van Patient Reported Experience Measures (PREMs).

Details over bovengenoemde aanvullende maatregelen in de dbc-systematiek en regelgeving zijn beschreven in het document 'Wijzigingendocument dbc-release RZ18a'.

2.3.3 Deelconclusie

Deze aanpassing draagt bij aan kwaliteit en transparantie.

2.4 Weefselproducten

2.4.1 Aanleiding

In Nederland vindt geneeskundige behandeling plaats met diverse soorten menselijk weefsel. Het betreft vooral transplantatie van hoornvlies (cornea), huid, hartkleppen en cardiaal weefsel, en bot- en peesweefsel. Meestal is dit lichaamsmateriaal afkomstig van overleden donoren. Waar solide organen (hart, long, lever, nier en dergelijke) zo spoedig mogelijk na donatie bij een patiënt worden getransplanteerd, worden weefsels gewoonlijk na uitname eerst bewerkt en bewaard, om vervolgens op een later tijdstip bij een ontvanger te worden geïmplant. Deze processen vinden plaats in de zogenaamde postmortale weefselketen.

De weefselbanken ontvangen en controleren de door de uitnameteams uitgenomen weefsels en bewaren en bewerken het weefsel, voordat ziekenhuizen het ontvangen voor de behandeling (implantatie).

2.4.2 Beschrijving

In het kader van een meer transparante financiering, wordt een bekostigingsmodel voor de postmortale weefselketen ontwikkeld.

Door het ontbreken van specifieke zorgactiviteitcodes, ontbreekt het aan transparantie wat betreft de toepassing van deze weefsels en de relatie met de dbc-declaratie. Hiervoor worden per 2018 registratieve zorgactiviteiten geïntroduceerd in de systematiek.

Details over de doorgevoerde wijzigingen in de dbc-systematiek en regelgeving zijn beschreven in het document 'Wijzigingendocument dbc-release RZ18a'.

2.4.3 Deelconclusie

De introductie van zorgactiviteiten draagt bij aan transparantie en inzicht in zorg en bijbehorende kosten. Tevens wordt met de dataverzameling een zorgvuldige overgang naar prestatiebekostiging mogelijk gemaakt.

2.5 Intensive care

2.5.1 Aanleiding

In de zomer van 2016 is een nieuwe 'Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care' vastgesteld, waarin de organisatie van ic-zorg wordt vormgegeven vanuit netwerken van samenwerkende ic's. Met betrekking tot deze netwerkvorming gaat de richtlijn uit van twee typen ic's, met elk een eigen rol en eigen verantwoordelijkheden binnen het netwerk. Om beter aan te sluiten bij de nieuwe richtlijn vervangen we de huidige driedeling in de prestatiestructuur door een tweedeling.

2.5.2 Beschrijving

Per 2018 komen de bestaande prestatiecodes voor ic-dag licht, middel en zwaar (190153, 190154 en 190155) te vervallen. Daarvoor in de plaats komen twee nieuwe prestaties: ic-dag type 1 en 2 (190157 en 190158). Welke ic-dag (type 1 of type 2) u in rekening kunt brengen, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen ic-dag type 1 in rekening worden gebracht. In de toelichting bij de regelgeving staat dat ic-dag type 1 en 2 verwijzen naar de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van ic-locaties binnen een regionaal ic-netwerk, zoals beschreven in de 'Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care' van 2016. Type 1 verwijst naar de kleine ic-locaties, die samenwerken met de grote ic-locaties. Type 2 verwijst naar de grote ic-locaties, die binnen het netwerk hun uitgebreide ervaring, kennis en expertise van de ziekenhuisinstelling delen met andere ic's.

2.5.3 Deelconclusie

Het aanpassen van de add-onprestaties van de ic-dag draagt primair bij aan de aansluiting van het prestatiesysteem op organisatie van ic-zorg in de praktijk, zoals deze wordt vormgegeven in de 'Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care' van 2016.

Het aan laten sluiten van de ic-dag prestatiestructuur bij de netwerkvorming, draagt bij aan het creëren van eenheid van taal in de ic-prestatiestructuur. Dit maakt de prestaties herkenbaar en toekomstbestendig.

2.6 Regelgeving geneesmiddelen

2.6.1 Aanleiding

Op grond van de huidige NZa-regelgeving (2017) kunnen alleen instellingen die daartoe door de Minister van VWS op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen (hierna: wbmv) zijn aangewezen ozp-stollingsfactoren declareren. De Minister heeft slechts een beperkt aantal wbmv-instellingen aangewezen voor de behandeling van hemofilie en aanverwante hemostaseziekten.

Na vaststelling van de NZa-regelgeving 2017 is gebleken dat er ook ozp-stollingsfactoren worden ingezet voor andere behandelingen dan hemofiliebehandeling of de behandeling van aanverwante hemostaseziekten². Concreet gaat het dan om de behandeling bij massaal bloedverlies. Deze behandeling vindt, behalve in de aangewezen wbmv-instellingen, ook plaats in niet-wbmv-instellingen. Deze niet-wbmv-instellingen zijn op grond van de huidige regelgeving van de NZa niet gerechtigd een ozp-stollingsfactor in rekening te brengen. Dat is een onwenselijke situatie. Ook niet-wbmv-instellingen moeten voor massaal bloedverlies zelfstandig ozp-stollingsfactoren kunnen declareren.

2.6.2 Beschrijving

Met ingang van 1 januari 2017 heeft een aantal grote wijzigingen plaatsgevonden in de regelgeving over add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Door voortschrijdend inzicht wordt in de regelgeving voor 2018 een aantal artikelen verduidelijkt en aangepast. De belangrijkste wijziging betreft de declaratie van ozp-stollingsfactoren.

In afstemming met partijen is besloten de regelgeving met ingang van 1 januari 2018 te wijzigen. Die wijziging resulteert erin dat:

1. Zowel niet-wbmv-instellingen als wbmv-instellingen ozp-stollingsfactoren voor niet-hemofilie-indicaties (bijvoorbeeld massaal bloedverlies) kunnen declareren.
2. Alleen wbmv-instellingen ozp-stollingsfactoren kunnen declareren voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten. Niet-wbmv-instellingen mogen geen stollingsfactoren declareren voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten.

Om het probleem ook voor het jaar 2017 op te lossen, heeft de NZa besloten om aan de werking van bovengenoemde wijziging, die in de regelgeving voor 2018 is opgenomen, terugwerkende kracht te verlenen tot 1 januari 2017.

Meer informatie is te vinden het 'Wijzigingendocument dbc-release RZ18a' in bijlage 1 Wijzigingen regelgeving RZ18a en in de circulaire 'Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren' met kenmerk CI/17/10c.

² De NZa oordeelt niet over wat wel en wat niet valt onder hemofiliebehandeling en aanverwante metastaseziekten, dat valt buiten de bevoegdheden van de NZa.

2.6.3 Deelconclusie

Het aanpassen van de regelgeving voor het declareren van ozp-stollingsfactoren neemt de onwenselijke situatie weg waarin niet-wbmv-instellingen geen enkele ozp-stollingsfactor kunnen declareren en sluit daarmee aan bij de praktijk.

2.7 Regulier onderhoud

In het dbc-pakket 2018 zijn ook wijzigingen in het kader van regulier onderhoud opgenomen. Dit betreffen individuele wijzigingsverzoeken die voor de productstructuur geen of weinig beleidsmatig karakter hebben. In de volgende tabel geven wij de aantallen van de verwerkte en afgewezen wijzigingsverzoeken schematisch weer.

Aantallen wijzigingsverzoeken dbc-pakket 2018

Categorie	Aantallen
Verwerkt	62
Afgewezen	45

De NZa ontvangt jaarlijks individuele verzoeken van zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars voor wijzigingen in de dbc-systematiek voor medisch-specialistische zorg.

Deze wijzigingen kunnen betrekking hebben op alle onderdelen van het dbc-pakket voor medisch-specialistische zorg, waaronder zorgactiviteiten, zorgproducten, tarieven en regelgeving. In het document 'Wijzigingendocument dbc-release RZ18a' treft u de wijzigingsverzoeken aan die wij verwerkt hebben in het dbc-pakket 2018. Deze zijn daar uitgebreid beschreven en inzichtelijk is welke onderdelen van de dbc-systematiek geraakt worden.

Afgewezen wijzigingsverzoeken zijn inzichtelijk in bijlage 1 van het voorliggend document.

2.8 Conclusie

Bij het bepalen van de hoofdlijnen van het dbc-pakket hebben wij afgewogen of de gewenste doorontwikkeling urgent en vanuit publiek oogpunt belangrijk genoeg is om door te voeren, gegeven de impact op het systeem. Uitgangspunten zijn de afspraken met veldpartijen die gemaakt zijn met betrekking tot rust en stabiliteit in het dbc-pakket. In dit hoofdstuk hebben wij per onderwerp toegelicht op welke inhoudelijke criteria van de productstructuur, zoals opgenomen in het toetsingskader (BR/CU-2145), de doorontwikkeling betrekking heeft. Wijzigingen die leiden tot een nieuwe trendbreuk zijn op dit moment onwenselijk, gezien de impact op diverse processen. Om die reden maakt een aantal onderwerpen uit het 'Overzicht Verbeteringen dbc-systeem msz' en 'plan van aanpak middellange termijn doorontwikkeling dbc's medisch-specialistische zorg' geen deel uit van het dbc-pakket 2018. Bij andere onderwerpen is in de aanpak en uitwerking rekening gehouden met de wens tot stabiliteit, door de scope en impact te beperken.

3. Verantwoording tarieven 2018

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk lichten we de tariefberekening van zorgprestaties in het geregeerde segment voor 2018 toe. In paragraaf 3.2 zijn de uitgangspunten van de tariefberekening beschreven. Paragraaf 3.3 schetst de belangrijkste bevindingen die volgen uit het beoordelingstraject en de effecten van de wijzigingen als gevolg van de beoordeling, waarna een eindconclusie is opgenomen (paragraaf 3.4).

3.2 Uitgangspunten tariefberekening

De berekening van de maximumtarieven voor 2018 in het geregeerde segment zijn in te delen in drie categorieën.

3.2.1 Tariefindexaties

De NZa heeft voor de tariefberekening 2018 het uitgangspunt gehanteerd dat tarieven in het algemeen enkel geïndexeerd worden. De NZa heeft daarom geen nieuwe kostprijzen uitgevraagd voor deze release. De aanlevering van de kostprijzen over het boekjaar 2015 is uitgesteld tot 1 september 2017.

Er is een aantal uitzonderingen op de tariefindexatie. Dit betreft enerzijds productstructuurwijzigingen tussen 2017 en 2018, en anderzijds aangewezen aandachtsgebieden waar de huidige tarieven (volgens partijen of onszelf) onvoldoende voldoen. Deze aandachtsgebieden betreffen de tarieven voor ic-zorg, transplantatiezorg en poliklinische bevallingen die in het vervolg van dit hoofdstuk nader toegelicht worden.

Als uitzondering op het uitgangspunt van tariefindexatie zijn heraanleveringen van kostprijzen voor specifieke prestaties verwerkt in de tarieven 2018, indien veldpartijen tijdig en voldoende hebben gemotiveerd dat de huidige kostprijzen 2014, die ten grondslag liggen aan deze tarieven, niet voldoende passen. Dit betreft een heraanlevering van de kostprijzen over het jaar 2014, waar de huidige tarieven van 2017 op gebaseerd zijn.

3.2.2 Productstructuurwijzigingen

Indien de producten medisch-inhoudelijk wijzigen is het niet voldoende om de tarieven van die producten enkel te indexeren. De lijst met gewijzigde producten in de release 2018 (zowel dbc-zorgproducten als overige zorgproducten) wordt toegelicht in paragraaf 3.4 en 3.5. Voor deze producten is het tarief opnieuw berekend.

Aandachtsgebieden

De aangewezen aandachtsgebieden voor 2018 betreffen de ic-tarieven en de tarieven voor transplantatiezorg. Ook complex chronisch longfalen (CCL) was aangewezen als mogelijk aandachtsgebied. Overleg met partijen heeft daar nog niet geleid tot een voorstel tot herijking van de tarieven. Deze tarieven worden daarom ook enkel geïndexeerd naar 2018.

De bovengenoemde uitgangspunten zijn - als onderdeel van de hoofdlijnen van het dbc-pakket 2018 (Besluitvormingsdocument (voorheen 2^e go) RZ18a) - in november 2016 geconsulteerd in de Adviescommissie Cure en na besluitvorming kenbaar gemaakt.

3.2.3 Categorie-indeling

Voor een aantal overige zorgproducten wordt het tarief niet berekend vanuit de medisch-specialistische zorg. Dit betreft een beperkt aantal overige zorgproducten waarvoor in de eerste lijn of in de Wlz tarieven zijn bepaald, te weten prenatale screening, bijzondere tandheelkunde en verpleging in thuissituatie. Deze producten worden buiten de scope van deze verantwoording gehouden. Dit betreft in totaal 18 overige zorgproducten. Hiermee resteert in totaal 1.005 zorgproducten en 924 overige zorgproducten in het gereguleerde segment.

In de vorige paragraaf is toegelicht dat er verschillende rekenmethodes zijn gehanteerd, afhankelijk van de wijzigingen in de productstructuur.

