

Document

Verantwoording dbc- release RZ19a

Ingangsdatum 1 januari 2019

Inhoud

1. Inleiding	4
1.1 Kengetallen	4
1.2 Impact van wijzigingen en projecten	4
1.3 Controles en test	5
1.4 Onafhankelijke audit	5
1.5 Leeswijzer	5
1.6 Disclaimer	6
2. Verantwoording tarieven 2019	7
2.1 Reikwijdte van de tariefherijking	7
2.2 Kostprijstaanleveringen	8
2.3 Tarieven dbc-zorgproducten en overige zorgproducten	13
2.4 Conclusie	26
Bijlage 1: Beschrijving brongegevens DIS	27
Bijlage 2: Uitgeleverde producten	33
Bijlage 3: Afgewezen wijzigingsverzoeken	35
Bijlage 4: Verschillen inhoud Wijzigingendocument RZ19a ten opzichte van het Consultatiedocument RZ19a	51

1. Inleiding

Ieder jaar voeren we aanpassingen door in de prestaties en tarieven van de medisch-specialistische zorg. In dit document vindt u een verantwoording van de aanpassingen in de tarieven. Daarnaast lichten we ook toe welke wijzigingsverzoeken niet tot een aanpassing in het dbc-pakket hebben geleid en waarom. Voor een uitgebreide toelichting op de wijzigingen in de dbc-release RZ19a verwijzen wij u naar het document Wijzigingen dbc-release RZ19a (werkenmetdbcs.nza.nl).

1.1 Kengetallen

De wijzigingen in de productstructuur per 1 januari 2019 hebben betrekking op zorgactiviteiten, diagnoses en zorgproducten. In onderstaand overzicht geven wij een aantal kengetallen schematisch weer. Hieronder ziet u in de bovenste rij de volgende kengetallen: In het eerste plaatje (linksboven) het totaal aantal zorgactiviteiten per 2019 (= 4190), waarvan 1087 overige zorgproducten. In het tweede plaatje staat het totaal aantal diagnoses. In het derde plaatje (rechtsboven) het totaal aantal dbc-zorgproducten, waarvan 1047 uitvalproducten (niet-declarabele dbc-zorgproducten).

In het plaatje op de tweede rij (linksonder) is goed te zien wat de verschillen zijn ten opzichte van het lopende jaar.



1.2 Impact van wijzigingen en projecten

De wijzigingen die we in een release doorvoeren, komen vaak voort uit verzoeken die zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere partijen bij ons indienen. We kijken altijd kritisch of we een verzoek verwerken tot een aanpassing in de dbc-systematiek. Dat doen we zorgvuldig, en in overleg. We consulteren verzoeken in het Technisch Overleg medisch-specialistische Zorg (TO msz), waar vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan deelnemen. In de uitwerking van wijzigingsverzoeken besteden we aandacht aan de impact van een wijziging in verhouding tot de omvang van het knelpunt. Dit toetsen wij aan de hand van de beleidsregel Toetsingskader dbc-systeem BR/REG-18121.

1.3 Controles en test

Om de kwaliteit van het dbc-pakket voldoende te garanderen bij vaststelling door de Raad van Bestuur van de NZa, hebben we de volgende maatregelen genomen:

- Consultatie op onderdelen van het dbc-pakket met (vertegenwoordigers van) branchepartijen.
- Consultatie bij (vertegenwoordigers van) branchepartijen van de gecorrigeerde concepttarieven.
- Realisatie van het dbc-pakket volgens het proces zoals dat de afgelopen jaren is ontwikkeld.
- Verbetering van het proces en extra controles hierop naar aanleiding van de aanbevelingen van eerdere audits.
- De adviezen vanuit eerdere audits zijn zo veel als mogelijk meegenomen in de voorliggende release.
- De doorgevoerde wijzigingen uitgebreid gedocumenteerd en verantwoord in de release.
- Behalve tests en controles die technische aspecten beoordelen, zijn ook functionele tests en controles uitgevoerd.

1.4 Onafhankelijke audit

Na de vaststelling van de RZ19a volgt een onafhankelijke audit. Voorafgaand aan deze audit, hebben we zelf interne testen en controles uitgevoerd. Van de audit komt een Assurancerapportage beschikbaar. Deze publiceren wij in juni 2018 op werkenmetdbcs.nza.nl.

1.5 Leeswijzer

Bij de verantwoording van dbc-release RZ19a ligt de focus op hoofdstuk 2, Verantwoording en beoordeling tarieven 2019. In dit hoofdstuk lichten wij de berekening van de tarieven 2019 toe, waarbij achtereenvolgens uitgangspunten, brongegevens, berekeningen en beoordeling (impact) van de tarieven aan bod komen.

Daarnaast bevat dit document de volgende bijlagen:

- Bijlage 1: beschrijving brongegevens DIS
In deze bijlage vindt u de achtergrond
- Bijlage 2: Uitgeleverde producten
In deze bijlage vindt u een overzicht van de uitgeleverde producten voor dbc-release RZ19a en op welke website u deze kunt vinden.
- Bijlage 3: Afgewezen wijzigingsverzoeken
In deze bijlage vindt u een verantwoording van de afgewezen wijzigingsverzoeken voor dbc-release RZ19a.
- Bijlage 4: Verschillen inhoud Wijzigingendocument RZ19a ten opzichte van het Consultatiedocument RZ19a.
In deze bijlage vindt u een overzicht van aanpassingen die in de RZ19a hebben plaatsgevonden, nadat de Raad van Bestuur NZa het Consultatiedocument RZ19a heeft vastgesteld.

1.6 Disclaimer

Aan de publicatie van dit document kunt u geen rechten ontlenen. Hoewel we de inhoud van dit document met de grootste zorgvuldigheid hebben samengesteld, aanvaarden we geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die kan ontstaan door het gebruik van de informatie in dit document. Verveelvoudiging en verspreiding is toegestaan mits u de NZa als bron vermeld, danwel als bron herkenbaar houdt.

In geval van discrepantie is wat vastgesteld is in de formele regelgeving (Beleidsregel, Nadere Regel en Tariefbeschikking) leidend. Een volledig overzicht van de (beleids)regels vindt u op onze website nza.nl

Voor vragen over de dbc-systematiek kunt u terecht bij ons Informatie- en Contactcentrum:

E-mail : info@nza.nl
Telefoon : 088 - 770 8 770

2. Verantwoording tarieven 2019

In dit hoofdstuk lichten we toe hoe de tarieven voor de zorgprestaties in het gereguleerde segment voor 2019 zijn berekend. Paragraaf 2.1 schetst de reikwijdte van de tariefherijking 2019. In paragraaf 2.2 worden de kostprijsaanleveringen en de uitgevoerde schoningen beschreven. Paragraaf 2.3 schetst de belangrijkste bevindingen die volgen uit het beoordelingstraject en de effecten van de wijzigingen als gevolg van de beoordeling voor de dbc-zorgproducten en de overige zorgproducten. De eindconclusie is opgenomen in paragraaf 2.4.

2.1 Reikwijdte van de tariefherijking

In overleg met vertegenwoordigers van veldpartijen is besloten om geen brede tariefherijking per 2019 door te voeren. Dat heeft twee oorzaken. We ontvingen het afgelopen jaar meerdere signalen, vooral van individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars, dat een brede herijking van de tarieven voor medisch-specialistische zorg niet noodzakelijk en niet wenselijk is. Daarnaast oordeelde het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBb) medio september 2017 dat we inhoudelijk scherper naar de ontvangen gegevens moeten kijken. De rechter vindt, onder bepaalde omstandigheden, een cijfermatige analyse niet voldoende en verwacht nader inhoudelijk onderzoek. We willen aan deze onderzoeksplicht voldoen. Dit vraagt echter meer tijd en capaciteit, zowel van veldpartijen als van de NZa. We zien daarom dat een brede tariefherijking per 2019 niet haalbaar is.

De NZa heeft wel onderzocht of het noodzakelijk en mogelijk is om enkele zorgproducten (zp's) of zorgproductgroepen (zpg's) te herijken. Door vertegenwoordigers van de zorgaanbieders is een lijst van zorgproduct(groep)en aangedragen waarvoor knelpunten ervaren worden in de contractonderhandelingen. Deze lijst besloeg in de praktijk vrijwel het gehele gereguleerde segment. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven geen signalen over knelpunten in de tarieven ontvangen te hebben van individuele zorgverzekeraars.

We hebben de aangedragen knelpunten onderzocht aan de hand van eigen analyses op basis van kostprijsinformatie 2016 en op basis van Vektis-declaratiegegevens. De kostprijzdata hebben we (na correctie voor prijspeil en 'vergoeding gederfd rendement eigen vermogen' of kortweg VGREV) vergeleken met de huidige tarieven. Dit geeft inzicht in het verschil tussen lokale kostprijzen en landelijke tarieven. Immers, een lokaal afwijkende kostprijs hoeft niet een knelpunt in de onderhandelingen te zijn. In de Vektis-data hebben we vooral gekeken naar verhouding tussen gecontracteerde prijzen en het maximumtarief. Wanneer voor bepaalde zorg in een (groot) deel van de sector wordt gecontracteerd boven het maximumtarief¹, kan dit een signaal zijn dat de tarieven te scherp zijn vastgesteld. Uit deze analyses komen de volgende zorgproduct(groepen) naar voren:

- Neonatologie (zpg 990017)
- Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie (zpg 979002)
- Hart/long transplantaties (deel van zpg 979001)
- Complex chronisch longfalen (zpg 990022)

¹ Sinds 2017 bestaat de mogelijkheid om, indien contractueel overeengekomen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, een zogenaamd max-max tarief af te spreken. Dit max-max tarief ligt maximaal 10% hoger dan het reguliere maximum tarief.

- Beeldvormende diagnostiek en medische microbiologie (ozp's)
- Verblijf gezonde zuigeling (ozp 190033)
- Trombose zorg (ozp's)

Voor de twee zorgproductengroepen betreffende transplantatiezorg was vooral de productstructuur verandering van 2016 voor de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) de aanleiding om deze tarieven voor 2019 te willen onderzoeken en eventueel te herijken.

Overzicht rekenmethode gereguleerde tarieven (in scope)

Berekeningsmethode	Dbc-zorgproducten	Overige zorgproducten
Herijken	0	1
Alternatief	49	19
Conversie	6	0
Indexeren	953	923
Totaal gereguleerd segment	1.008	943

De gereguleerde tarieven die buiten de hierboven opgenomen scope vallen, worden geïndexeerd. De prijsindex van 2018 naar 2019 is 3,75%.

In de tarieven 2019 zal voor de toeslag 'vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen' (VGREV) dezelfde generieke tarieftoeslag (van 1,47%) verwerkt worden die ook in de 2017 en 2018 tarieven gebruikt is.

2.2 Kostprijsaanleveringen

2.2.1 Kostprijsaanleveringen instellingen over 2015 en 2016

Instellingen waren op grond van de nadere regel Registratie en aanlevering kostprijzen (NR/REG-1740) verplicht om uiterlijk 1 september 2017 hun kostprijzen over het gereguleerde segment, voorzien van een rapport van bevindingen van een externe accountant, over het boekjaar 2016 aan te leveren. De kostprijzen over het boekjaar 2015 hadden dezelfde aanleverdeadline, maar daarbij volstond het aanleveren van een bestuursverklaring in plaats van een rapport van bevindingen.

Er zijn 31 instellingen die een ontheffingsverzoek hebben ingediend voor de aanlevering over 2016², waarvan er 29 zijn gegund.

In totaal hebben 157 instellingen kostprijsinformatie, voorzien van een rapport van bevindingen van de accountant, aangeleverd. Deze rapporten zijn door de NZa beoordeeld. Indien uit de bevindingen van de accountant onvoldoende duidelijk blijkt dat de kostprijsberekening correct is uitgevoerd, zijn door de NZa aanvullende vragen gesteld aan de instelling. Op basis van de reactie is vervolgens besloten of de kostprijsaanlevering alsnog kon worden goedgekeurd.

Uiteindelijk zijn 139 kostprijsaanleveringen goedgekeurd en meegenomen. De kostprijsinformatie van de overige 18 instellingen is op grond van het rapport van bevindingen van de externe accountant afgekeurd en niet meegenomen.

² Eerder verleende ontheffingen gelden nog steeds indien de zorgaanbieders nog steeds aan het ontheffingscriterium voldoet

Deze instellingen zijn hierover geïnformeerd. Hierbij is ook aangegeven op welke gronden instellingen zijn uitgesloten.

Na deze beoordeling zijn de goedgekeurde kostprijsaanleveringen meegenomen in het verdere proces. De kostprijsaanleveringen worden vervolgens in het proces nog beoordeeld op uitbijters.

Overzicht aantal aanleveringen 2016 per categorie zorgaanbieders

Categorie	Aantal niet meegenomen	Aantal meegenomen	Eindtotaal
Algemene ziekenhuizen	2	63	65
Overige categorale instellingen	0	7	7
Umc's	1	6	7
Revalidatiecentra	3	14	17
Trombosediensten	3	15	18
Zbc's	5	17	22
Huisartsenlaboratoria	4	10	14
Productie samenwerkingsverband	0	7	7
Totaal	18	139	157

2.2.2 Instellingsschoning en technische schoning kostprijzen

Voor de goedgekeurde kostprijsaanleveringen is, naast de nadien doorgevoerde specifieke schoningen die in paragraaf 2.2.3 en 2.2.4 worden toegelicht, aanvullend een technische schoning uitgevoerd. Een kostprijsaanlevering van een specifiek zorgproduct is niet meegenomen in de tariefberekening indien voor de instellingskosten (het kostendeel) en/of de loonkosten (het honorariumdeel) een negatief bedrag is aangeleverd. Tevens moet de som van kostendeel en het honorariumdeel van de aangeleverde kostprijs groter zijn dan € 0,005.

Indien van een instelling 50% of meer van zijn aangeleverde producten als technische uitbijter worden geassocieerd, is de gehele instelling niet meegenomen in de tariefberekening. Er zijn geen instellingen die aan deze voorwaarden voldoen, daarom zijn er geen instellingen onder deze voorwaarden geschoond.

2.2.3 Schoning voor uitbijters op instellingsniveau

Op de aangeleverde kostprijsinformatie, van de instellingen met een door ons goed beoordeeld rapport van bevindingen, is een uitbijteranalyse uitgevoerd. De uitbijteranalyse wordt op instellingsniveau uitgevoerd. Hierbij wordt onderzocht of de uitbijterratio³ van een instelling significant⁴ afwijkt van het landelijk gemiddelde en het gemiddelde op stratumniveau (gelijksoortige instellingen). Instellingen die zowel op landelijk niveau als binnen het eigen stratum een afwijkende uitbijterratio kennen, worden beschouwd als uitbijter. Daarnaast worden instellingen ook als uitbijter beschouwd als ze op landelijk niveau een uitbijter zijn en op stratumniveau niet, maar waarvan de cv-waarde op stratumniveau hoger is dan op landelijk niveau. Dit laatste duidt er op dat de spreiding op stratum niveau hoger is dan landelijk.

³ Het aantal kostprijzen van een instelling dat een uitbijter is, gedeeld door het totaal aangeleverde kostprijzen van deze instelling. Wanneer een kostprijs een uitbijter is wordt beschreven in paragraaf 2.2.4.

⁴ Meer dan twee standaard deviaties

De landelijk gemiddelde uitbijterratio is 9,8%. Er zijn 26 instellingen die geen enkele uitbijter hebben. De uitbijterratio van deze instellingen is dan ook 0. Een aantal instellingen kent een hoog uitbijterpercentage oplopend tot 57%. Uit de analyse volgt dat de uitbijterratio van negen instellingen significant afwijkt ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Van deze instellingen wijken vier instellingen op zowel landelijk niveau als op stratumniveau significant af van het gemiddelde, deze instellingen definiëren we daarom als een uitbijter. Het gaat daarbij om één algemeen ziekenhuis, één zelfstandig behandelcentrum, één eerstelijns diagnostisch centrum en één revalidatiecentrum. Daarnaast zijn er drie instellingen die wel landelijk (maar niet op stratumniveau) een uitbijter zijn, en waarvan de cv-waarden op stratumniveau hoger zijn dan op landelijk niveau. Deze drie instellingen beschouwen we ook als uitbijter. In totaal zijn er dus zeven instellingen in zijn geheel geschoond op basis van deze uitbijteranalyse.

2.2.4 Schoning voor uitbijters op zorgproductniveau

We zien elk jaar spreiding in de kostprijsdata die we ontvangen. Via een uitbijteranalyse identificeren we de grootste afwijkingen. Een uitbijter is niet per definitie een foute aanlevering, maar wel een aanlevering die opvalt. In sommige gevallen onderzoeken we of er inhoudelijke redenen zijn die de afwijking verklaren. Dat kan een reden zijn om een uitbijter toch mee nemen. In andere gevallen kiezen we ervoor om op basis van de analyse een aanlevering direct te schonen. In deze paragraaf is beschreven hoe we tot deze keuzes komen.