Overzicht categorie-indeling

Gereguleerd	Dbc-zorgproducten	Overige zorgproducten
Gereguleerde prestaties in scope	1.005	924
Nieuwe prestaties in gereguleerd segment	3	3
Medisch inhoudelijk veranderd	5	0

In totaal zijn er zes nieuwe zorgprestaties in het gereguleerde segment bijgekomen. Ook is er een aantal wijzigingen in de productstructuur geweest die er toe hebben geleid dat vijf bestaande zorgprestaties medisch-inhoudelijk veranderen. Binnen de tariefberekening beschouwen we dit als een aparte categorie. De veranderingen hebben betrekking op de productgroepen Kinderneurologie (excl. epilepsie/ slaapstoornissen), Hart/long/hartlongtransplantatie/stamceltherapie en stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl. WBMV).

Toe te passen berekeningsmethode

Conform bovengenoemde uitgangspunten worden voor de meeste van de bovenstaande prestaties de tarieven enkel geïndexeerd. Voor in totaal 100 prestaties is dit niet het geval. Onderstaand overzicht licht dat nader toe. Voor de ic-tarieven en de transplantatietarieven zijn alternatieve berekeningsmethoden ingezet of is de conversieberekening toegepast

Overzicht berekeningsmethode

Berekeningsmethode	Dbc-zorgproducten	Overige zorgproducten
Alternatieve berekeningswijze	42	6
Conversie	52	0
Tariefindexatie	911	918
Totaal gereguleerd segment	1.005	924

In het vervolg van deze verantwoording worden deze tariefberekeningen nader toegelicht.

3.3 Te indexeren producten

Zoals in voorgaand overzicht te zien is, wordt het grootste deel van de producten geïndexeerd tussen 2017 en 2018. De index om tot prijspeil 2018 te komen is 2,87%. Dit betekent dat alle tarieven van 2017 naar 2018 toenemen met een factor 1,0287. Op 100 gereguleerde prestaties na, zijn de tarieven verder niet gewijzigd.

3.4 Gewijzigde dbc-zorgproducten

Zoals uit het 'Overzicht berekeningsmethode' blijkt zijn er 94 dbc-zorgproducten waarvan het tarief per 2018 niet voortvloeit uit een indexering van het 2017 tarief, maar een gewijzigd tarief kennen per 2018 ten opzichte van 2017. Dit betreffen 89 prestaties voor transplantatiezorg en een vijftal andere zorgproducten. In deze paragraaf worden de berekende tarieven hiervoor verantwoord.

3.4.1 Nazorg bij harttransplantaties

Voorheen resulteerde het voorkomen van nazorg binnen 120 dagen na het registreren van de begeleiding bij transplantatie tot het afleiden van een product nazorg (zorgproduct 979001130), waarin ook een stuk begeleiding bij transplantatie zat. De afsluitregels in het registratieaddendum (bijlage bij de Regeling medisch-specialistische zorg) zijn gewijzigd, zodat de fase van begeleiding bij transplantatie wordt afgesloten bij de start van de nazorg. In de nieuwe situatie leidt dit tot twee verschillende producten: één voor begeleiding en één voor nazorg. Dit heeft geen effect op de producten voor begeleiding. Het profiel van het nazorgproduct is wel gewijzigd, omdat er geen begeleiding meer in kan voorkomen. Het tarief is daarom herijkt via de conversiemethode. Bij de conversiemethode wordt de integrale productiewaarde van de aangeleverde kostprijzen (in de oude productstructuur) via een conversietabel omgezet naar de nieuwe productstructuur.

3.4.2 Oogsten stamcellen bij kinderen

Dit betreft het toedienen van groeifactoren en het oogsten van autologe stamcellen. Bij kinderen gebeurt dit parallel aan een SKION-traject. Verpleegdagen worden in het SKION-traject geregistreerd, waardoor de producten 'toedienen...' niet juist afleiden. Dit betreft vier producten (979003011, 979003016, 979003021, 979003022). Voor kinderen is daarom een nieuw product (979003040) gedefinieerd waarvoor geen verpleegdagen noodzakelijk zijn. Via de conversiemethode is het nieuwe tarief bepaald. Dit tarief is lager uitgevallen, omdat behalve de verpleegdagen ook allerlei onderzoeken niet in het stamceltransplantatietraject maar in het SKION-traject geregistreerd worden. Uit de conversiemethode blijkt dat de oorspronkelijke producten niet significant van profiel veranderen, behalve 979003022. Dit product wordt daarom geconverteerd. De overige producten worden geïndexeerd. Bij twee dbc-zorgproducten is een toeslag of afslag verwerkt in de tarieven 2018.

3.4.3 Centrum voor Neurologische Leerstoornissen

Het Centrum voor Neurologische Leerstoornissen (CNL) levert multidisciplinaire diagnostiek bij kinderen met aangetoonde neurologische aandoeningen. Deze zorg valt onder medisch-specialistische zorg en hiervoor worden dbc's vastgelegd.

Deze leiden tot nu toe af naar zorgproducten, die niet goed aansluiten bij de geleverde zorg. Immers, de gemaakte kosten wijken af van de opbrengsten.

Daarom is een aanpassing van de structuur gevraagd, om naar meer kostenhomogene producten af te leiden. De producten 991630049 en 991630050 zijn zodanig aangepast dat de bovengenoemde zorg nu hiernaartoe afleidt. Omdat de producten inhoudelijk zijn gewijzigd krijgen ze wel een nieuwe prestatiecode. 991630049 wordt 991630069 en 991630050 wordt 991630070. De oude producten zijn gebruikt als donor. Bij één dbc-zorgproduct is een toeslag of afslag verwerkt in de tarieven 2018.

3.4.4 Transplantatiezorg Nier/Lever etc.

Uit gesprekken met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) is gebleken dat met betrekking tot de kostprijzen die tot nu toe gebruikt zijn in de tariefberekening voor de producten transplantatiezorg (zorgproductgroep 979002: Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie) door de umc's abusievelijk ook een afslag is opgenomen voor de academische component, terwijl het bij nader inzien beter uitlegbaar zou zijn geweest om deze prestaties bij de toerekening van de academische component buiten beschouwing te laten.

In de RZ18a release zijn de tarieven voor Nier/lever/darm/eilandjes/pancreas transplantatie (zorgproductgroep 979002) daarom op de volgende manier aangepast:

- In overleg met de NZa hebben de umc's nieuwe kostprijzen 2014 aangeleverd voor de transplantatiezorgproducten. Deze kostprijzen verschillen ten opzichte van de eerdere kostprijsaanlevering enkel op het punt van de opbrengsten. Daarbinnen is namelijk de afslag academische component verwijderd.
- De NZa heeft de nieuwe kostprijzen gebruikt om de conversie van de kostprijzen in de oude productstructuur naar de nieuwe tariefstructuur door te rekenen. Hiervoor is gebruik gemaakt van de meest recente conversietabel (2014-2018) en de meest recente gesimuleerde dataset (op basis van 2013 en 2014 DIS data).
- Daar waar het totale volume van de aangeleverde kostprijzen lager was dan 100 en waar de tariefffecten van de nieuwe conversie meer dan 20% bedragen (ten opzichte van 2016 en 2017) wordt het meerjaarsgemiddelde toegepast, conform de methodiek zoals die ook bij de RZ17a is toegepast.
- Daar waar de conversie (al dan niet in combinatie met het meerjaarsgemiddelde) geen resultaat opleverde (omdat de conversie van de aangeleverde kostprijzen en trajecten niet voldoende volume (minder dan 5) opleverde in de nieuwe productstructuur), is in principe dezelfde expertbenadering toegepast als bij de RZ16a tariefberekening, zolang deze expertbenadering afdoende onderbouwd wordt door data afkomstig uit DIS dan wel de conversiemethode. Deze worden hieronder beschreven.

- Bij zeven dbc-zorgproducten is een toeslag of afslag verwerkt indien de tarieven 2018 zijn berekend aan de hand van de conversiemethode en indien in de tarieven 2017 van de oorspronkelijke dbc-zorgproducten een toeslag of afslag is verwerkt. Bij de betreffende dbc-zorgproducten is de totale productiewaarde van de toeslag/afslag - zoals die is verwerkt in het vastgestelde tarief 2017 van het oorspronkelijke dbc-zorgproduct - volgens de conversietabel 2017-2018 voor ziekenhuiskosten omzetneutraal geconverteerd naar de nieuwe dbc-zorgproducten.

Meerjaarsgemiddelde

Met de heraanlevering is de toegerekende academische component in de kostprijzen van 2014 gecorrigeerd. In sommige gevallen wordt gebruik gemaakt van de kostprijzen over het jaar 2012 en 2013, omdat deze producten beperkt voorkomen. Om een juist meerjaarsgemiddelde te kunnen berekenen, moeten ook de 2012 en 2013 kostprijzen gecorrigeerd worden voor deze afslag. We hebben dit gedaan door voor 2014 de verhouding tussen opbrengsten, inclusief afslag academische component en exclusief academische component te berekenen en deze toe te passen op de kostprijzen van 2012 en 2013. In de kostprijzen over het jaar 2012, waarin alleen het instellingskostendeel is aangeleverd, is de kostprijs opgehoogd met de gereguleerde honorariumtarieven over 2012.

Voor 16 zorgproducten binnen de zorgproductgroep Nier/lever/darm/eilandjes/pancreas transplantatie is het meerjaarsgemiddelde toegepast.

Rekenmethodes

We hebben vier verschillende manieren van berekenen gebruikt. De basis is de conversiemethode. Dit hebben we voor 48 zorgproducten gedaan. Indien de conversiemethode niet mogelijk bleek vanwege de hierboven genoemde criteria, pasten we de expertberekening van twee jaar geleden toe. Twee producten (gecombineerde transplantaties) zijn vorig jaar aangepast en gebaseerd op de tarieven van andere producten. We hebben voor deze twee producten dezelfde basis genomen als vorig jaar. Bij één product is er, bij gebrek aan data, toch voor gekozen om het tarief van 2017 te indexeren. Het tarief van dit product was in 2016 en 2017 ook al rechtstreeks gebaseerd op een vergelijkbaar product uit de oude productstructuur (donormapping).

Overzicht berekeningsmethode Nier/lever/darm/eilandjes/pancreas transplantatie na beoordeling

Rekenmethode	Aantal
Conversiemethode	48
Alternatieve berekeningswijze	40
Indexeren	1
Totaal	89

Conversiemethode

De laatste aanlevering voor het kostprijsmodel die we hebben ontvangen van ziekenhuizen betreft boekjaar 2014. Aangezien de productstructuur gewijzigd kan zijn (zoals bij transplantatie) moeten de kostprijzen geconverteerd worden naar de nieuwe productstructuur. Dit doen we met behulp van de conversiemethode.

Bij de conversiemethode wordt gebruik gemaakt van de conversietabel 2014-2018 die de dbc-productstructuren in 2014 en 2018 met elkaar vergelijkt en waarmee verschuivingen in productiewaarde tussen dbc-zorgproducten kunnen worden bepaald.

De integrale productiewaarde, bepaald door de aangeleverde kostprijsgegevens (na schoning) over boekjaar 2014, is als basis gebruikt en met behulp van de conversietabel 2014-2018 omzetneutraal geconverteerd naar de dbc-zorgproducten in de productstructuur 2018.

Voor het samenstellen van de conversietabel 2014-2018 is gebruik gemaakt van een DIS dataset met alle subtrajecten die zijn geopend en gesloten in 2013 en 2014. De DIS dataset is vertaald naar de productstructuur 2014 en 2018 door simulatie van de wijzigingen in productstructuur en afsluitregels in de tussenliggende jaren. Indien in de gesimuleerde DIS dataset minder dan 5 subtrajecten voorkomen wordt het betreffende dbc-zorgproduct beschouwd als expertproduct en moet het tarief op een alternatieve wijze bepaald worden.

Alternatieve berekeningswijze

Voor 40 producten is (voor de definitieve tarieven) een alternatieve rekenwijze gebruikt.

Screening ontvanger: onderzoek met en zonder besluitvorming

Voor de elf producten 'Ontvanger voorbereidend onderzoek incl. besluitvorming' bleek in de nieuwe simulatie voor geen enkel product voldoende data te zijn. De tarieven zijn daarom gebaseerd op de versies zonder besluitvorming, waarbij de kosten van twee multidisciplinaire overleggen (MDO) zijn opgeteld. Dit betreft de producten 979002216 tot en met 979002219, 979002255 tot en met 979002258 en 979002274 tot en met 979002276.

Hetzelfde is gedaan voor de twee producten 'Donor voorbereiden onderzoek screening met besluitvorming ambulante' (979002326) en de klinische variant (979002325). Bij de laatste is bij gebrek aan een vergelijkbare versie zonder besluitvorming uitgegaan van de kosten van drie verpleegdagen en twee MDO's.

Donor na conversie

Voor negen producten is een ander product aangewezen als donor, omdat deze qua werkzaamheden vergelijkbaar zijn.