Kostprijsgegevens zijn over het algemeen niet normaal verdeeld. Bij een normaal verdeelde dataset zijn er evenveel afwijkende waarnemingen boven als onder het gemiddelde. Waarnemingen kunnen zowel positief als negatief zijn. Kostprijzen mogen echter nooit negatief zijn. Als we met gemiddelden en standaarddeviaties gaan rekenen, krijgen we vaak ondergrenzen die lager zijn dan 0 euro. Daarmee zouden we nooit lage uitbijters identificeren.

We hebben daarom gekeken naar alternatieve verdelingen. Er is niet één verdeling waar alle zorgproducten aan voldoen. We hebben daarom gezocht naar een verdeling die de bovenstaande problemen omzeilt en goed uitlegbaar is. We hebben, net als in eerdere jaren, gekozen voor de lognormale verdeling. Dit is een rekenmethode waarbij we kijken naar de afwijking van het gemiddelde. We nemen de logaritme van deze afwijking, om zo afwijkingen naar beneden en naar boven vergelijkbaar te maken:

$$Kosten_{getransformeerd} = \ln \frac{\text{kostprijs}}{\text{gemiddelde kostprijs}}$$

Uitgebreidere uitbijteranalyse

Tot nu toe hebben we alleen een uitbijteranalyse op de kosten uitgevoerd. Voor 2019 is de uitbijteranalyse uitgebreid tot vier analyses. Deze vier analyses voeren we eerst separaat uit. Elke waarneming wordt dus op vier 'vlaggetjes' (wel of geen uitbijter) gevlagt. Verderop lichten we toe hoe we deze vlaggetjes gebruiken.

A. Aantallen van instelling vs. aantallen Vektis

We vergelijken de aantallen van een instelling die zijn opgegeven in het kostprijsmodel met het aantal declaraties in Vektis.

Deze aantallen zijn in principe gelijk; er zijn geen redenen om aan te nemen dat de aantallen in het kostprijsmodel mogen afwijken van de aantallen in Vektis.

Toch controleren we niet of de aantallen exact gelijk zijn, omdat we niet met zekerheid kunnen zeggen dat alle declaraties in het databestand van Vektis zitten. Om die reden berekenen we per instelling per product de afwijking tussen het kostprijsmodel en Vektis. Dit noemen we de ratio s .

$$s_i = \frac{q_i^{kpm}}{q_i^{vektis}} \quad (A.1)$$

Deze ratio s vergelijken we tussen de instellingen. Als deze ratio voor een instelling significant afwijkt, zoals berekend met formule (A.2), dan beschouwen de aanlevering van deze instelling voor dit specifieke product als een uitbijter.

$$e^{\mu_{s'} - 2\sigma_{s'}} \leq s_i \leq e^{\mu_{s'} + 2\sigma_{s'}} \quad (A.2)$$

In deze formule is

s_i een kostprijs van een instelling voor een zorgproduct;

$s' = \log s_i$;

$\mu_{p'}$ het gemiddelde van alle van s_i' van een zorgproduct;

$\sigma_{p'}$ de standaarddeviatie van alle van s_i' van een zorgproduct.

We kijken dus of de logaritme van de aantallen binnen twee standaarddeviaties valt van het gemiddelde van de logaritmes van de aantallen. Deze toelichting is ook van toepassing op de hiernavolgende formules met variabelen p (prijs of kosten), q (volume) en r .

Indien er geen gegevens in Vektis beschikbaar zijn, wordt de kostprijs bij toets A niet als uitbijter aangemerkt.

B. Kosten instelling vs. kosten van andere instellingen

Na bij stap A de aanleveringen te hebben verwijderd die vreemde aantallen hebben aangeleverd, vergelijken we de kosten (p) van een instelling met de kosten van alle overige instellingen. Dit doen we op basis van de logtransformatie. Hiermee bepalen we of de aangeleverde kosten afwijken van andere instellingen.

$$e^{\mu_{p'} - 2\sigma_{p'}} \leq p_i \leq e^{\mu_{p'} + 2\sigma_{p'}} \quad (B)$$

C. Aantallen instelling vs. aantallen van andere instellingen

Voor aanleveringen waarvan de kostprijzen significant afwijken van de overige aanleveringen, kijken we of de aantallen ook afwijken. We vergelijken daartoe de volumes (q) van een instelling met de aantallen van de overige aanleveringen. Dit doen we ook weer met een logtransformatie. Hiermee bepalen we of de aangeleverde aantallen afwijken van andere instellingen. Deze toets is bedoeld om significant grote aanleveringen te herkennen. We doen deze toets om verklaringen te vinden voor afwijkende kostprijzen. Indien een instelling een heel klein volume heeft, kan dat een reden zijn voor een minder betrouwbare kostprijs. Bovendien heeft deze aanlevering een verwaarloosbaar effect op de kostprijzen. Daarom kijken we bij deze toets alleen naar uitbijters aan de bovenkant.

$$q_i \leq e^{\mu_{q'} + 2\sigma_{q'}} \quad (B)$$

Indien een kostprijs afwijkend is, maar de aantallen niet, dan zien we geen reden om verder onderzoek te doen. Indien de aantallen wel afwijken, dan gaan we verder bij stap D.

D. Kosten van instelling vs. gemiddeld gedeclareerd tarief Vektis

We vergelijken de kosten van een instelling met het gemiddelde vergoedingsbedrag in Vektis.

We berekenen hiervoor voor alle instellingen en zorgproducten de ratio r van de opgegeven kostprijs en het gedeclareerde bedrag in Vektis. We doen deze toets om te zien of de kostprijzen significant afwijken van de declaraties van de instelling. Er zijn goede verklaringen mogelijk waarom deze twee verschillen, bijvoorbeeld omdat de instelling goed heeft onderhandeld. Daarom gebruiken we deze vlag alleen als indicatie voor nader onderzoek. Deze toets doet een voorstel voor schonen of niet. Dit voorstel onderzoeken we nader.

$$r_i = \frac{p_i^{kpm}}{p_i^{vektis}} \tag{C.1}$$

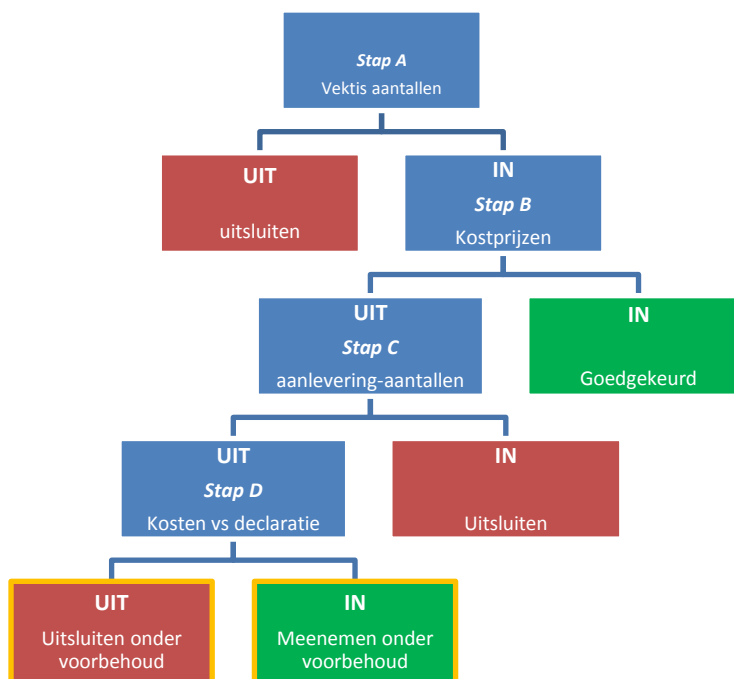
Deze ratio r vergelijken we met de ratio van de andere instellingen. Door de ratio's te vergelijken corrigeren we voor een mogelijk bias in de data als de kostprijzen over de hele linie hoger of lager dan de declaraties liggen.

$$e^{\mu_{r_i} - 2\sigma_{r_i}} \leq r_i \leq e^{\mu_{r_i} + 2\sigma_{r_i}} \tag{C.2}$$

Indien er geen gegevens in Vektis beschikbaar zijn, wordt de kostprijs bij toets D niet als uitbijter aangemerkt.

Beslisboom

We voeren de analyses per zorgproduct per instelling op de ongeschoonde data uit en passen daarna een beslisboom toe.



De eerste check die we toepassen is de uitbijteranalyse D waarbij we de aantallen uit het kostprijsmodel vergelijken met de aantallen uit Vektis. Indien de aanlevering als uitbijter opvalt, valt deze meteen af.

Daarna controleren we de kostprijs ten opzichte van andere kostprijzen. Indien deze binnen de bandbreedte valt, keuren we de kostprijs goed. Indien deze buiten de bandbreedte valt, kijken we of de aantallen afwijken van de overige instellingen. Als de aantallen binnen de bandbreedte vallen, of significant lager zijn, blijft de kostprijs een uitbijter.

Als de aantallen echter significant hoger zijn, dan hebben we te maken met een grote aanbieder en willen we de kosten nader onderzoeken. Het is goed om hier scherp te hebben dat op dit punt de aantallen al zijn geverifieerd met de aantallen in Vektis. We controleren nu of de kosten afwijken van de gedeclareerde tarieven.

Indien deze aansluiten, dan nemen we de kostprijs in principe mee. Indien de kostprijs ook afwijkt van de gedeclareerde bedragen, dan sluiten we de kostprijs in principe uit.

Resultaten van schoning 2016 op zorgproductniveau

Schoningsstap	Aantal
Totaal aangeleverde kostprijzen	60.035
Instellingsschoning (accountantschoning en beoordeling)	4.227
Technisch geschoond	1.051
Stap A: significante afwijking van aantallen in Vektis	2.674
Stap B: geen significante afwijking van aantallen in kostprijsaanlevering	2.206
Stap C: verkoopprijs binnen range (meenemen onder voorbehoud)	15
Stap C: verkoopprijs buiten range (schoonen onder voorbehoud)	21
Schoning zorgproduct n.a.v. beoordeling	3.806
Valide volgens beslismodel	46.035
Valide definitief	46.050

Zoals in bovenstaande tabel te zien is, zijn er in totaal iets meer dan 60 duizend individuele kostprijzen aangeleverd. Na de verschillende schoningen (zoals in voorgaande paragrafen beschreven) blijven er iets meer dan 46 duizend kostprijzen over. Deze bestrijken het hele gereguleerde segment.

Omdat zo goed als alle kostprijzen die overbleven in stap C van de beslisboom niet worden herijkt in de RZ19a release, is er voor gekozen om in de beoordeling van deze kostprijzen de beslisboom te volgen. Dat wil zeggen, de kostprijzen in stap C (verkoopprijs binnen range) worden wel meegenomen en de kostprijzen in stap C (verkoopprijs buiten range) worden niet meegenomen. Dit houdt in dat uiteindelijk 46.050 individuele kostprijzen zijn meegenomen.

Omdat er een drietal kostprijzen in stap C van de beslisboom zitten die mogelijk in een volgende release gebruikt kunnen worden voor een herijking, zullen deze kostprijzen op een later moment nog inhoudelijk beoordeeld worden.

2.3 Tarieven dbc-zorgproducten en overige zorgproducten

De berekening van de maximumtarieven voor 2019 in het gereguleerde segment zijn in te delen in drie categorieën. Tariefcorrecties door wijzigingen in de productstructuur en/of afsluitregels, herijkingen van dbc-zorgproducten of herijkingen van overige zorgproducten.

2.3.1 Tariefcorrecties vanwege wijzigingen in productstructuur en afsluitregels

Naast het herijken van de hiervoor genoemde zorgproducten/ zorgproductgroepen zullen per 2019 ook een beperkt aantal wijzigingen worden doorgevoerd in de productstructuur en afsluitregels. Indien hierdoor in het gereguleerde segment producten inhoudelijk wijzigen worden nieuwe tarieven vastgesteld.

2.3.1.1 Nieuwe dbc-zorgproducten in zorgproductgroep protontherapie (990061)

In de zorgproductgroep protontherapie (990061) zijn acht nieuwe dbc-zorgproducten voor protontherapie toegevoegd. Voor deze prestaties worden individuele beschikkingen afgegeven. In de tarieventabel worden de maximumtarieven als €0 weergegeven.

2.3.1.2 Nieuwe dbc-zorgproducten in zorgproductgroep transplantatiezorg (979002)

In de zorgproductgroep Nier/lever/darm/alvleeskliertransplantatiezorg (979002) leiden de subtrajecten tot uitval indien de patiënt gedurende de gehele operatieve fase op de ic ligt en de verpleegdagen ontbreken. De betreffende vier uitvalproducten worden daarom declarabel. Het maximumtarief wordt berekend door van vergelijkbare producten (lees: de niet-uitval producten) de kosten voor de verpleegdagen in mindering te brengen.

Tabel 1: Nieuwe transplantatieproducten en de vergelijkbare producten

Oud product	Nieuw product	Omschrijving	Tarief afleiden van	Omschrijving
979002237 (uitval)	979002346	Ontvanger Kind Organtransplantatie (excl niertransplantatie) Geen verpleegdagen Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie	979002236	Ontvanger Kind Organtransplantatie (excl niertransplantatie) Klin 1-28 Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie
979002293 (uitval)	979002347	Ontvanger Volwassene Levertransplantatie (incl partieel) mbv postmortale donor Geen verpleegdagen Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie	979002292	Ontvanger Volwassene Levertransplantatie (incl partieel) mbv postmortale donor Klin 1-28 Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie
979002296 (uitval)	979002348	Ontvanger Volwassene Partiële levertransplantatie mbv levende donor Geen verpleegdagen Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie	979002295	Ontvanger Volwassene Partiële levertransplantatie mbv levende donor Klin 1-28 Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie
979002307 (uitval)	979002349	Ontvanger Volwassene Gecombineerde transplantatie Geen verpleegdagen Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie	979002306	Ontvanger Volwassene Gecombineerde transplantatie Klin 1-28 Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie

In de bovenstaande tabel tonen we op basis van welke producten de nieuwe tarieven berekend zijn. Over het aantal verpleegdagen is een aparte opgave gedaan door de instellingen die deze zorg leveren. De opgegeven aantallen zijn rekenkundig gewogen met behulp van de aantallen uit het kostprijsmodel 2016.

Tabel 2: Gemiddeld aantal verpleegdagen

Product	Gewogen middelde
979002236	18,08
979002292	15,09
979002295	zie tekst hieronder
979002306	18,75

We hanteren een kostprijs van 447,93 per verpleegdag (prijsspeil 2018)⁵. Bovendien was het tarief voor 979002295 al overgenomen van 979002292, aangezien het tarief voor 979002295 bepaald is via de 'donor' methode⁶. Het tarief van product 979002292 is als 'donor'-tarief gebruikt voor 979002295. Daarom passen we het gemiddeld aantal verpleegdagen van 979002292 ook toe op 979002295. Effectief stellen we daarmee het tarief voor 979002348 gelijk aan 979002347.

Voor meer achtergrond van het gebruik van DIS data voor de berekening van tarieven, zie Bijlage 1: Beschrijving brongegevens DIS.

2.3.2 Tarieven dbc-zorgproducten

Neonatologie (zpg 990017)

In januari 2018 hebben we een overleg met de werkgroep kostprijzen van de NVZ gehad waarin de wens om neonatologie te herijken, verder is uitgewerkt. Deze wens bestaat uit drie punten:

1. Kan het NICU-tarief gecorrigeerd worden voor de bezettingsgraad, zoals ook bij de gewone ic add-ons is gebeurd?
2. Kan het zijn dat instellingen met NICU's gemiddeld lagere kostprijzen hebben voor hun dbc-zorgproducten neonatologie omdat een deel van de kosten in de kostprijs van de NICU landt? Worden hiermee de tarieven te laag voor instellingen zonder NICU?
3. Is de toerekening van de kostprijzen in het algemeen wel juist, omdat bij neonatologie veel zorgactiviteiten in de administratie ontbreken, of duurder zijn dan het gemiddelde van de instelling?

Ad 1: NICU

Bij de werkgroep kostprijzen en tarieven van november 2017 is niet gesproken over NICU. Deze was daarom nu ook niet in scope van de herijking.

We zijn evenwel nagegaan of de informatie die nodig is om een correctie, zoals deze in de 2018 tarieven doorgevoerd is voor de ic-prestaties, door te rekenen beschikbaar is. Dit is niet het geval. Er is, in tegenstelling tot de ic-bedden, geen openbare bron waar we ons op kunnen baseren. Daarnaast is voor NICU-bedden geen recente richtlijn beschikbaar waarin een gewenste bezettingsgraad beschreven staat, zoals voor ic-bedden wel het geval was.

⁵ Bron: kostprijsuitvraag 2013, met als boekjaar 2010.