- Bij vijf producten (979002227 tot en met 979002229, 979002269 en 979002270) is een follow-upscreening gebaseerd op een vergelijkbaar nazorgproduct.
- Voor de twee producten 'transplantatie lever levende donor' is het tarief van 'transplantatie postmortale donor' gebruikt. (979002294 en 979002295).
- Voor de twee producten combineerde transplantaties (979002305 en 979002306) is het tarief gebaseerd op het tarief van de duurste gewone transplantatie ('lever postmortale donor' waaraan 1/3 van het tarief van 'nier postmortaal klinisch 1-28) is toegevoegd.

Donor tarief 2015

Bij acht producten is in de oude productstructuur van 2015 een vergelijkbaar product gezocht. Dit betreft:

- transplantectomie (979002241, 979002311).
- afgebroken transplantatie (979002308 en 979002309), waar bij de variant zonder operatie (979002309) de kosten voor een labarectomie in mindering zijn gebracht.
- eilandjestransplantatie (979002298).
- (Partiële) darmresectie (979002333 - 9790.02335), waarbij voor de variant klinisch >5 hieraan de kosten van drie verpleegdagen zijn toegevoegd.

Producten kind

Voor vier producten, die specifiek zijn gedefinieerd voor kinderen is het tarief gebaseerd op het tarief van een vergelijkbaar volwassen product, maar met een correctiefactor omdat zorg voor kinderen over het algemeen duurder is.

- Voor drie producten is er bij de tariefberekening voor 2017 voor gekozen om deze factor te berekenen op basis van de kosten voor nazorg in het eerste jaar. Hierbij is de verhouding berekend tussen de (ongewogen) gemiddelde kosten van nazorg bij volwassenen en kinderen. Deze factor is toegepast op drie producten (979002238, 979002239 en 979002244, respectievelijk afgebroken transplantaties en nazorg met specifieke onderzoeken).
- Voor het product 'nier postmortale donor kind klin > 28' (979002232) is het tarief gebaseerd op het vergelijkbare product voor volwassenen (979002299), maar is de verhouding in het tarief voor de vergelijkbare kortere varianten (klin 1-28) gevolgd.

Lever versus nier

Voor de twee producten 'besluitvorming bij nier' (979002265 en 979002266) is berekend hoeveel duurder voorbereidend onderzoek bij lever is ten opzichte van nier. Dit is gedaan door het gewogen gemiddelde te nemen van de drie voorbereidende screeningsproducten die voor zowel lever als nier bestaat (979002260 tot en met 979002263 respectievelijk 979002278 tot en met 979002280). Deze verhouding is toegepast op de besluitvormingsproducten van niertransplantaties.

Overig

In drie gevallen is na beoordeling van de conversiemethode en het overwegen van alternatieven gekozen om de conversiemethode ondanks lage aantallen toch te handhaven, omdat de resultaten wel in lijn lagen met vergelijkbare producten. In het 'Overzicht berekeningsmethode Nier/lever/darm/eilandjes/ pancreas transplantatie na beoordeling' staan deze dbc-zorgproducten nog steeds op alternatieve rekenmethode, omdat afgeweken wordt van het representativiteitscriterium. Voor product 979002314 is in verband met de logische volgorde de conversiemethode vervangen door een alternatieve berekening, die wordt hieronder nader toegelicht.

Beoordeling tarieven transplantatiezorg

Om de impact van de concepttarieven door te rekenen zijn de kostprijsaantallen over 2014 ook geconverteerd. Op basis van deze aantallen zien we op basis van de tarieven 2017 een omzet van € 63,4 miljoen. Met de nieuwe tarieven komt dit uit op € 78,5 miljoen. Dit is een toename van 24%.

Aanpassingen logische volgorde

Bij een aantal producten werden er op basis van de conversiemethode en/of de alternatieve berekening tarieven berekend die een onlogische volgorde hadden. Producten met een langere klinische periode kregen bijvoorbeeld een lager tarief dan producten met een kortere klinische periode.

Dit gebeurde specifiek bij de volgende dbc-zorgproducten voor transplantaties:

- 979002266: Volwassene | Levertransplantatie | Besluitvorming screening | Ambulant
Voor dit product is in de conceptuitlevering een verkeerd product als basis genomen voor de expertbenadering³ die toegepast is om te komen tot een 2018 tarief. Het gebruiken van de juiste basis voor de expertbenadering heeft er ook toe geleid dat de onlogische volgorde opgelost is.
- 979002269: Volwassene | Levertransplantatie | Follow-up screening in wachtlijstperiode | Ambulant zwaar
Voor dit product leidt het onverkort toepassen van de conversiemethode er toe dat er een onlogische volgorde ontstaat. In de tarieven over 2016 was deze onlogische volgorde er niet, omdat het tarief voor dit product toen berekend is met een expertbenadering (de conversie leverde toen geen tarief op). De nieuwe conversie levert wel een tarief 2018 op, maar is gebaseerd op lage aantallen. We hebben daarom besloten om hier de expertbenadering toe te passen die ook bij de 2016 tarieven gebruikt is.
- 979002270: Ontvanger | Volwassene | Levertransplantatie | Follow-up screening in wachtlijstperiode | Ambulant middel | Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie
In navolging van 979002269 is ook hier de expertbewerking overgenomen die we voor 2016 hadden berekend.
- 979002229: Ontvanger | Kind | Follow-up screening in wachtlijstperiode | Licht ambulante | Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie
Dit tarief is onlogisch ten opzichte van 97900228 als we het conversietarief zouden overnemen. We hebben dan ook besloten om het tarief van de expertbewerking die we voor 2016 hebben berekend over te nemen. In de expertbewerking is het tarief van 979002251 overgenomen.

³ Daar waar de conversie van de 2014 kostprijzen naar de 2018 productstructuur geen tarief oplevert hebben we in principe de expertbenadering gebruikt zoals we deze voor de 2016 ook gebruikt hebben om de 'missende' tarieven te vullen.

- 979002314: Ontvanger | Volwassene | Nazorg met specifieke onderzoeken | Ambulant zwaar
Vanwege de logische volgorde is voor 2016 bewust de conversiemethode overschreven. Dit argument blijft van kracht. Als basis is het tarief van 979002319 genomen.
- 979002244: Ontvanger | Kind | Nazorg met specifieke onderzoeken | Ambulant zwaar
Net als bij het voorgaande product is bewust in 2016 de conversiemethode overschreven. Ook hier is het tarief van 979002319 als basis genomen. Hierbij is rekening gehouden met het feit dat de zorg voor kinderen intensiever kan zijn dan voor volwassenen.

Selectie meerjaarsgemiddelde

In de berekening van de concepttarieven is het meerjaarsgemiddelde toegepast op een te brede selectie van producten. In de definitieve tariefberekening is het meerjaarsgemiddelde op een beperktere set aan producten toegepast. Doordat het meerjaarsgemiddelde op de kostprijsdata is toegepast voordat deze geconverteerd is, is niet per product aan te geven wat het effect van deze aanpassing is op de tarieven 2018.

Van de prestaties die we met de conversiemethode berekenen, zijn de kostprijzen uit het kostprijsmodel en het meerjaarsgemiddelde belangrijke input.

In onderstaande tabel is de verdeling van de cv-waarde van dbc-zorgproducten weergegeven, ingedeeld in drie verschillende klassen (kleiner of gelijk dan 0,5; tussen 0,5 en 1; groter dan 1). De spreiding van de kostprijsaanleveringen is als volgt:

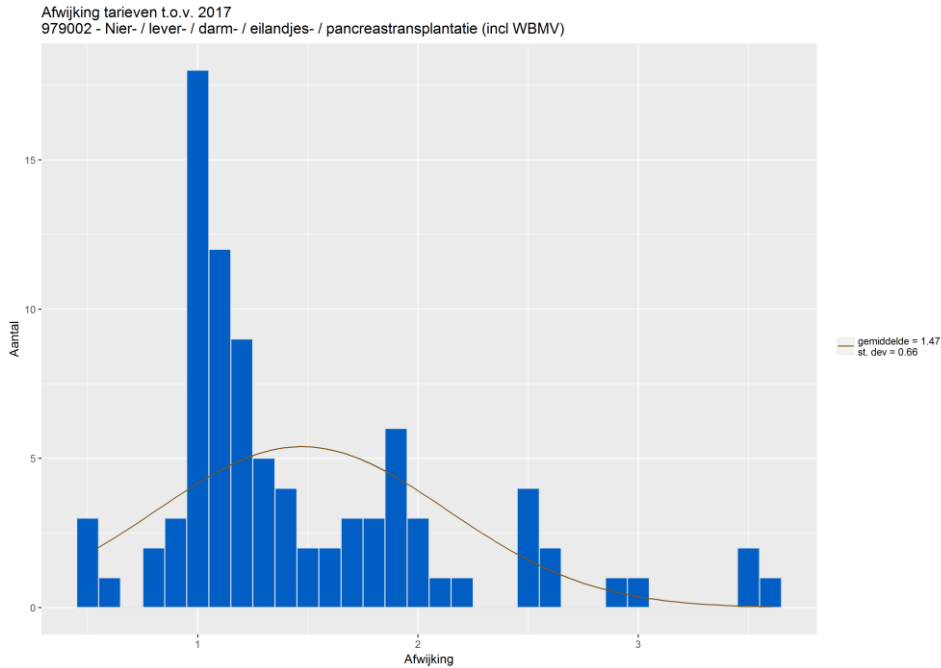
CV waarden Nier/lever/darm/eilandjes/pancreas transplantatie

Categorie	CV-waarde kleiner dan 0,5	CV-waarde tussen 0,5 en 1	CV-waarde groter dan 1	Totaal
Dbc-zorgproducten	45	21	2	68

We hanteren hierbij in principe een norm van 0,5. Niet op alle specifieke medische deelgebieden kan aan dit criterium worden voldaan, vanwege lage productieaantallen of grotere verschillen in zorgzwaarte bij individuele patiënten. Daarom achten we een cv-waarde van 1,0 ook acceptabel. Het merendeel (66 van de 68 prestaties) heeft een cv-waarde van kleiner of gelijk dan een 1. Dit betekent dat de spreiding van de kostprijsaanleveringen beperkt is.

Waar de productiewaarde op basis van de tarieven uit 2017 op € 63,4 miljoen uitkwam, werd de productiewaarde met de concepttarieven 2018 € 78,5 miljoen. Als gevolg van de aanpassingen, naar aanleiding van de beoordeling wordt de nieuwe productiewaarde € 83,4 miljoen. Dit is een stijging van 32% ten opzichte van de tarieven uit 2017.

Figuur 1: Afwijking tarieven t.o.v. 2017



In bovenstaande figuur is de percentuele afwijking van de tarieven 2017 en 2018 getoond. De tarieven zijn (ongewogen) gemiddeld 47% omhoog gegaan. Omdat de productiewaarde met 32% stijgt, valt te concluderen dat de stijging met name bij de wat minder vaak voorkomende producten zit.

3.5 Tarieven overige zorgproducten

In paragraaf 3.2.3 is toegelicht dat er zes overige zorgproducten van een nieuw tarief zijn voorzien. Daarnaast zijn er nieuwe overige zorgproducten geïntroduceerd.

3.5.1 Intensive care

De prestatiestructuur en bekostiging van de ic-zorg is per 2018 aangepast. Voor de prestatie 'ic-dag zwaar' is voor 2017 besloten om het tarief niet te baseren op de gewogen gemiddelde kostprijs, maar om een gefaseerde tariefverlaging door te voeren. Ook is afgesproken dat de ziekenhuizen in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de NFU in een heraanlevertraject gaan onderzoeken of op alternatieve wijze inzicht kan ontstaan in de kosten behorend bij deze ic-prestatie. Partijen hebben de gelegenheid gekregen om de kostprijzen voor de prestatie 'ic-dag zwaar' opnieuw aan te leveren. Deze aanleveringen moesten vergezeld worden door een bestuursverklaring, ter vervanging van een accountantsrapport.

Daarnaast is de huidige indeling voor ic-behandeldagen aangepast, van een driedeling 'licht, middel, zwaar' naar een tweedeling 'type 1 en type 2', om aan te sluiten bij de Kwaliteitsstandaard (richtlijn) Organisatie van Intensive Care (juli 2016).

Er zijn in januari en februari 2017 twee consultatiebijeenkomsten geweest om de aanpassingen aan de prestatiestructuur en de opbouw van de concepttarieven te bespreken. Daarnaast zijn de concepttarieven voorgelegd aan de werkgroep 'Tarieven & Kostprijzen'.

Voor deze bijeenkomsten waren vertegenwoordigers van verschillende veldpartijen⁴ uitgenodigd.

Om de huidige ic-tarieven te kunnen vergelijken zijn alle hieronder vermelde tarieven gebaseerd op prijspeil 2017, inclusief de VGREV⁵-toeslag. De tarieven van de nieuwe prestaties moeten dus nog geïndexeerd worden naar prijspeil 2018, maar voor een zuivere vergelijking van het tarieffeffect is dat hier nog niet meegenomen.