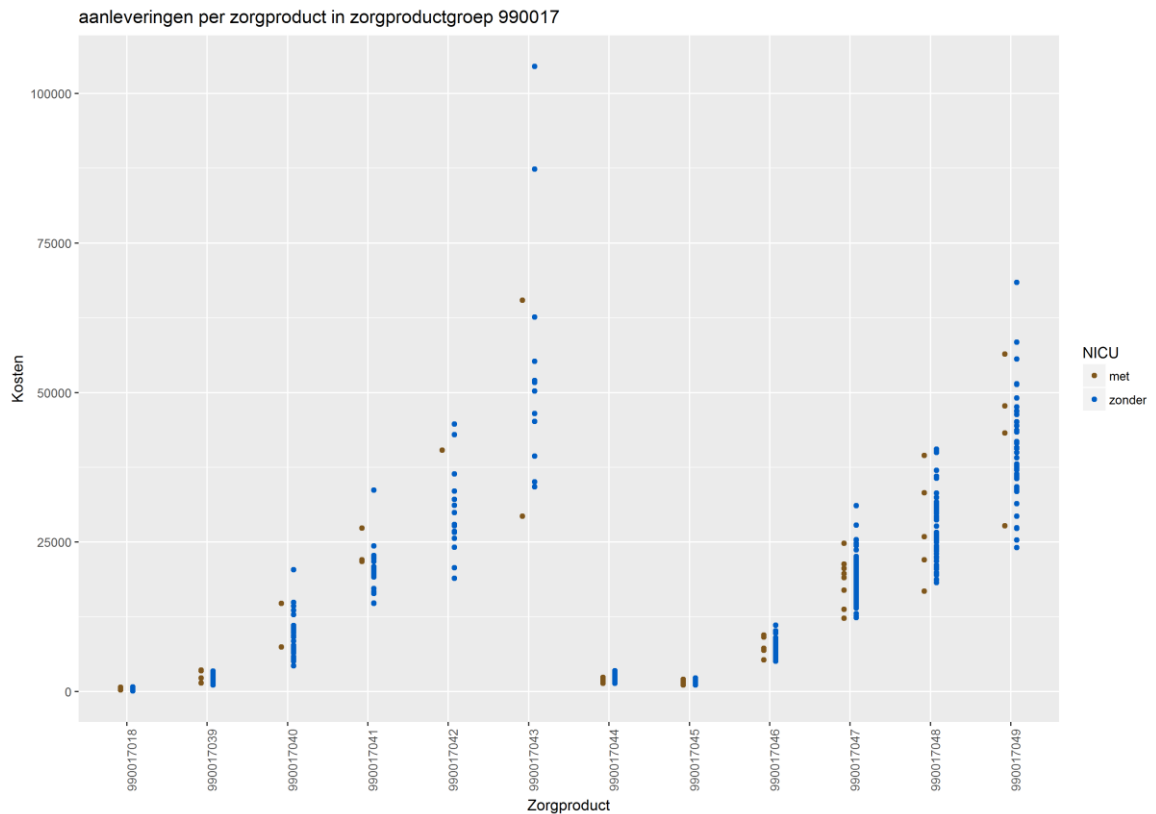
⁶ Bij de 'donor' methode wordt het tarief van een vergelijkbaar product gebruikt indien er geen andere wijze is om tot ene goed tarief te komen.

Hier zou dus ook nog afstemming over moeten plaatsvinden. De meeste tijd is bij de herijking van de ic-bedden gaan zitten in het controleren van de gegevens en het afstemmen met de instellingen. Dit zal voor een vergelijkbare vraag voor NICU ook een doorlooptijd van een aantal weken hebben. Voor de RZ19a tarieven hebben we hier daarom geen aanpassing in de tarieven voor doorgevoerd.

Ad 2: Effect aanwezigheid NICU

We hebben doorgerekend wat de verschillen zijn in de aanleveringen tussen de instellingen met en zonder NICU.

In Figuur 1 is te zien dat de aanleveringen van instellingen met en zonder NICU niet veel van elkaar verschillen en de spreiding is vergelijkbaar.



Figuur 1: kostprijzen neonatologie met en zonder NICU

Als we de gemiddelden doorrekenen dan zien we wel enig verschil en een duidelijk patroon, zie onderstaande tabel. Gezien de vergelijkbare spreiding is er echter geen sprake van een significant verschil tussen instellingen met en zonder NICU.

Tabel 3: Verschil in kosten met en zonder NICU

Zorgproduct	Omschrijving	TOTAAL	MET NICU	ZONDER NICU	Afwijking	
		Gewogen gemiddelde	Gewogen gemiddelde	Gewogen gemiddelde	Met NICU	Zonder NICU
990017018	Neonatologie ambulante Neonatologie	€ 366	€ 587	€ 334	1,60	0,91
990017039	Klin 1-5 Complex Neonatologie	€ 2.226	€ 2.386	€ 2.182	1,07	0,98
990017040	Klin 6-20 Complex Neonatologie	€ 9.804	€ 10.976	€ 9.253	1,12	0,94
990017041	Klin 21-30 Complex Neonatologie	€ 21.638	€ 26.488	€ 20.470	1,22	0,95
990017042	Klin 31-45 Complex Neonatologie	€ 33.674	€ 40.373	€ 30.628	1,20	0,91
990017043	Klin > 45 Complex Neonatologie	€ 56.691	€ 62.669	€ 52.601	1,11	0,93
990017044	Klin 1-5 Niet-complex Met beg. sectio Neonatologie	€ 2.236	€ 1.818	€ 2.300	0,81	1,03
990017045	Klin 1-5 Niet-complex Zonder beg. sectio Neonatologie	€ 1.647	€ 1.507	€ 1.669	0,92	1,01
990017046	Klin 6-20 Niet-complex Neonatologie	€ 7.624	€ 7.293	€ 7.662	0,96	1,01
990017047	Klin 21-30 Niet-complex Neonatologie	€ 19.232	€ 18.200	€ 19.354	0,95	1,01
990017048	Klin 31-45 Niet-complex Neonatologie	€ 28.685	€ 26.732	€ 28.846	0,93	1,01
990017049	Klin > 45 Niet-complex Neonatologie	€ 44.248	€ 41.179	€ 44.528	0,93	1,01

Uit de DIS-registratie blijkt dat NICU bijna alleen bij ambulante en niet-complexe producten wordt geregistreerd, zie onderstaande tabel. Dit beeld werd bij navraag door het Maxima Medisch Centrum bevestigd.

Tabel 4: Registratie van NICU

Setting	Aantal	Percentage
Ambulant	3.393	25%
Niet Complex	10.035	73%
Complex	272	2%
Totaal	13.700	100%

Bron: DIS over 2016, d.d. 15-1-2018

Uit de gemiddelden blijkt dat instellingen met NICU-units duurder zijn voor de complexe zorg. Dit is echter de zorg waar NICU niet bij wordt geregistreerd. Voor de veel meer voorkomende niet-complexe zorg zijn de instellingen met NICU inderdaad goedkoper, zoals door de werkgroep kostprijzen van de NVZ werd verondersteld. Echter, de volumes van instellingen met NICU zijn dusdanig laag dat ze zeer beperkte invloed hebben op de gewogen gemiddelde kostprijs.

Tabel 5: Volumes met en zonder NICU

Zorgproduct	Omschrijving	Totaal	Met NICU	Zonder NICU
990017018	Neonatologie ambulante Neonatologie	12385	1593	10792
990017039	Klin 1-5 Complex Neonatologie	633	135	498
990017040	Klin 6-20 Complex Neonatologie	<219	<100	119
990017041	Klin 21-30 Complex Neonatologie	<100	<100	<100
990017042	Klin 31-45 Complex Neonatologie	<100	<100	<100
990017043	Klin > 45 Complex Neonatologie	<100	<100	<100
990017044	Klin 1-5 Niet-complex Met begeleiding sectie Neonatologie	15888	2082	13806
990017045	Klin 1-5 Niet-complex Zonder begeleiding sectie Neonatologie	38533	5295	33238
990017046	Klin 6-20 Niet-complex Neonatologie	7930	826	7104
990017047	Klin 21-30 Niet-complex Neonatologie	1392	147	1245
990017048	Klin 31-45 Niet-complex Neonatologie	<878	<100	778
990017049	Klin > 45 Niet-complex Neonatologie	<429	<100	329

Het gewogen gemiddelde van de instellingen zonder NICU is voor deze producten maar 1% hoger dan het gewogen gemiddelde van het totaal.

We hebben de totale kosten vergeleken met de te verwachten opbrengsten op basis van een eventueel herijkt tarief.

Tabel 6: Prognose kosten en opbrengsten

Instelling	Totale kosten	Prognose opbrengsten	% prognose opbrengsten t.o.v. kosten
Met NICU	€ 27.047.744	€ 28.620.500	105,81%
Zonder NICU	€ 211.750.904	€ 210.178.149	99,26%

*Totale kosten = som van volume 2016 per instelling * kostprijs 2016 per instelling*

*Prognose opbrengsten = som van volume 2016 per instelling * gewogen gemiddelde kostprijs over 2016 van alle instellingen*

Voor alle producten samen leveren eventueel herijkte tarieven, voor de instellingen met NICU 5,81% meer opbrengsten dan kosten. Dit komt voornamelijk door de lagere kosten voor de niet-complexe zorg. Voor instellingen zonder een NICU zijn de tarieven 0,74% (100%-99,26%, zie tabel 6) te laag. Deze percentages maken een herijking niet noodzakelijk.

Ad 3. Kwaliteit registratie en toerekening kosten per zorgactiviteit

De werkgroep kostprijzen van de NVZ veronderstelt dat bij neonatologische zorg verrichtingen plaatsvinden die niet altijd goed in de systemen geregistreerd staan. Ook zijn de kosten voor verrichtingen bij neonatologie afwijkend van kosten voor vergelijkbare verrichtingen bij volwassenen. In de systemen wordt vaak geen onderscheid gemaakt tussen een variant bij volwassenen, kinderen of pasgeborenen. Om deze reden twijfelt de werkgroep kostprijzen van de NVZ aan de juistheid van de toerekening van kosten zoals deze nu gebeurt.

Deze twijfel is ook geuit door vooral de NVK over kindergeneeskunde in het algemeen. Dit probleem is niet op te lossen door te herijken op basis van de nu beschikbare gegevens, maar vereist een uitgebreid onderzoek naar de aangeleverde kostprijzen.

Conclusie

Op basis van de drie verzoeken is geconcludeerd dat herijken niet noodzakelijk (ad 2.) of haalbaar (ad 1. en ad 3.) is. Daarom zijn de tarieven voor neonatologie, inclusief de add-on NICU, geïndexeerd.

Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie (zpg 979002)

In 2016 is de zorgproductgroep 979002 Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie ingrijpend veranderd. Via de conversiemethode (kostprijzen uit het kostprijsmodel met boekjaar 2014 omgerekend naar de nieuwe productstructuur) en experttarieven hebben we destijds voor 2016 tarieven berekend. Nu hebben we voor het eerst in de nieuwe productstructuur kostprijsgegevens gekregen met boekjaar 2016.

De analyses laten zien dat er qua logische volgordelijkheid onverwachte zaken optreden. Het aantal aanleveringen en volumes in de dataset blijft ook zeer beperkt. Bovendien geeft één instelling aan dat haar volume niet compleet is en verzoekt zij ons om hun aanlevering voor transplantatiezorg niet te gebruiken. Dit maakt de vulling nog beperkter.

We hebben afgesproken dat de instellingen eerst meer tijd nemen om kritisch te kijken naar de individuele kostprijzen. Het één en ander kan leiden tot een herijking in 2020 (al dan niet aangevuld met een kostprijsaanlevering over 2017 en/of een gecorrigeerde aanlevering over 2016).

Voor 2019 betekent dit dus dat de tarieven geïndexeerd worden.

Hart/long transplantaties (deel van zpg 979001)

Tijdens de bijeenkomst van de werkgroep kostprijzen en tarieven van 27 november 2017 heeft de NFU aangegeven dat naast de zorgproductgroep Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie (zpg 979002) ook de hart/long transplantaties (deel van zpg 979001) herijkt zouden moeten worden. Het voornemen om de transplantatie producten van hart/long zorgproductgroep te herijken blijkt te berusten op een misverstand.

Deze productgroep is (qua productstructuur) niet gewijzigd in 2016 (dat in tegenstelling tot de eerder genoemde zorgproductgroep Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie (zpg 979002)). De NFU heeft aangegeven dat deze zorgproductgroep daarom niet herijkt hoeft te worden. Voor 2019 betekent dit dus dat we de tarieven indexeren.

Complex chronisch longfalen (zpg 990022)

De dbc-zorgproducten voor complex chronisch longfalen (ccl) zijn in 2010 door een expertgroep samengesteld op basis van een beperkte dataset die op dat moment beschikbaar was. De maximumtarieven voor deze zorgproducten zijn nog steeds gebaseerd op de experttarieven uit 2010. Omdat we ernaar streven om de tarieven periodiek te herijken is in 2017 het project 'ccl herijking maximumtarieven 2019' gestart. De herijking per 2019 vindt plaats op basis van de kostprijsaanleveringen van instellingen over de boekjaren 2015 en 2016 op grond van de regeling Registratie en aanlevering kostprijzen (kenmerk NR/REG-1740).

Kostprijsonderzoek in samenwerking met de ccl-instellingen

In januari 2018 hebben we op basis van de aangeleverde kostprijzen over boekjaar 2015 en 2016 een aantal instelling-specifieke analyses uitgevoerd.

Deze kostprijsinformatie hebben we nader geanalyseerd door ook een vergelijking te maken met declaratiegegevens van zorgverzekeraars

(Vektis). De bevindingen uit dit onderzoek zijn eind januari 2018 met de vijf ccl-instellingen afzonderlijk besproken. Dit gaf ons inzicht in de wijze waarop de lokale kostprijzen tot stand zijn gekomen. Tijdens het onderzoek hebben we veelvuldig contact gehad met het adviesbureau dat door Longcentra Nederland (koepelorganisatie van longcentra) is ingeschakeld. Door deze samenwerking is de zorgvuldigheid van het proces en de afstemming met de ccl-instellingen beter gewaarborgd.

Bevindingen uit het kostprijsonderzoek

Na het kostprijsonderzoek en de gesprekken met de ccl-instellingen hebben we besloten om:

- één ccl-instelling niet mee te nemen in de tariefberekening (ook op basis van advies van de betreffende instelling);
- één ccl-instelling niet mee te nemen vanwege uitbijterschoning die we standaard uitvoeren voorafgaand aan de tariefberekening;
- de aangeleverde kostprijs voor zorgproduct 990022035 (klinisch assessment) van één ccl-instelling te corrigeren voor de juiste verhouding tussen de kostprijs en het aantal assessments voor kind/volwassene.

Hieronder de opvallende zaken die tijdens onze analyses en de gesprekken met de ccl-aanbieders naar voren zijn gekomen:

1. Vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen (VGREV)

In alle maximumtarieven is sinds 2017 een VGREV-toeslag verwerkt. Het betreft een generieke opslag van 1,47%. Wanneer aanbieders specifieke zorg leveren en een significant afwijkende vermogenskostenstructuur hebben, kan van de generieke opslag worden afgeweken. Uit het onderzoek destijds bleek dat de VGREV voor de zorgproductgroepen voor medisch-specialistische revalidatiezorg en ccl aanzienlijk hoger is dan de generieke toeslag. Doordat de ccl-tarieven in 2017 niet zijn herijkt is destijds besloten om voor ccl de generieke VGREV-opslag toe te passen. Omdat we de tarieven ccl per 2019 herijken zal de in 2017 voor ccl berekende specifieke VGREV-toeslag van 4,69% worden verwerkt in de tarieven.

2. Zwevende verrichtingen

Binnen de zorg voor ccl zijn relatief veel zwevende verrichtingen omdat:

- Bij ccl geldt een bijzondere registratieregel: er mag slechts één vervolg-dbc (zorgtype 21) worden geopend van maximaal 120 dagen. Alle verrichtingen die worden uitgevoerd na deze 120 dagen gaan 'zweven'.
- Binnen een initiële dbc (zorgtype 11) mag alleen een assessment worden geregistreerd en geen andere zorgactiviteiten. Steeds meer patiënten worden opgenomen met een slechte medische conditie en de assessmentactiviteiten worden verspreid over een langere periode. Alle andere verrichtingen die in deze periode worden uitgevoerd gaan zweven, omdat de dbc zonder assessment niet declarabel is.

Twee van de drie instellingen waarvan de kosten worden gebruikt in de tariefberekening, hebben de kosten van zwevende verrichtingen niet meegenomen in de kostprijsaanlevering. Daarom zijn de door hun berekende kosten voor zwevende verrichtingen door de NZa alsnog verwerkt in de aangeleverde kostprijzen.

Aangezien zwevende verrichtingen niet zijn toe te rekenen aan specifieke dbc-zorgproducten, zijn in overleg met de betreffende aanbieders de kosten verdeeld over de verschillende categorieën zorgproducten.