De kostprijzen die zijn aangeleverd voor de tariefberekening 2017 vormen ook de basis voor de nieuwe tarieven voor het jaar 2018. Daarnaast zijn de heraangeleverde 'ic-dag zwaar' kostprijzen gebruikt van de instellingen die binnen de gestelde tijdslijnen tot een heraanlevering van de kostprijs waren overgegaan. De bewerkingsstappen lichten wij hierna toe:

- Het vertrekpunt van de ic-tariefberekening is de 'oorspronkelijk aangeleverde kostprijzen die instellingen over het boekjaar 2014 voor de ic-dag prestaties (licht/middel/zwaar) hebben aangeleverd ten behoeve van de tarieven voor het jaar 2017⁶. Het gewogen gemiddelde, op basis van de oude kostprijzen ligt op € 2.074,06. Dit zou het tarief geweest zijn als voor het jaar 2017 niet besloten was het tarief gefaseerd te verlagen. Dit gewogen gemiddelde is gebaseerd op aanleveringen van 27 instellingen.
- Vervolgens zijn voor de instellingen die tot heraanlevering zijn overgegaan, de oorspronkelijk aangeleverde kostprijzen vervangen door de heraangeleverde kostprijzen. Er zijn 16 instellingen waarvan de kostprijzen zijn vervangen met die uit de heraanlevering. Dit zijn de ziekenhuizen waarvan de bestuursverklaring is goedgekeurd en alle data compleet is aangeleverd. Deze gewogen gemiddelde kostprijs bedraagt € 2.127,54. Dit gewogen gemiddelde is gebaseerd op aanleveringen van 27 instellingen, waarvan er dus 16 zijn vervangen door de kostprijzen uit de heraanlevering.
- Vervolgens is de tweedeling van de productstructuur geïntroduceerd. De verdeling van de kostprijzen over deze twee prestaties gebeurt op basis van het aantal ic-bedden⁷ dat de instellingen hadden in 2014. Dit volgt uit de netwerkvorming⁸ die voorgeschreven wordt in kwaliteitsstandaard (richtlijn) voor de Organisatie van Intensive Care. In de nieuwe prestatiestructuur zijn er twee ic-dag prestaties, type 1 en type 2. Het effect van de verdeling op basis van het aantal bedden is dat de instellingen die voornamelijk de oude prestatie 'ic-dag licht' gebruiken (bijna) allemaal in de nieuwe prestatietype 1 terechtkomen.

⁴ NIV, NVA, NVZ, NFU, ZN, NVIC, ZINL en de FMS

⁵ Vergoeding gederfd rendement eigen vermogen

⁶ In lijn met de tariefberekening voor 2017 is de kostprijs van één instelling buiten de tariefberekening voor 2018 gehouden, omdat deze instelling abusievelijk een ic-kostprijs heeft aangeleverd terwijl zij niet beschikken over een ic-afdeling.

⁷ Als bronnen voor deze data heeft de NZa de beddengegevens gehanteerd van de stichting NICE, de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen van DHD en de heraanlevering van de spotlightgroep. Daarbij werd in principe de definitie van stichting NICE gebruikt: Operationele ic-bedden: een ic-C bed waarvoor monitoring, (beademings-) apparatuur en ingepland personeel beschikbaar is. Daarnaast heeft de NZa wanneer de verschillende bronnen niet in lijn lagen of geen data beschikbaar, bij de instellingen gecheckt wat het aantal was.

⁸ Met betrekking tot deze netwerkvorming gaat de richtlijn uit van een tweetal typen ic; grote en klein ic-locaties. Een kleine ic (type 1) wordt getypeerd als een ic met minder dan 12 bedden en een grote ic (type 2) wordt getypeerd als een ic met 12 bedden of meer.

De instellingen die voornamelijk de oude prestatie 'ic-dag zwaar' gebruiken, komen (bijna) allemaal in de nieuwe prestatie 'ic-dag type 2'. De instellingen die de oude prestatie 'ic-dag middel' gebruiken zijn verdeeld over de twee nieuwe prestaties, aan de hand van het aantal bedden. De gewogen gemiddelde kostprijs van de type 1 prestatie komt na deze herverdeling te liggen op €2.085,18. Als gevolg van deze herverdeling komt de gewogen gemiddelde kostprijs van de type 2 prestatie te liggen op €2.157,37.

- Als laatste zijn de nieuwe ic-dag prestaties voorzien van een normatieve bezettingsgraad component van 80%⁹ op instellingsniveau. Instellingen die een bezettingsgraad hebben die hoger is dan 80%, zijn normatief terug gezet naar een bezettingsgraad van 80%. Dit geldt voor zowel de instellingen in ic-dag type 1 als type 2. De randvoorwaarde om dit goed te kunnen doen is dat van elke instelling het aantal ic-bedden beschikbaar is. De NZa heeft dit onderzocht. Op deze set met kostprijzen, in de nieuwe prestatiestructuur, is vervolgens een uitbijteranalyse uitgevoerd. De uitbijterschoning vindt plaats na correctie van de bezettingsgraad. De verschillen tussen kostprijzen van instellingen die veroorzaakt worden door de bezettingsgraden worden daarmee gemitigeerd. De cv-waarden zijn heel laag, respectievelijk 0,21 voor type 1 en 0,18 voor type 2, wat duidt op een homogene set aan kostprijzen. Het aantal uitbijters is één waarneming voor prestatie type 1 en drie waarnemingen voor prestatie type 2. Hierbij is ook kritisch gekeken naar de waarnemingen die als gevolg van het marktaandeel criteria, niet als uitbijter worden aangemerkt. De uitbijter bij prestatietype 1 is de enige kostprijs waar dit speelt. Omdat deze kostprijs dusdanig afwijkt (deze kostprijs is circa € 382 hoger dan de op één na hoogste kostprijs), is besloten om deze kostprijs toch aan te merken als uitbijter. Na correctie van de bezettingsgraadpercentages en de doorgevoerde uitbijterschoning zijn de tarieven op het uiteindelijke niveau, zoals weergegeven in de onderstaande tabel. Ter vergelijking is in de daaronder opgenomen tabel ook de oorspronkelijke tarieven uit 2017 weergegeven.

Nieuwe ic-dag prestaties

Prestatie	Tarief
Ic-dag, type 1. (190157)	€ 2.223,59
Ic-dag, type 2. (190158)	€ 2.584,28

Oude ic-dag prestaties

Prestatie	Tarief
Ic-dag licht (190153)	€ 1.953,06
Ic-dag middel (190154)	€ 2.148,49
Ic-dag zwaar (190155)	€ 2.442,07

⁹ Dit percentage van 80% wordt ingegeven door de richtlijn. In de bijlage bij de kwaliteitstandaard wordt uiteengezet dat het waarschijnlijk is dat een bezettingspercentage van >80% gepaard gaat met verhoging van de mortaliteit van ic-patiënten. Een hoog bezettingspercentage gaat daarnaast waarschijnlijk gepaard met een hogere kans op weigering tot opname van ic-patiënten.

Als gevolg van deze tariefaanpassing per 2018, ten opzichte van 2017, neemt de productiewaarde toe met 7,8%. De totale productiewaarde in 2018, op basis van het productievolume over 2014 voor deze twee ic-prestaties is € 890.164.916, terwijl de productiewaarde in 2017 nog € 825.505.928 betrof. Dit betreft dus een stijging van € 64.658.989 (7,8%). De NZa acht deze tariefstijging uitlegbaar, mede in het licht van de implementatie van de kwaliteitstandaard in de bekostiging.

Uit de consultatiebijeenkomsten, de analyses van de verschillende kostprijzen en uit het onderzoek rondom de heraanlevering van de kostprijzen bleek dat met name de bezettingsgraad van instellingen er voor zorgde dat de oude ic-dag zwaar prestatie goedkoper was dan de ic-dag middel prestatie. De gemiddelde bezettingsgraad van de instellingen die ic-dag zwaar gebruikten (94%) ligt fors hoger dan die van de instellingen die ic-dag middel gebruiken (60%). Omdat met name grote ic's over het algemeen een relatief hoge bezettingsgraad hebben, kan een normatieve component zorgen voor aanvullende ruimte in de tarieven.

Daarnaast hebben veldpartijen aangegeven dat als gevolg van de richtlijn investeringen nodig zijn door zorgaanbieders, omdat de huidige praktijk nog niet in alle situaties aansluit bij de richtlijn. Dit kwam ook terug in de twee consultatiebijeenkomsten.

Dit heeft met name betrekking op het organiseren van de netwerken en het organiseren van voldoende beschikbaarheid van intensivisten. Dergelijke kosten zijn niet meegenomen in de historische kostprijzen (2014) onderliggend aan de huidige tarieven (2017 en 2018). In de kwaliteitsstandaard zijn echter geen concrete kwantitatieve normen opgenomen voor de genoemde punten, daarom konden deze niet in de tariefberekening geïntegreerd worden. Door gebruik te maken van de mogelijkheid van max-maxtarieven, kunnen instellingen en verzekeraars contractafspraken maken tot 10% boven het reguliere maximumtarief voor verdergaande implementatie van de kwaliteitsstandaard.

3.5.2 Geboortezorg

Naast de bovengenoemde wijzigingen voor de ic-zorg zijn er ook nog 7 tariefwijzigingen doorgevoerd in andere overige zorgproducten. Deze worden achtereenvolgens toegelicht.

Tarief voor nieuwe ozp 199803

Bij bevalling in een geboortecentrum met behulp van lachgassedatie kan naast het maximumtarief voor de verschillende (deel)prestaties verloskundige zorg, tevens de module 'bevalling met lachgassedatie in een geboortecentrum' in rekening gebracht worden. Echter in de medisch-specialistische zorg ontbreekt een overig zorgproduct voor de toeslag voor lachgassedatie. Daarom is per 2018 een nieuw overig zorgproduct 199803 ("Toeslag lachgassedatie bij poliklinische bevalling niet door een gynaecoloog") geïntroduceerd. Omdat geen ongelijkheid in declaratie bij een ziekenhuis en een geboortecentrum mag bestaan, wordt het maximumtarief voor overig zorgproduct 199803 gebaseerd op het verschil tussen het maximumtarief voor de bevalling in een geboortecentrum met behulp van lachgassedatie en het maximumtarief voor bevalling in een geboortecentrum door middel van module geboortecentrum conform tariefbeschikking TB/REG 17625-02 Prestatie en tariefbeschikking verloskundige.

Tariefwijziging ozp's voor poliklinische bevalling (190043 tot en met 190048)

De NZa heeft de afgelopen periode een aantal vragen ontvangen over de hoogte van de tarieven voor poliklinische bevallingen. Poliklinische bevallingen kunnen uitgevoerd worden met en zonder partusassistentie. In totaal zijn er 6 prestaties voor poliklinische bevallingen, zoals weergegeven is in onderstaande tabel. Vanwege de onlogische volgorde van deze maximumtarieven is besloten om tarieven van deze prestaties gewogen te middelen. Dit wordt gedaan door de aan deze tarieven ten grondslag liggende kostprijzen over het jaar 2014 onderling te middelen. Bij deze middeling wordt ook geschoond voor uitbijters. Als gevolg van deze herijking hebben de verschillende varianten poliklinische bevalling met medische indicatie, poliklinische bevalling zonder medische indicatie en de verplichte poliklinische bevalling hetzelfde maximumtarief. Daarmee wordt het verschil tussen de maximumtarieven van deze overige zorgproducten uitsluitend bepaald door de aanwezigheid of afwezigheid van partusassistentie. De volgende tabel geeft dit weer.

OZP-code	OZP-omschrijving	Tarief 2017 (prijspeil 2017)	Tarief 2018 (prijspeil 2017)
190043	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.	712,43	590,94
190044	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.	479,89	530,90
190045	Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.	651,00	590,94

OZP-code	OZP-omschrijving	Tarief 2017 (prijspeil 2017)	Tarief 2018 (prijspeil 2017)
190046	Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.	614,29	530,90
190047	Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.	504,02	590,94
190048	Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.	284,69	530,90

Aan de werkgroep 'Tarieven & Kostprijzen' werd in eerste instantie voorgesteld om de tarieven voor poliklinische bevalling te baseren op de tarieven uit de eerste lijn, waar deze zorg ook wordt verleend. Dit zou voor bovengenoemde prestaties een aanzienlijke tariefdaling hebben betekend. Hierbij is door partijen opgemerkt dat deze aanpak niet aansluit bij het uitgangspunt van tariefvrijheid en zijn vraagtekens geplaatst bij een dergelijke monodisciplinaire aanpak in relatie tot de integrale bekostiging van geboortezorg. Om die reden heeft de NZa besloten om de functionele bekostiging, in de vorm van gelijke tarieven met de eerstelijns geboortezorg nog niet per 2018 in te voeren, maar enkel bovengenoemde gewogen gemiddelde aanpassing van de huidige zes prestaties door te voeren. Voor 2019 wil de NZa samen met betrokken veldpartijen de mogelijkheden onderzoeken om de tarieven voor geboortezorg in de tweede lijn en de eerste lijn beter op elkaar te laten aansluiten.

3.6 Conclusie

De NZa heeft voor de tariefberekening 2018 het uitgangspunt gehanteerd dat tarieven in het algemeen enkel geïndexeerd worden.