Berekening ccl-tarieven 2019

Op basis van drie ccl-instellingen zijn de tarieven 2019 voor de 37 declarabele zorgproducten herijkt. Voor 24 producten zijn de tarieven 2019 gebaseerd op de gewogen gemiddelde kostprijs 2016. Als gevolg van het beperkte productievolume is voor vijf zorgproducten het RZ19a-concepttarief gebaseerd op het meerjaarsgemiddelde over 2015 en 2016 (dit betreft de dbc-zorgproducten 990022037, 990022052, 990022053, 990022076, 990022078). Verder geldt dat voor één dbc-zorgproduct (klinisch assessment 990022035) een expertprijs is berekend door de aangeleverde kostprijs te corrigeren voor de juiste verhouding kind / volwassene.

Uit de analyse van de kostprijsaanleveringen voor 2015 en 2016 volgt dat de gemiddelde kostprijzen van een aantal producten zijn gestegen ten opzichte van de maximumtarieven 2018. Voor de meeste producten geldt dat de gemiddelde kostprijzen aanzienlijk zijn gedaald. De zorgaanbieders herkennen dit en zien ook een daling van de gemiddelde kostprijzen.

Doorontwikkeling van de ccl-productstructuur

De analyses en bevindingen geven ook aanleiding om eens kritisch naar de ccl-prestaties te kijken. Reden is dat een aantal prestaties met zeer lage aantallen en grote spreiding in de kostprijzen voor komt. Hiervoor is wijziging van de productstructuur gewenst zodat de producten beter aansluiten bij de medische praktijk. Een wijziging in de prestaties is op zijn vroegst per 2020 mogelijk. Hierover wordt in afstemming met de betrokken veldpartijen een plan opgesteld.

Gefaseerde tariefherijking

De ccl-instellingen hebben in de werkgroep op 7 maart 2018 aangegeven dat de impact van een tariefherijking, ondanks de bovengenoemde toeslagen, erg groot is. Daartoe hebben de bestuurders van de ccl-instellingen voorgesteld om in overleg met de NZa een routeplan op te stellen die moet leiden tot een nieuwe productstructuur voor ccl met herkenbare prestaties en kostendekkende maximumtarieven. Onderdeel van het routeplan is om de tariefherijking gefaseerd uit te voeren en in 2019 een gedeeltelijke tariefverlaging uit te voeren.

De maximumtarieven voor 2019 verlagen we gemiddeld genomen 3% ten opzichte van de maximumtarieven 2018. De resterende tariefverlaging wordt in de maximumtarieven voor 2020 en 2021 verwerkt in combinatie met fundamentele aanpassingen in de productstructuur.

De LCN gaat komend jaar in samenwerking met de NZa en ZN een plan van aanpak opstellen voor aanpassingen in de productstructuur. Afhankelijk van de uitkomsten en de impact van de voorgestelde prestatiewijzigingen, zal per 2020 het volgende deel van de tariefherijking worden doorgevoerd (3-5%). De uitkomsten kunnen mogelijk aanleiding zijn om per 2020 een andere korting door te voeren dan de voorgestelde 3-5%. Voor de nieuwe prestaties wordt een nieuw kostprijsonderzoek uitgevoerd dat zal leiden tot een volledige tariefherijking per 2021.

De instellingen die zijn meegenomen in de tariefberekening hebben zeven zorgproducten niet geleverd in 2016. We hebben dus geen kostprijsinformatie van deze zorgproducten en daarom is in overleg met LCN en de aanbieders een expertmethode toegepast.

Conform specificatie door LCN wordt het maximumtarief voor 990022955 gelijkgesteld aan het maximumtarief voor product 990022074. Verder stelt LCN voor om het maximumtarief voor product 990022074 gelijk te stellen aan het rekenkundig gemiddelde van de maximumtarieven voor 990022076 en 990022078. Voor de andere vijf producten zonder

kostprijnsinformatie is uitgegaan van de gemiddelde tariefmutatie van Kindergeneeskunde astma-producten. In de mutatiefactor 1,2384 is de 3% tariefverlaging al verwerkt.

Zorgproduct	Omschrijving	Rekenmethode
990022039	Astma Kindergeneeskunde Medische en multicomponent pathologie Met medicatieafbouw Compl chron longfalen	1,2384 * RZ18b tarief
990022040	Astma Kindergeneeskunde Medische en multicomponent pathologie Compl chron longfalen	1,2384 * RZ18b tarief
990022041	Astma Kindergeneeskunde Fysiek dysfunctioneren Met psychosociaal dysfunctioneren Klin Compl chron longfalen	1,2384 * RZ18b tarief
990022043	Astma Kindergeneeskunde Fysiek dysfunctioneren Compl chron longfalen	1,2384 * RZ18b tarief
990022048	Astma Kindergeneeskunde Basisbehandeling Klin Compl chron longfalen	1,2384 * RZ18b tarief
990022055	Astma Fysiek dysfunctioneren Met psychosociaal dysfunctioneren Ambulant Compl chron longfalen	Maximumtarief product 990022074
990022074	COPD Fysiek dysfunctioneren Met psychosociaal dysfunctioneren Ambulant Compl chron longfalen	Rekenkundig gemiddelde van de maximumtarieven voor 990022076 en 990022078

2.3.3 Tarieven overige zorgproducten

Binnen het gereguleerde segment zijn drie nieuwe overige zorgproducten geïntroduceerd (190001 en 190002 voor aandoeningendiagnostiek zintuiglijk gehandicaptenzorg en 086910 voor bevolkingsonderzoek borstkanker). Verder is het tarief herijkt van overig zorgproduct 190033 (Verblijf gezonde zuigeling). Tot slot is het tarief van overig zorgproduct 079970 aangepast in verband met een inhoudelijke wijziging van deze prestatie.

Nieuw overig zorgproduct 086910 vanwege wijziging routing doorverwijzing bevolkingsonderzoek borstkanker (WV⁷ 202486)

Per 1 juli 2017 is de routing van doorverwijzen voor het bevolkingsonderzoek borstkanker gewijzigd. Hierdoor wordt de patiënt door de huisarts rechtstreeks verwezen naar de radioloog in plaats van naar de chirurg. De radioloog doet vervolgens de intake, de onderzoeken en bespreekt de uitslag met de patiënt indien er geen/benigne afwijkingen zijn. Omdat geen verdere behandeling noodzakelijk is, bestaat voor de intake en het bespreken van de uitslag geen registratie- en declaratiemogelijkheid. Daarom wordt per 2019 een nieuw overig zorgproduct aangemaakt (declaratiecode 086910 – Consult radioloog na beeldvormend onderzoek na BI-RADS 0 (B0) uitslag, niet gevolgd door aanvullend onderzoek of behandeling) binnen de categorie 'Eerstelijnsdiagnostiek' (tarieftype 20). Het tarief €73,14 (prijspeil 2019) is samengesteld uit een honorariumcomponent en een ziekenhuiscomponent.

In overleg met de NVvR is de honorariumcomponent gebaseerd op een normtijd van 11 minuten en de ziekenhuiscomponent is afgeleid van de vergelijkbare overige zorgproducten 120412 (Consult, niet gevolgd door een nucleair geneeskundige behandeling) en 234003 (Consult). Het resulterende tarief is vervolgens nog verhoogd met de generieke VGREV toeslag.

⁷ Wijzigingsverzoek. In het 'wijzigingendocument' behorend bij de release van het RZ19a pakket is meer informatie te vinden over de goedgekeurde wijzigingsverzoeken

[Aanpassing maximumtarief overig zorgproduct 079970 voor nazorg altruïstische donor \(WV 202579\)](#)

Per 1 januari 2018 is het overig zorgproduct Laboratoriumonderzoeken ten behoeve van nazorg altruïstische donor (declaratiecode 079970) geïntroduceerd. Dit overig zorgproduct dient ter dekking van de laboratoriumonderzoeken die jaarlijks ter nazorg aan altruïstische en familiale donoren worden geleverd. Voor het jaar 2019 wordt nog een aantal wijzigingen doorgevoerd voor dit overig zorgproduct. De omschrijving van het overig zorgproduct wordt zo aangepast dat direct duidelijk is dat het overig zorgproduct 079970 ook gedeclareerd mag worden voor labonderzoeken aan familiale donoren. Dit blijkt wel uit de regelgeving, maar niet uit de omschrijving van het overig zorgproduct. Per abuis is vergeten om het ordertarief voor klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken te verwerken in het tarief voor deze prestatie. Daarom wordt per 2019 het tarief van het overig zorgproduct hierop aangepast. Tevens wordt in de regelgeving opgenomen dat het ordertarief in geval van nazorg aan altruïstische of familiale donoren per 2019 deel uitmaakt van het overig zorgproduct 079970. Dit betekent dat het RZ18 tarief €26,60 (prijsspeil 2018) is verhoogd naar €39,27 (prijsspeil 2019)

[Nieuwe overige zorgproducten 190001 en 190002 voor aandoeningendiagnostiek zintuiglijk gehandicaptenzorg \(WV 202501\)](#)

Aandoeningendiagnostiek wordt binnen de zintuiglijk gehandicaptenzorg (zg-zorg) tot op heden altijd gedeclareerd op basis van de Prestatie- en tariefbeschikking Zintuiglijk Gehandicaptenzorg. Het Zorginstituut Nederland heeft in april 2016 richting de zg-aanbieders aangegeven dat aandoeningendiagnostiek geen zg-zorg betreft, maar medisch-specialistische zorg (msz). De ozp's worden per 2019 ingevoerd, op basis van een uurtarief, conform de huidige wijze van bekostiging binnen zintuigelijke gehandicaptenzorg. Het uurtarief voor de ozp's 190001 en 190002 is in 2018 €140,55 conform de tariefbeschikking TB-REG 18617_01.