Voor een beperkt deel van de prestaties, met name de ic-prestaties en de transplantatiezorg (Nier/lever/darm/eilandjes/pancreas transplantatie), worden tarieven op een andere wijze berekend voor 2018. De wijze van berekenen is in voorgaande paragrafen toegelicht. De tarieven van deze prestaties nemen gemiddeld genomen toe. Voor de ic-zorg met 7,8%, als gevolg van de implementatie van de kwaliteitsstandaard in de bekostiging, en voor de transplantatiezorg (Nier/lever/darm/eilandjes/pancreas transplantatie) 32% als gevolg van de heraanlevering van de kostprijzen door UMC's.

Het aantal tariefwijzigingen in deze release beperkt zich tot deze productgroepen en een aantal individuele prestaties, het overgrote deel van de tarieven kent enkel een indexatie van het tarief. Dit sluit aan bij de gevraagde aandacht voor rust en stabiliteit in het pakket 2018.

De doorgevoerde wijzigingen zijn afgestemd met partijen en hebben over het algemeen een opwaarts effect op de productiewaarde. De NZa heeft alle afzonderlijke wijzigingen beoordeeld en acht de tariefmutaties verdedigbaar en uitlegbaar.

Bijlage 1: Afgewezen wijzigingsverzoeken

In onderstaand schema is weergegeven welke wijzigingsverzoeken de NZa heeft afgewezen. Daarbij is per wijzigingsverzoek aangegeven waarom de NZa heeft besloten het verzoek niet te verwerken in de release. Hiervoor is gebruik gemaakt van het toetsingskader beleidsregel (BR/CU-2145), geldend tot 15 november 2016 en eveneens gehandeld in de geest van de beleidsregel 'Toetsingskader dbc-systeem (BR/REG-17166)', geldend vanaf 15 november 2016. In deze documenten kunt u meer informatie vinden over het kader dat de NZa heeft toegepast bij het beoordelen van een wijzigingsverzoek.

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202398	Uitvalreductie: registratie van zorgactiviteit 190274 leidt bij diagnose G17 tot uitval.	Zorgactiviteitcode 190274 'IUD materiaal' geeft uitval bij dbc-diagnose G17. Dit verzoek is dubbel met wijzigingsverzoek 202347. Wijzigingsverzoek 202347 (oplossen uitval IUD 2016 en 2017) is ingediend door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) en al in de RZ17b uitgewerkt.
202386	Overig zorgproduct voor digitale operatievoorbereiding kaakchirurgie.	Voor digitale operatievoorbereiding (overig zorgproduct voor kaakchirurgie) is geen zorgactiviteit beschikbaar. Daarnaast zijn softwarelicenties prijzig, waardoor de zorgactiviteit die momenteel wordt vastgelegd, niet kostendekkend zou zijn. Als algemene regel voor overige zorgproducten van kaakchirurgie geldt dat het maximumtarief de volledige behandeling van die aandoening omvat (op basis van artikel 29 lid 4 sub b van de 'Regeling medisch- specialistische zorg', kenmerk NR/REG-1732). Dit houdt in dat kosten van operatievoorbereiding inclusief eventuele kosten van softwarelicentie, onderdeel moeten zijn van de tarieven van de betreffende prestaties van kaakchirurgie. Daarom wordt hiervoor geen apart overig zorgproduct aangemaakt.
202383	Registratie screening nierkanker bij BHD syndroom en FH mutatie.	De screening naar nierkanker bij het Birt-Hogg-Dubé (BHD) syndroom en bij een Familiaire Hypercholesterolemie (FH) mutatie wordt vastgelegd met diagnose 099 (geen urologische diagnose), zolang de patiënt nog geen kanker heeft. Bij onder andere gynaecologie is er een afleiding naar zorgproduct 'screening familiale tumoren (code 219899)'. Dit stuk is voor urologie niet toegankelijk. Er worden problemen ervaren door het ontbreken van transparantie. Door gebruik te maken van de zorgvraag in combinatie met de diagnose ontstaat meer transparantie. Daarnaast is er geen bekostigingsprobleem. In het kader van de rust en stabiliteit is geen sprake van een urgent probleem dat verholpen moet worden.
202382	Registratie screening prostaatcancer en blaascancer.	De zorg voor screening van hematurie en prostaatcancer wordt momenteel vastgelegd met diagnose 099 (geen urologische diagnose) of 098 (overige urologische diagnose). Er worden problemen ervaren door het ontbreken van transparantie. Door gebruik te maken van de zorgvraag in combinatie met de diagnose ontstaat meer transparantie. Daarnaast is er geen bekostigingsprobleem. In het kader van de rust en stabiliteit is geen sprake van een urgent probleem dat verholpen moet worden.

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202377	Opheffen diagnosecodes 4830, 4835, 4840 en 4845.	<p>Wijzigingsverzoeken 202367 en 202377 verwijzen naar een vervolgactie van een eerder wijzigingsverzoek (201862), waarin onduidelijkheden waren gemeld rondom de registratie van conservatieve behandeltrajecten waarvoor meerdere diagnosecodes (en daarmee ook meerder dbc-zorgproducten) beschikbaar zijn. Hiervoor heeft de NZa in het RZ16a releasepakket een registratie-instructie meegegeven en aangekondigd dat onderstaande aspecifieke diagnosecodes in de nabije toekomst worden beëindigd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0308_4830- Eenmalig poliklinisch consult m.u.v. second opinion 2. 0308_4835- Eenmalig poliklinisch consult i.v.m. second opinion 3. 0308_4840- Poliklinische behandeling, meerdere consulten omvattend, niet chronisch 4. 0308_4845- Poliklinische chronische behandeling (waaronder jaarlijkse controles) <p>In de afgelopen periode heeft de NZa de gelegenheid geboden om voor situaties waarin nu nog geen medisch inhoudelijke en passende diagnosecode voorhanden is, een wijzigingsverzoek in te dienen.</p> <p>De Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) heeft hierop een aanvraag ingediend voor nieuwe diagnosecodes. Uit de aanvraag blijkt dat er diverse situaties zijn waar nu de aspecifieke diagnoses worden geregistreerd, omdat er geen specifieke diagnosecodes beschikbaar zijn. Het gaat hier om naar schatting 500 trajecten per jaar voor uiteenlopende zorgvragen, die gerelateerd zijn aan zorg die verdeeld is over meerdere zorgproductgroepen en waarvoor dan idealiter zeven nieuwe diagnosetyperingen aangemaakt moeten worden. De NZa ziet af van beëindiging van de vier bovengenoemde diagnosetyperingen en introductie van nieuwe diagnoses, omdat er geen sprake is van een bekostigingsprobleem.</p> <p>In het kader van de gewenste rust en stabiliteit in het dbc-systeem op korte en middellange termijn, acht de NZa dit niet het juiste moment om de typeringslijst van neurochirurgie te wijzigen. Om tot uniforme, specialisme-overstijgende diagnoses te komen is voor de toekomst een andere lijn voor de typeringslijst van neurochirurgie gewenst (geen beschrijving van verrichtingen, maar enkel van de zorgvraag). De NZa vindt het niet wenselijk om in twee stappen wijzigingen door te voeren in de typeringslijst. Dat heeft een te grote impact op administratieve processen. Daarbij staat de impact van een dergelijke wijziging hier niet in verhouding tot de te behalen winst.</p> <p>Diagnosecode 308 met componentcodes 4830, 4835, 4840 en 4845 blijven enkel behouden voor registratie van zorgvragen waarvoor geen medisch inhoudelijk passende diagnosecodes beschikbaar zijn. De NVvN heeft aangegeven dat dit het geval is bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aangezichtspijn / trigeminusneuralgie • Hemi-facialis-spasme • Neuro vasculaire compressiesyndromen en andere dysfuncties hersenzenuwen • Epilepsie • Stemmingsstoornis (Depressie) • Gedragsstoornis (Obsessief-compulsieve stoornis) • Bewegingsstoornis (Extrapiramidale stoornissen / m Parkinson / tremor) • Neuro pathische pijn

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202376	Uitvalreductie: 037180 + 190274 moeten bij diagnose 0307.G11 afleiden tot declarabel zorgproduct.	Bij patiënten met cyclusstoornissen, waar soms een IUD wordt ingebracht, is sprake van uitval. Dit verzoek is dubbel met wijzigingsverzoek 202347. Wijzigingsverzoek 202347 (oplossen uitval IUD 2016 en 2017) is ingediend door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) en al opgelost in de RZ17b.
202372	Aanvraag zorgactiviteit cryopreservatie eierstokweefsel.	Meerdere universitair medische centra (UMC's) leveren zorg ten behoeve van 'invriezen eierstokweefsel'. Achtergrond: de behandeling van kanker kan schadelijk zijn voor de vruchtbaarheid. Er zijn verschillende technieken om de vruchtbaarheid te sparen, zowel voor als tijdens de behandeling van kanker. Een van de mogelijkheden om voorafgaande aan de kankerbehandeling de vruchtbaarheid te sparen is het invriezen en bewaren van eierstokweefsel ook wel cryopreservatie van ovariumweefsel genoemd. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat de patiënt zwanger wordt van een genetisch eigen kind. Deze behandeling zit momenteel nog in een experimentele fase, maar gezien de huidige innovaties in de zorg is het wenselijk dat er voor deze zorg een declarabel zorgproduct komt. Zorginstituut Nederland (ZiN) heeft aangegeven dat het lopende onderzoek naar cryopreservatie fertiliteit naar verwachting een negatieve uitkomst gaat geven (negatief standpunt). Op dit moment is het te vroeg om cryopreservatie eierstokweefsel door middel van een zorgactiviteit op te nemen in de dbc-productstructuur. De aanvrager is geadviseerd om samen met een zorgverzekeraar een aanvraag te doen in het kader van de Beleidsregel Innovatie (AL/BR-0027).
202368	Toelichting opnemen in Beleidsregel gebruik zorgactiviteiten uit specialisme specifieke ranges.	De NZa krijgt regelmatig vragen over het gebruik van zorgactiviteitscodes in de ranges 05xxxx, 07xxxx, 08xxxx, 09xxxx, 12xxxx en 23xxxx. Gebruikers in het veld vragen zich af waarom zorgactiviteiten uit deze ranges niet door alle medisch specialisten geregistreerd kunnen worden. Uitgangspunt is dat zorgactiviteiten specialisme-onafhankelijk zijn. In het verleden was dit niet zo vormgegeven, maar bestonden bepaalde ranges met zorgactiviteiten voor specifieke specialismen. De zorgactiviteiten zijn in principe functioneel omschreven. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder, die de zorg levert zoals beschreven in de prestatieomschrijving, voor wat betreft de toepassing van de declaratieregels, deze activiteiten mag registreren (dit is al gecommuniceerd in de verboden-toegestaan-lijst van 16 juli 2014, die is te vinden op de website www.nza.nl). De regelgeving vereist niet dat deze zorgactiviteiten alleen door een bepaald specialisme mogen worden gedeclareerd.
202367	Aanvraag nieuwe diagnosecodes voor neurochirurgie.	Zie de uitwerking bij wijzigingsverzoek met referentienummer 202377 voor een samengestelde verantwoordingstekst voor zowel de 202367 als de 202377.
202364	Uitvalreductie: zorgactiviteit 190343 zit in standaarduitval zorgproductgroep 99699.	Het verzoek om zorgactiviteit 190343 (Drug eluting cardiovasculaire stent) uit de standaarduitval van zorgproductgroep 99699 te halen is niet gehonoreerd, omdat deze stent is voorbehouden voor cardiovasculaire toepassingen. Dus niet voor endovasculaire toepassingen, waarvan in zorgproductgroep 99699 (Hart en vaatstelsel - Ziekten van arteriën, arteriolen en capillairen incl. precerebrale arteriën) sprake is.

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202355	Aanpassen afleiding ATLS.	<p>Dit verzoek volgt op een wijzigingsverzoek (referentienummer 202344) dat is uitgewerkt voor de RZ18a. Dit verzoek betreft het samenvoegen van de producten 51 en 55 en het aanpassen van het knooppunt naar een hogere iss score.</p> <p>Bij het samenvoegen van de twee dbc-zorgproducten is er geen onderscheid meer tussen trauma's die niet volgens de ATLS worden behandeld en trauma's die wel volgens de ATLS zijn behandeld. Samenvoeging zorgt voor het verminderen van de transparantie. Daarnaast wordt de ATLS losgelaten voor ernstige trauma patiënten als er een product is met een OF-uitvraag.</p>
202350	Aanpassen definitie hartteambespreking.	<p>Het verzoek betreft de mogelijkheid om een consult door één van de specialisten uit een instelling met WBMV-vergunning voor hartinterventies bij een verwijzend ziekenhuis, via een hartteambespreking (zorgactiviteitcode 039679) te kunnen registreren c.q. declareren.</p> <p>De beschreven situatie voldoet niet aan de beschreven vereisten. De intentie hiervan is het borgen van voldoende expertise en multidisciplinariteit. Een hartteambespreking is veelal gericht op een interventie in het gespecialiseerde (WBMV) centrum, waarbij meerdere (WBMV) specialismen betrokken zijn. De beschreven situatie voldoet hier niet aan. Mogelijk kan één en ander via andere vormen van registratie of declaratie tot uitdrukking komen, zoals intercollegiaal consult of multidisciplinair overleg.</p>
202346	Aanpassen registratiebepalingen in Nadere Regel met betrekking tot radiologie.	<p>Er bestaat onduidelijkheid over de verschillende registratieregels voor zorgactiviteiten en overige zorgproducten en over het begrip 'onderzoek' in artikel 26 van de NR/CU-266. Er is verzocht om verduidelijking te geven in de regelgeving.</p> <p>Naar aanleiding van wijzigingsverzoek 202365 (zie Wijzigingendocument dbc-release RZ18a) wordt de regelgeving verduidelijkt ten aanzien van de registratieregels van zorgactiviteiten en overige zorgproducten.</p> <p>Voor het verduidelijken van het begrip 'onderzoek' in artikel 26 NR/CU-266 ziet de NZa geen noodzaak. De NVvR heeft registratierichtlijnen opgesteld die in lijn liggen met de NZa-regelgeving. Uit de registratierichtlijnen blijkt dat het begrip 'onderzoek' op de juiste wijze wordt geïnterpreteerd.</p>
202345	Verkorten doorlooptijden trauma.	<p>Er worden problemen ervaren wanneer een patiënt < 90 dagen tweemaal op de spoedeisende hulp (SEH) verschijnt met een Advanced Trauma Life Support (ATLS)-zorgvraag. Voor de tweede keer kan geen zorgtraject geopend worden, aangezien het eerste ATLS-traject nog open staat. Verzocht wordt om de doorlooptijd van het eerste traject te verkorten, zodat een tweede zorgtraject geopend kan worden.</p> <p>Omdat het een grote wijziging betreft, is de NZa terughoudend in het maken van bijzondere afsluitregels. Het is onbekend om hoeveel gevallen per jaar het gaat en in verband hiermee ziet de NZa geen noodzaak om een bijzondere afsluitregel te maken voor ATLS-trajecten. Het is wel mogelijk om, wanneer de patiënt < 90 dagen voor de tweede keer voor een ATLS-zorgvraag verschijnt, de zorgactiviteit ATLS (039676) te registreren in het openstaande zorgtraject. Daarnaast kan dan alsnog een parallel traumatraject geopend worden. Voor de afleiding maakt het niet uit of zorgactiviteit 039676 één- of tweemaal wordt geregistreerd. Men komt uit in hetzelfde zorgproduct. Op deze manier kan de instelling de zorg registreren en aan de zorgverzekeraar laten zien hoe vaak het voorkomt dat een patiënt < 90 dagen meerdere keren ATLS-zorg nodig heeft. Aangezien het gaat om B-segment kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar voor deze gevallen een prijs afspreken.</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202344	Toevoegen van zorgactiviteit 080043 - total bodyscan aan knooppunt 182199051.	<p>Een total bodyscan wordt ten onrechte alleen in het lichte product uitgevraagd. Het zware product heeft een te strenge uitvraag en is niet in lijn met het ATLS-protocol. Het verzoek is om de EN-uitvraag te wijzigen in een OF-uitvraag.</p> <p>Bij de voorbereiding en het bouwen van dbc-zorgproduct 182199051 (Traumaopvang volgens ATLS-protocol (Advanced Trauma Life Support), Multitrauma ISS ≥ 16 (I), symptoom algemeen) is door de betrokken specialisten en wetenschappelijke vereniging aangegeven dat traumaopvang volgens de ATLS (of eventuele opvolgende systemen) moet worden uitgevoerd. Trauma's die niet volgens de ATLS worden uitgevoerd worden geregistreerd en gedeclareerd onder individuele letsels volgens een diagnostisch traject.</p> <p>Eerder is verzocht om zorgactiviteit 080043 toe te voegen aan de afleiding naar dbc-zorgproduct 182199051. Dit verzoek is door de NZa afgewezen, omdat de total bodyscan niet tot de ATLS behoort. Aan deze situatie is niets veranderd. Hoewel de indiener aangeeft dat in de praktijk de total body scan vaak wel wordt uitgevoerd, behoort de total bodyscan niet tot de ATLS.</p> <p>Bij het samenvoegen van de twee dbc-zorgproducten (wijzigingsverzoek 202355) is er geen onderscheid meer tussen trauma's die niet volgens de ATLS worden uitgevoerd en trauma's die wel volgens de ATLS zijn uitgevoerd. Samenvoeging zorgt voor minder transparantie. Daarnaast wordt de ATLS losgelaten voor ernstige traumapatiënten als er één product is met een OF-uitvraag.</p>
202339	Uitvalreductie bij zorgtype 21 met zorgactiviteit 191138, 191137 en 191111 met een telefonisch consult.	<p>Er doet zich een uitvalprobleem voor bij langdurige erfelijkheidsadviestrajecten (> 120 dagen), waarbij de eindgesprekken telefonisch worden afgehandeld. Deze trajecten vallen nu uit, omdat niet aan de afleidingscriteria wordt voldaan. Deze stellen dat sprake moet zijn van minimaal één face-to-face of screen-to-screen consult om hiervoor een declarabel zorgproduct af te kunnen laten leiden.</p> <p>Dit vraagstuk raakt de algemene lijn voor de regelgeving en de inrichting van de dbc-productstructuur. Polikliniekbezoeken vormen namelijk één van de voornaamste bouwstenen van de productstructuur. Gezien het uitgangspunt van rust en stabiliteit, gaat de NZa terughoudend om met wijzigingen die een brede impact hebben op de productstructuur, zoals een aanpassing op het gebied van polikliniekbezoeken. Tegelijkertijd kijkt de NZa of en hoe we op ontwikkelingen in de zorg, zoals 'zorg op afstand' en eHealth, naar de toekomst toe kunnen inspelen. Mede om die reden is de NZa in contact met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) over de ontwikkelingen rondom de richtlijn 'online arts-patiënt contact'. Dit kan input leveren om op termijn een aanpassing in het dbc-systeem door te voeren.</p>
202336	Declarabel zorgproduct therapeutisch peutergroep.	<p>De werkgroep 'Vroegbehandeling van de kindersectie' van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) heeft geconstateerd dat binnen de intensieve en specifieke behandelvorm Therapeutische Peutergroep op alle locaties binnen de kinderrevalidatie een groot financieel probleem wordt ondervonden bij het aanbieden van deze behandelvorm.</p> <p>In lijn met de reactie van de VRA en Revalidatie Nederland (RN) is het uitgangspunt van de Projectgroep Revalidatie dat het huidige systeem een systeem van gemiddelden is, waarbij het aantal minuten wel weggeschreven kan worden en daarmee een dbc-zorgproduct te declareren is. De vraag om bijzondere patiëntgroepen in het systeem te verwerken leidt in dit geval tot ongewenste verstoringen in het huidige registratiemodel, waar momenteel data mee wordt verzameld voor de doorontwikkeling naar een modulebesteding. De peutergroep-problematiek kan wel worden meegenomen in de moduleontwikkeling (in afstemming met de Projectgroep Moduleontwikkeling). De NZa monitort dit nauwgezet bij de ontwikkeling van nieuwe (op modules gebaseerde) prestaties voor de medisch specialistische revalidatiezorg (msrz).</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202332	Aanmaken van een poliklinisch product bij diagnose 0320.301.	<p>Indien een patiënt aansluitend aan een SEH bezoek voor acuut hartfalen opgenomen wordt op de intensive care, dan valt de dbc uit als gevolg van het ontbreken van klinische dagen (190218). Immers de ic-dag gaat 'voor' de klinische dag. Deze situatie geldt ook indien de patiënt, als gevolg van comorbiditeit, opgenomen wordt voor een ander specialisme dan Cardiologie.</p> <p>Door de introductie van een ambulante product voor de genoemde diagnose (0320.301, acuut hartfalen): 099899.108 'SEH reanimatie', is deze situatie al in de RZ17a opgelost. De vereiste van een klinische opname is komen te vervallen voor declaratie onder diagnosecode 0320.301. Wel geldt als voorwaarde dat een reanimatie plaatsvindt (zorgactiviteitcodes 033288 en 033289). Eén en ander is verwerkt in wijzigingsverzoek met referentienummer 201974 in release RZ17a.</p>
202322	Uitvalreductie. Zorgactiviteit 038830 wervelkolom - custom made tumor prothese bij diagnose 1110 metastase in bot leidt tot uitval.	<p>De combinatie van diagnose 1110 'metastase in bot' en zorgactiviteitcode 038830 'Wervelkolom - Custom made tumor prothese' leidt tot een niet-declarabel product. Volgens orthopeden is er wel degelijk een resectie van een hele wervel met een metastase en een implantaat, waardoor deze combinatie dus mogelijk moet zijn.</p> <p>Gezien de omschrijving gaat het om een CBV-code en niet om een zorgactiviteitcode. De formele beschrijving van zorgactiviteit 038830 is: 'Beenplastiek van andere beenderen dan lange pijpbeenderen van arm of been'. Na overleg met de indiener van het wijzigingsverzoek blijkt dat sprake is van een verkeerde CBV-koppeling bij de instelling van de indiener.</p>
202286	Aanmaken zorgactiviteitcode handtherapie	<p>Handergotherapie is een specialisatie binnen de beroepsgroep ergotherapie, waarvoor per 1-1-2017 een aparte prestatie is geïntroduceerd. Voor fysiotherapie geldt dit niet. Voor fysiotherapie aan de hand bestaat de mogelijkheid om dit te declareren als reguliere zitting fysiotherapie. Aanvrager heeft de NZa verzocht een algemene zorgactiviteit voor handtherapie te introduceren, die door zowel ergotherapeuten als fysiotherapeuten geregistreerd en gedeclareerd kan worden.</p> <p>Het is onvoldoende onderbouwd dat ergotherapeuten en fysiotherapeuten dezelfde zorg leveren. Verder lijkt dit verzoek ingegeven te zijn vanuit een knelpunt rondom de aanspraak op vergoeding vanuit het basispakket. Fysiotherapie wordt slechts in beperkte gevallen vergoed uit het basispakket. Ergotherapie valt standaard in het basispakket (maximaal 10 uur). De NZa gaat niet over de aanspraak, dus dit kunnen wij ook niet aanpassen.</p>
202283	Diagnose 19 (Tumor lateraal schedelbasis) met za 031878 (op. ingreep aan rotsbeen en middenoor) in uitvraag ZP 029999005	<p>De combinatie diagnose 0302_19 (Tumor Lateraal schedelbasis) met zorgactiviteit 031878 (Operatieve ingreep aan het rotsbeen en middenoor bij chronische ontstekingen) leidt tot uitval in zorgproductgroep 029999 (Nieuwvormingen benigne/onbekend). Het verzoek is om deze combinatie wel declarabel te maken. De landelijke zorgactiviteit 031878 is niet passend bij diagnose 0302_19. Dat een passende CBV-code gekoppeld is aan deze zorgactiviteit is niet relevant - de geregistreerde zorgactiviteiten dienen overeen te komen met de uitgevoerde handeling. Voor de handeling excisie vaattumor glomus tympanicum kan zorgactiviteit 030187 (Operatieve behandeling glomustumor (chemodectoom, bijvoorbeeld glomus jugulare, tympanicum of caroticum)) gebruikt worden. Deze zorgactiviteit leidt naar een operatief dbc-zorgproduct in zorgproductgroep 029999, namelijk dbc-zorgproduct 029999002 Oper neus/ neusbijholten (zeer) zwaar. De NZa heeft besloten dit verzoek niet te honoreren.</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202282	Verwijderen diagnoses 0313.841 (Ewing sarcoom) en 0313.525 (Sclerodermie) uit Diagnose Combinatie Tabel.	<p>Bij stamceltransplantatie worden conform regelgeving twee parallelle trajecten met dezelfde diagnose geopend zodat het stamcel- en het chemotraject gescheiden blijft. Ook bij de aandoeningen sclerodermie en Ewing sarcoom vindt stamceltransplantatie naast chemotherapie plaats.</p> <p>Voor beide aandoeningen geldt dat een parallel traject geopend moet worden in het geval van chemotherapie en stamceltransplantatie. Beide aandoeningen staan nu echter in de Diagnose Combinatie Tabel (DCT) in combinatie met zichzelf en mogen dus niet in combinatie met zichzelf worden geopend. Aanvrager verzoekt daarom de combinatie van beide diagnoses met zichzelf uit de DCT te verwijderen.</p> <p>Conform afspraken over wijzigingen in de DCT is dit verzoek besproken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hoewel het verzoek medisch-inhoudelijk als legitiem wordt beschouwd, geeft ZN aan hier geen voorstander van te zijn. Het gaat om incidenten waarin door het dbc-systeem niet hoeft te worden voorzien. Aanvrager bevestigt dat het om kleine aantallen gaat en kan zich vinden in de argumentatie van ZN. Om die reden wordt het verzoek afgewezen.</p>
202280	Nieuwe zorgactiviteit Lever volumetrie	<p>Tijdrovende reconstructies van de leverscan, bedoeld om de segmentele lever voluming te berekenen wordt momenteel niet geregistreerd, terwijl de aantallen wel toenemen.</p> <p>De aanvrager heeft een nieuwe zorgactiviteit (en CBV-code) aangevraagd voor reconstructies van de leverscan. De aanvraag is onvoldoende onderbouwd en daarnaast worden CBV-codes niet door de NZa beheerd. Er zijn bestaande zorgactiviteiten voor scans van de lever. Wanneer de scan wordt ingezet in het kader van een (partiële) leverresectie, wordt afgeleid naar specifieke dbc-zorgproducten waarbij in de onderhandelingen rekening gehouden kan worden met deze verrichting.</p>
202274	Afleiding zorgproduct op basis van 039702 en 039729 zonder consult	<p>Een zeer gebruikelijk onderzoek, EEG zorgactiviteit 039702 of 039729 geeft een uitvalproduct wanneer niet in hetzelfde zorgproduct een consult voorkomt. Vooral met de doorlooptijdverkorting is dit onjuist/ongewenst. De aanvrager verzoekt om onderstaande zorgactiviteiten typerend te maken voor afleiding naar een zorgproduct, zonder dat hier een polikliniekbezoek geregistreerd is:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 39702 Standaard electro-encephalografie (EEG), registratie tot 1 uur - 39729 Slaap-Apneu registratie (screening) <p>In de praktijk wordt een face-to-face contact tussen medisch specialist en patiënt verwacht. De NZa wil zich vasthouden aan het criterium van het face-to-face contact en hier geen uitzonderingen op maken. De doorlooptijdverkorting naar 120 dagen wordt aangegeven als een probleem. Het komt weinig voor (bij aanvrager 30x per jaar) dat er zoveel tijd zit tussen het consult met de medische specialist en het uitvoeren van de diagnostiek. Gezien de gevraagde rust/stabiliteit in zowel de productstructuur als regelgeving, en de kleine aantallen is het niet wenselijk dit punt door te voeren.</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202270	Nieuwe zorgactiviteit voor toeslag bij 119052.	<p>Het verzoek is: specialisten krijgen geregeld het verzoek tot uitgebreide expertise naar aanleiding van een claim op een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Deze verzoeken komen doorgaans binnen vanuit verzekeringsmaatschappijen. Medische specialisten zijn hier meer tijd mee kwijt (minimaal een uur vooraf gegaan aan de uitgebreide expertise en gevolgd door tijd voor administratieve werkzaamheden). Daar een gemiddelde keuring minder tijd in beslag neemt, is zorgactiviteitcode 119052 niet representatief voor beide type keuringen. Een van beide onderzoeken wordt tekort gedaan door een te laag tarief in rekening te brengen.</p> <p>De prestatie en het tarief worden niet gewijzigd. De inzet van de behandelend arts is in dit kader beperkt tot informatieverstrekking. De bestaande zorgactiviteit (119052) dekt de lading voor informatieverstrekking voldoende, ook wat betreft het gemiddelde tijdsbeslag.</p>
202265	Aparte ZA's links/rechts voor intravitreale injecties en laserbehandelingen oogheekunde	<p>De aanvrager heeft gevraagd om een links/rechts onderscheid aan te brengen om uitval van trajecten voor patiënten die intravitreale injecties krijgen in beide ogen, op dezelfde dag, te voorkomen. Nu zorgt dit in de instelling van de aanvrager voor extra handmatig werk. Het aanbrengen van een links/rechts onderscheid zou het voor hen makkelijker maken om dit geautomatiseerd te laten verlopen.</p> <p>Wij zien geen aanleiding of noodzaak om hiervoor wijzigingen door te voeren in de dbc-systematiek en in de regelgeving. Wij verkeren in de veronderstelling dat dit geen breed gedragen probleem is binnen de oogheekunde, maar een geïsoleerd probleem binnen een instelling en dat dit probleem prima met een software-aanpassing in de eigen instelling kan worden opgelost. Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) heeft ons laten weten wel voorstander te zijn van rechts/links onderscheid, maar zij geven ook aan dat dit voor deze specifieke casus niet de juiste oplossingsrichting is voor het uitvalprobleem. Wij verwachten dat ICT-leveranciers in staat zijn om hier een handige automatiseerbare regel voor in te bouwen. Wij adviseren de aanvrager daarom om dit knelpunt voor te leggen aan de eigen softwareleverancier.</p>
202260	Aanmaken ZA uitlezen reveal hartmonitor	<p>Het controleren of uitlezen van een reveal hartmonitor kan niet vastgelegd worden met een verrichtingencode.</p> <p>De aanvrager verzoekt hiervoor een nieuwe zorgactiviteit aan te maken. Er is echter onvoldoende aanleiding voor een verdere differentiatie van zorgactiviteiten. Daarnaast is geen sprake van een registratie- of bekostigingsprobleem. Het uitlezen van een reveal hartritmemonitor wordt geacht onderdeel te zijn van een reguliere poliklinische controle en rechtvaardigt geen (registratie van een) afzonderlijke zorgactiviteit. Controle op afstand is registreerbaar met de zorgactiviteit voor telemonitoring.</p>
202257	Aanmaken zorgactiviteit 'no-meting'.	<p>Verzoek tot aanvraag landelijke zorgactiviteit voor de 'no-meting'.</p> <p>Er is onvoldoende informatie beschikbaar voor een goede beoordeling en eventuele uitwerking van de aanvraag.</p>
202256	ZA 081093 toevoegen aan afleiding in ZPG 069899228	<p>Verzoek is om zorgactiviteit 081093 MRI hersenen – standaard typerend te maken in de afleiding, zonder dat hier een polikliniekbezoek in geregistreerd is.</p> <p>Hoewel het geen ongebruikelijk onderzoek is voor deze zorgproductgroep, wordt toch een face-to-face contact verwacht met een medisch specialist. Dit is consistent met de productstructuur. De zorgactiviteit 081093 MRI hersenen - standaard is niet typerend in zorgproductgroep 069899 'Zenuwstelsel – Epilepsie/status epilepticus/convulsies (wd)'. Daarnaast is er geen declaratieprobleem. Zorgactiviteit 081093 is niet typerend in zorgproductgroep 069899 'Zenuwstelsel – Epilepsie/status epilepticus/convulsies (wd)'. De afleiding van het reguliere subtraject is hetzelfde als er sprake is van een polikliniekbezoek met of zonder MRI.</p> <p>Gezien de gevraagde rust/ stabiliteit in zowel de productstructuur als regelgeving, en de kleine aantallen (tientallen per jaar) is het niet wenselijk om op dit punt een wijziging door te voeren.</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202252	Aanpassen afleiding diagnose 611 heekunde.	<p>Aanvrager is van mening dat onderstaande verrichtingen ook horen bij Chirurgie diagnose 611 >=16:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 039676 ATLS • 089042 of 089202 of 089142 (CT onderzoek van de onderste extremiteiten, met of zonder intraveneus contrast) bekken • 083042 of 083102 of 083042 (CT onderzoek van de wervelkolom) nek • 085002 of 085042 of 085042 (CT onderzoek van de thorax) thorax • 070702 hemoglobine <p>Het gaat om een wijziging in de afleiding van producten voor multitrauma door zorgactiviteit 089142 'CT onderzoek van onderste extremiteiten' toe te voegen in zorgproduct 182199 'ATLS bij ernstigste vorm van multitrauma bij trauma-opvang'. De CT onderste extremiteit is geen standaard onderzoek binnen de ATLS. Daarnaast gaat het om een zorgproduct waarbij zorg volgens een ATLS-protocol (Advanced Trauma Life Support) wordt uitgevoerd.</p>
202250	Bij zorgactiviteit 032670 aanpassen ZPK4 naar ZPK5	<p>Zorgactiviteit 032670 'Video-assisted thoracic surgery (VATS)' heeft zorgprofielklasse (zpk) zpk_code 4 (diagnostische activiteiten). Bij de invoering van dbc's is de zpk_code gewijzigd van 5 (operatieve verrichtingen) naar 4. De VATS betreft een operatieve verrichting. Het verzoek is om de zpk_code 4 terug te draaien naar zpk_code 5.</p> <p>De huidige labeling betreffende de zorgprofielklasse is een bewuste keuze, mede op basis van eerdere input uit het veld. Het betreft geen primair therapeutische operatie, maar interventies met een explorerend karakter (eventueel samen met een therapeutische interventie). Dit levert in de afleiding geen probleem op: er kan in voorkomende gevallen een passend dbc-zorgproduct (intensief/invasief) worden afgeleid.</p>
202246	Nieuw zorgproduct follow-up met dure diagnostiek bij radiotherapie	<p>De Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) heeft een aanvraag voor een nieuw dbc-zorgproduct ingediend "Follow-up met dure diagnostiek". Voor radiotherapie zijn er twee dbc-zorgproducten voor follow-up: 990061029 Follow Up 1- 4 consulten en 990061030 Follow Up > 4 consulten. Dbc-zorgproduct 990061030 komt als gevolg van de verkorting doorlooptijden niet vaak meer voor. De aanvrager geeft aan dat radiotherapeuten er tegenaan lopen dat er vaker behoefte is aan dure diagnostiek, maar dat deze niet wordt aangevraagd omdat het tarief van de bestaande dbc-zorgproducten de kosten onvoldoende dekt.</p> <p>Op dit moment is er voor radiotherapie geen conservatief dbc-zorgproduct met dure diagnostiek. De dbc-zorgproducten voor radiotherapie vallen in het vrije segment: partijen kunnen passende tarieven afspreken. Wanneer er vaker dure diagnostiek is uitgevoerd en het profiel van het dbc-zorgproduct hierdoor zwaarder wordt, kan een hoger tarief worden onderbouwd. Op dit moment zijn de zorgproducten follow-up kostenhomogeen.</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202235	Mogelijk maken registratie ICC/medebehandeling door PA bij revalidatiegeneeskunde	<p>Een Physician Assistant (PA) mag geen intercollegiaal consult (ICC) en medebehandeling declareren. Een ICC arts-revalidatie (190854) verschilt in essentie van het klinisch ICC (190009). Het doel van een ICC revalidatie is niet 'het stellen van een medische diagnose', omdat deze wordt gesteld/vastgelegd door het poortspecialisme waarbij de patiënt is opgenomen in de instelling. Van een diagnostisch contact is dus geen sprake. De bedoelde klinische zorg kan protocollair gemaakt worden net als bij poliklinische zorg en deze kan prima worden gedaan door een PA als hij/zij bekwaam is bevonden door zijn/haar opleider. In het UMC Utrecht én Radboud UMC is het gebruikelijk om deze consulten (totaal 1800 per jaar) door een PA te laten doen. De PA voert deze taak altijd in teamverband uit: contact met hoofdbehandelaar, verpleging en paramedisch team.</p> <p>Dit wijzigingsverzoek raakt niet alleen de revalidatiegeneeskunde maar ook alle andere specialismen. Het voert te ver om dit alleen in het kader van revalidatiegeneeskunde op te pakken en eventueel door te voeren in de RZ18. De NZa stelt voor om het programma breed op te pakken onder de evaluatie van de taakherschikkingspraktijk.</p>
202231	Aanmaken zorgactiviteit behandeling Hepatocellair carcinoom met Yttrium-90 microsferen.	<p>De Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG) heeft een zorgactiviteit aangevraagd voor radioembolisatie met Yttrium-90. Aanleiding voor het wijzigingsverzoek van de NVNG is het feit dat het opvoeren van de katheter met Yttrium-90 onder doorlichting gedaan wordt door de radioloog, maar dat de nucleair geneeskundige verantwoordelijk is voor de levering van de medisch specialistische zorg met Yttrium-90 microsferen. Het aanmaken van een aparte zorgactiviteit voor behandeling van hepatocellair carcinoom voor de nucleaire geneeskundige is echter niet nodig.</p> <p>Op 1 juni 2014 is zorgactiviteit 080086 – Radioembolisatie met Yttrium-90 aangemaakt. Deze zorgactiviteit kan zowel door de radioloog als de nucleaire geneeskundige worden vastgelegd, onder voorwaarde dat zorgactiviteit 080086 slechts één keer in het traject wordt geregistreerd en dat registratie gebeurt op het moment dat de toediening plaatsvindt. De registratie van zorgactiviteit 080086 – Radioembolisatie met Yttrium-90 leidt af naar declarabel zorgproduct 990062021 – Radioembolisatie met Yttrium-90. Vanuit het tarief van dit zorgproduct moeten de kosten en de inzet van zowel de radioloog als de nucleaire geneeskundige worden vergoed. Daarom wordt de aanvraag van de NVNG niet gehonoreerd.</p>
202229	Afschaffen 6 diagnosecodes plastische chirurgie	<p>De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) heeft verzocht om zes diagnoses voor conservatieve behandeling te beëindigen. Omdat deze niet aan een aandoening gelinkt kunnen worden, is het maken van een koppeling aan de referentietermen in de diagnosesthesaurus lastig.</p> <p>De NZa acht het echter noodzakelijk dat deze conservatieve diagnoses blijven bestaan en heeft besloten dit verzoek af te wijzen. De reden hiervoor is dat de alternatieve, 'inhoudelijke' diagnoses, een intensieve/operatieve ingreep in de omschrijving bevatten. Als deze ingreep niet heeft plaatsgevonden, betekent dat dat de diagnose niet passend is en de conservatieve diagnose het best passend is.</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202217	Aanpassen zorgproductgroep 219799 hartrevalidatie.	<p>NVvC heeft de wens om binnen de zorgproductgroep voor 'niet-complexe hartrevalidatie' (219799, domein van de cardioloog) producten voor complexe patiënten te introduceren. De wens is om voor complexe hartrevalidatie een poliklinisch en een klinisch dbc-zorgproduct te introduceren.</p> <p>Vanwege het ontbreken van een heldere onderbouwing van het probleem met de huidige situatie (vooral vanuit patiëntperspectief), het ontbreken van een eenduidige afbakening met de zorg en indicaties zoals nu onder verantwoordelijkheid van de revalidatiearts vallen (met het gevaar van overlap in declaraties) en het feit dat binnen zorgproductgroep 219799 reeds producten bestaan voor klinische opnames en ambulante behandeling (die bovendien onderdeel zijn van het vrije segment), wordt het voorstel afgewezen voor RZ18a.</p> <p>Wanneer op basis van een heldere probleemdefinitie, een nieuw integraal voorstel wordt ingediend voor complexe en niet complexe hartrevalidatie, kan de situatie opnieuw worden beoordeeld.</p>
202208	Aanmaken zorgactiviteiten voor specialistische farmaceutische zorg.	<p>Farmaceutische patiëntenzorgactiviteiten als onderdeel van de geneeskundige zorg zijn niet zichtbaar in de ziekenhuisdeclaraties. Dit terwijl de rol van de (ziekenhuis)apotheker als gevolg van de overheveling en het toenemende gebruik van specialistische medicatie in de thuissituatie steeds belangrijker wordt. Hierdoor dreigt de bekostiging van specialistische- farmaceutische zorg in het gedrang te komen. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF), Zilveren Kruis en Menzis stellen voor om farmaceutische patiëntenzorg, herkenbaar als zorgactiviteit, in dbc's vast te leggen.</p> <p>De aanvraag betreft de behoefte aan registratie-mogelijkheden van farmaceutische zorg binnen het ziekenhuis. De NZa heeft aangegeven dat individuele ziekenhuizen er zelf voor kunnen kiezen deze zorg te registreren, bijvoorbeeld op basis van de prestaties die de NZa hanteert voor farmaceutische zorg (extramuraal). Hiermee kan meer maatwerk worden gecreëerd dan wanneer de NZa een landelijke registratie gaat opleggen. De NZa heeft met aanvrager afgestemd dat deze contact dient op te nemen met Dutch Hospital Data (DHD) voor mogelijkheden in de CBV. Aanvragende partijen konden zich hierin vinden.</p>
202203	Aanmaken zorgactiviteiten maatschappelijk werk.	<p>Maatschappelijk werk werkt binnen alle specialismen, maar er bestaat geen uniforme registratie. De Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) wil een set aan codes aanvragen en/of wijzigen en deze uitrollen over alle landelijke ziekenhuizen. Om benchmarking mogelijk te maken, maar ook om maatschappelijk werkers beter en eenduidig te kunnen laten profileren en registreren.</p> <p>Het verzoek betreft geen direct bekostigings- c.q. declaratieprobleem, maar het verzoek is wel inzicht in de zorg die door maatschappelijk werk wordt geleverd. Hiervoor zijn de hieronder genoemde codes te gebruiken, die in beginsel ook door de beroepsgroep/aanvrager als goede basis wordt gezien. De codes zijn generiek te gebruiken. Voor een verdere detaillering van de registratie kan gebruik gemaakt worden van CVV of CBV codering, al dan niet gekoppeld aan landelijke zorgactiviteitscodes. De landelijke zorgactiviteitscodering is primair gericht op een landelijk systeem van bekostiging en declaratie.</p> <p>198205 Intake maatschappelijk werk. Uitvoeren van een intake ten behoeve van maatschappelijk werk. 198206 Herhaalconsult maatschappelijk werk. Geven van een herhaalconsult vanuit maatschappelijk werk. 198207 Behandelcontact maatschappelijk werk. Verzorgen van een behandelcontact vanuit maatschappelijk werk. 198208 Teleconsult maatschappelijk werk. Geven van een telefonisch consult vanuit maatschappelijk werk 198209 Groepsconsult maatschappelijk werk. Verzorgen van en groepsconsult vanuit maatschappelijk werk.</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202170	Project Terugdringen overbodige zorgproducten	Bij aanvang van het Project 'Terugdringen overbodige zorgproducten' is de aanwezigheid van voldoende draagvlak bij branchepartijen als randvoorwaarde geformuleerd. Bij consultatie van de voorgenomen wijzigingen voor 2017 (RZ17a) als gevolg van het project zijn bedenkingen geuit tegen de scope, methode en potentiële impact. Branchepartijen geven aan dat op dit moment de stabiliteit en continuïteit van het systeem van primair belang is. Dit mede in het licht van een goede inschatting van de schadelast, als basis voor de planning- en controlcyclus. Partijen zagen onvoldoende noodzaak voor het opheffen van dbc-zorgproducten waar weinig of geen productie in landt. Potentieel zijn meer dan 200 dbc-zorgproducten in beeld om te worden opgeheven. Hiervoor in de plaats kunnen meer dan 100 nieuwe dbc-zorgproducten worden geïntroduceerd, wat een netto reductie van circa 100 dbc-zorgproducten kan opleveren. Deze impact wordt groot geacht en is dus afgewezen voor de RZ18a.
202167	Project Faciliteren reële prijsvorming via productstructuur	Het Project 'Faciliteren reële prijsvorming via productstructuur' wordt niet uitgevoerd, vanwege de impact op de productstructuur en tarieven. Partijen hebben aangegeven dat zij de komende jaren behoefte hebben aan rust en stabiliteit in zowel de productstructuur als regelgeving. Dit project is daarom tijdens consultatie van het besluitvormingsdocument (2e go RZ17a) komen te vervallen voor 2017. Mogelijk wordt dit een onderdeel van de lange termijn doorontwikkeling en dus afgewezen voor de RZ18a.
202149	Mogelijk maken diagnose 954 en zorgactiviteit 031133 bij oogheelkunde.	<p>Uitvalprobleem bij trajecten voor congenitale irisafwijkingen waarvoor een nieuwe pupilopening wordt gemaakt. De hierbij behorende registratie van diagnosecode 301_954 (Congenitale afwijking) en zorgactiviteit 031133 (Maken van nieuwe pupilopening, diaphragmectomie) levert geen declarabel zorgproduct op.</p> <p>Dit verzoek is niet meer relevant. Uit de vernieuwde uitleg van diagnose 301_954 bij de toelichting op de typeringslijst die het NOG heeft uitgebracht, volgt dat voor de door de aanvrager benoemde situatie, een andere diagnosecode wordt vastgelegd (301_509 Overige pathologie uvea in plaats van _ 954 Congenitale afwijking) op basis waarvan wel een passend product afgeleid kan worden.</p>
202145	Aanpassingen in verband met overheveling diagnosen kindergeneeskunde naar Jeugdwet.	<p>In de RZ16b was men voornemens een aantal diagnosen te verwijderen welke overgeheveld zijn van de msz naar de Jeugdwet. Dit betrof wijzigingen in de zorgproductgroepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 990316 Kindergeneeskunde overige pediatrie A segment Diagnose 7601 ADHD => verwijderd • 991216 Kindergeneeskunde psychosociaal A segment Diagnose 7611 psychiatrische stoornissen => verwijderd Diagnose 7699 Overige psychosociale problemen (onder andere pedagogisch) => naam aanpassing • 991630 Kinderneurologie (exclusief epilepsie/ slaapproblemen) A segment Diagnose 7610 Leerstoornissen => verwijderd <p>Op verzoek van partijen (NVZ, NFU en VNG) heeft de NZa besloten deze wijziging niet door te voeren. In 2018 en 2019 worden de diagnosen die zijn overgeheveld naar de Jeugdwet nog gefaciliteerd in de dbc-systematiek. Deze mogen echter niet ten laste van de msz worden gebracht (niet gedeclareerd via de zorgverzekeraar), maar moeten direct met de gemeente verrekend worden.</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202125	Aanmaken zorgactiviteit schuimecho.	<p>Er is een zorgactiviteit aangevraagd voor Schuimecho of ExEm foam: een echoscopische procedure waarbij schuim wordt ingebracht teneinde de tubae-doorgankelijkheid in beeld te brengen, ofwel een simpele 'tubal patency test'. Deze vorm van diagnostiek is te vergelijken met de baarmoederfoto: Hysterosalpingografie (HSG). Schuimecho kan in ongeveer 75% van de gevallen de HSG vervangen.</p> <p>Omdat tot begin 2018 een doelmatigheidsonderzoek loopt bij ZonMw, gevolgd door een follow-up van twaalf maanden, wordt de aanvraag voor een zorgactiviteit voor Schuimecho voor de RZ18a niet gehonoreerd. De aanvrager kan wel een aanvraag doen in het kader van de Beleidsregel Innovatie.</p>
201992	Complexe buikwandoperatie en Ramirez plastiek onderscheidend maken in de productstructuur.	<p>Bij de hernia cicatricialis wordt complexe buikwandchirurgie op dit moment geregistreerd onder de zorgactiviteit hernia cicatricialis. Deze complexe buikwandchirurgie omvat onder andere de Ramirez plastiek, welke vele malen meer tijd en kosten vergt dan een reguliere operatie. Enkel Ramirez plastiek kan niet als omschrijving gebruikt worden, omdat dit dan te beperkend is voor de complexe buikwandchirurgie. Voor aanvrager is zichtbaarheid van deze chirurgie in het zorgprofiel het belangrijkste. Aanvrager verzoekt om onderscheid tussen beide operaties.</p> <p>Dit verzoek betreft feitelijk het inzichtelijk maken van zorgzwaarte. Of een patiënt complex is, hangt namelijk af van zowel aandoeningskenmerken (bijvoorbeeld grootte van de breukpoortdiameter) als patiëntkenmerken (leeftijd, BMI, co-morbiditeit etc.). Zorgverzekeraars hebben aangegeven geen noodzaak te zien voor een apart dbc-zorgproduct. Wel is onze inschatting dat het zinnig is om complexe buikwandchirurgie inzichtelijk te maken. Met de huidige zorgactiviteiten is dat niet goed mogelijk. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH) heeft aangegeven dat het aanmaken van alleen een zorgactiviteit Ramirez plastiek hiervoor niet voldoende is.</p> <p>De NZa heeft bij de NVVH aangegeven bereid te zijn om een nieuwe zorgactiviteit 'complexe buikwandchirurgie' aan te maken, mits verwezen kan worden naar een vastgestelde landelijke richtlijn waarin complexe buikwandchirurgie nader wordt gedefinieerd. Wij hebben daarop geen reactie ontvangen met een verwijzing naar een richtlijn of een melding dat een dergelijke richtlijn in ontwikkeling is.</p>
201935	Verbeteren zorgactiviteitentabel: rol, structuur en definities	<p>Dit onderwerp heeft allereerst betrekking op het opstellen van criteria voor het opnemen van nieuwe zorgactiviteiten. Deze actie is ondergebracht in het project Toetsingskader. Ten tweede is geconstateerd dat het specialisme-overstijgend maken van de zorgactiviteitentabel en het verbeteren van (de consistentie van) de opbouw van deze tabel aandacht behoeft. Gezien het fundamentele karakter van een dergelijke wijziging heeft de NZa besloten dit vooralsnog te 'parkeren' in afwachting van het plan van aanpak lange termijn doorontwikkeling dbc-systematiek msz. Om die reden is besloten dit onderwerp als zelfstandig project te laten vervallen.</p>

Bijlage 2: Verschillen inhoud RZ18a ten opzichte van het Besluitvormingsdocument RZ18a

Er heeft een aantal aanpassingen na de besluitvorming (voorheen 2^e go) plaatsgevonden. Deze zijn hieronder inzichtelijk gemaakt. Er zijn geen wijzigingsverzoeken vervallen of afgewezen nadat deze op het besluitvormingsdocument RZ18a is gepubliceerd.

Toegewezen wijzigingsverzoeken na vaststelling besluitvormingsdocument

Referentienummer	Omschrijving
202349	Aanmaken overig zorgproduct voor poliklinische bevalling met lachgassedatie
202409	Verduidelijken regelgeving nazorg orgaantransplantaties
202417	Tarieftype zorgactiviteit 037521 omzetten van TT11 naar TT13
202418	Beëindigen dubbele zorgactiviteitcode oedeemtherapie (192939) en aanvullen omschrijving 193007 'Individuele zitting oedeemtherapie (fysiotherapie).'
202420	Aanpassen consumentenomschrijving dbc-zorgproducten
202426	Aanpassen tarieven kaakchirurgische prestaties en aanmaken nieuwe prestatie
202430	Vervolgacties op wijzigingsverzoek (interventieradiologie)
202432	Wijzigingen regelgeving in verband met ontwikkeling beleid dure geneesmiddelen
202434	Aanpassing omschrijving zorgactiviteit 234035
202436	Toevoegen declaratiebepaling voor alle overige zorgproducten trombose
202437	Aanpassing 190259 Nabij patiënt trombosedienst (per kwartaal)
202438	Eerstelijns prestaties paramedische zorg
202439	Nieuwe ic-prestaties
202445	Aanpassen declaratiebepaling kaakchirurgie
202450	Aanpassing tarieven overige zorgproducten poliklinische bevallingen
202461	Tekstuele correctie nadere regel
202464	Regels medisch-specialistische verpleging in thuissituatie aangepast