Ook in 2019 worden de maximumtarieven van deze ozp's gebaseerd op de tariefbeschikking 2019 voor zintuigelijke gehandicaptenzorg. Voor 2019 is het tarief voor beide prestaties gelijk aan €146,24.

[Herijking maximumtarieven overige zorgproducten vanwege bezwaar Medische microbiologie en Beeldvormende diagnostiek](#)

Op 18 september 2017 heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven uitspraak gedaan over de door de NZa vastgestelde tarieven 2016 voor (een deel van) de prestaties voor beeldvormende diagnostiek en medische microbiologie. Het CBb verplicht de NZa - kort gezegd- om, nu daar in voorliggende casus aanleiding voor is, naast statistische en economische onderzoeken, ook inhoudelijk onderzoek te verrichten. Met inachtneming van de uitspraak van het CBb en de door de zorginstellingen geuite bezwaren heeft de NZa een nader inhoudelijk onderzoek gedaan naar de daadwerkelijke kosten die gemaakt worden bij het uitvoeren van onderhavige beeldvormingsprestaties respectievelijk microbiologieprestaties. We hebben hier precies gekeken naar de door de bezwaarders benoemde tekortkomingen in het huidige kostprijsmodel.

Gelet op de wens om meer inzicht te verkrijgen in de daadwerkelijk financiële stromen, kosten en toerekeningen binnen de zorginstellingen is op een alternatieve wijze nader gekeken naar de door de zorginstellingen aangeleverde kostprijzen. Specifieke aandacht is daarbij uitgegaan naar de wijze waarop zorginstellingen de door hun op zorginstellingsniveau gemaakte kosten toerekenen aan de verschillende prestaties.

Tijdens een hoorzitting op 13 maart 2018 hebben we de opzet en de voorlopige resultaten van het nadere onderzoek toegelicht aan belanghebbende partijen. Omdat het nadere onderzoek ten tijde van het vaststellen van de RZ19a nog niet is afgerond, hebben we besloten om in de RZ19a-release de tarieven van 2018 vooralsnog te indexeren. De NZa merkt in het kader van de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars expliciet op dat voor deze zorgproducten nog aanpassingen in de RZ19b kunnen worden opgenomen. Zodra hier meer duidelijkheid over is zal de NZa hierover informeren.

[Herijking maximumtarief overig zorgproduct 190033 \(Verblijf gezonde zuigeling\)](#)

Door de NVZ is aangegeven dat het huidige maximumtarief voor ozp 190033 (verblijf gezonde zuigeling) kan leiden tot een knelpunt in de bekostiging omdat de werkelijk kosten hoger zijn dan het maximumtarief. Dit bleek ook uit een analyse die we zelf hebben uitgevoerd door de aangeleverde kostprijzen over boekjaar 2016 voor deze prestatie te vergelijken met het maximumtarief 2018 (na correctie voor prijspeil en vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen). Daarom is besloten om het maximumtarief voor ozp 190033 te herijken. Na herijking en schoning van een lage kosten uitbijter wordt het maximumtarief voor 2019 € 463,65. Het maximumtarief in 2018 voor deze prestatie is € 393,47. Deze herijking leidt tot een positief productiewaarde effect van € 4,07 miljoen.

[Overige zorgproducten voor trombosezorg](#)

De Federatie voor Nederlandse Trombosediensten (FNT) heeft ons gevraagd om de tarieven voor tromboseprestaties te herijken. Uit diverse overleggen tussen de NZa, de FNT en een aantal trombosediensten bleek dat de behoefte achter de herijking vooral zat in het feit dat de sector in een overgangperiode zit, waarin de DOAC/NOAC medicijnen een steeds prominentere rol zullen spelen in de behandeling van trombosepatiënten.

Door het steeds wijdverspreidere gebruik van deze medicijnen daalt het aantal patiënten en verandert de rol van de trombosediensten. De patiëntaantallen dalen sneller dan de trombosediensten de kosten kunnen afbouwen.

Begin maart 2018 organiseerden we een bijeenkomst waarbij de vertegenwoordigers van trombosediensten en inkopers van zorgverzekeraars met elkaar spraken over de hierboven geschetste ontwikkeling en hoe hiermee om te gaan. Afgesproken is om een gezamenlijke visie voor trombosezorg te ontwikkelen. Op basis daarvan kunnen we samen aan de vormgeving van trombosezorg in de toekomst werken.

Om de overgangsfase te faciliteren en de trombosediensten de tijd te geven om hun nieuwe rol vorm te geven in samenspraak met verzekeraars, hebben we in overleg met het veld besloten om de tromboseprestaties per 2019 niet te herijken, maar te indexeren.

Overige zorgproducten met maximumtarieven uit andere sectoren

Voor in totaal 17 overige zorgproducten worden de tarieven direct overgenomen van de tariefbeschikkingen voor de eerste lijn, ggz, fz of Wlz-tarieven. In verband met de vervroeging van de beleidscyclus voor de medisch specialistische zorg zijn de actuele tariefbeschikkingen voor 2018 als basis gebruikt. Deze zijn geïndexeerd op basis van de indexpercentages die voor de verschillende domeinen van toepassing zijn. Omdat de normatieve huisvestingscomponent in de loop van 2018 zal worden aangepast kan het tarief voor overig zorgproduct 'Verblijf niet-basispakketzorg - basis of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (inclusief jeugd ggz)' (declaratiecode 198301) nog veranderen. Indien het tarief voor dit product nog aangepast wordt, dan zal deze aanpassing in de RZ19b worden doorgevoerd.

Intrekking add-on status voor Ofev (nintedanib)

Naar aanleiding van een aanvraag van een zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben we besloten om de add-on status voor geneesmiddel Ofev (nintedanib) per 1 januari 2019 in te trekken. Vanaf dat moment kan het geneesmiddel als onderdeel van een dbc-zorgproduct gedeclareerd worden. Ofev (nintedanib) heeft bij bepaalde indicaties een add-on status gekregen. Bij indicaties die als add-on gedeclareerd konden worden moest de verstrekking van nintedanib geregistreerd worden als add-on met zorgactiviteitcode 193497. Bij indicaties die niet als add-on konden worden gedeclareerd werd de verstrekking van nintedanib geregistreerd door middel van za-code 193697. Vanwege de wijziging van het add-on beleid per 1 januari 2017 zijn beide za-codes beëindigd per 31 december 2016 en is voor alle indicaties van nintedanib met ingang van 1 januari 2017 een add-on prestatie geïntroduceerd. Deze beleidswijziging heeft tot gevolg gehad dat de NZa in 2017 de gereguleerde tarieven heeft geschoond voor de kosten van geneesmiddelen/stollingsfactoren bij indicaties waarvoor eerder geen add-on prestatie gedeclareerd mocht worden. De reden om deze kosten uit de dbc's te verwijderen is dat deze zorg per 1 januari 2017 als add-on kon worden gedeclareerd. Deze schoning van de tarieven had in principe ook moeten gebeuren voor de kosten van de za-code 193697 voor Ofev. Echter, de za-code 193697 is pas op 1 maart 2015 geïntroduceerd zodat het middel Ofev niet voorkwam in de DIS-gegevens 2013-2014 die als basis is gebruikt voor de berekening van de tariefafslag in 2017. Daarom zijn de dbc-tarieven in 2017 niet verlaagd voor de kosten van Ofev, zodat er geen tariefafslag ongedaan hoeft te worden gemaakt per 2019 nu Ofev weer vanuit de dbc-zorgproduct bekostigd moet worden. Verder bleek dat het aantal verstrekkingen van za-code 193697 (Ofev) in de DIS-dataset 2015 zo laag was dat deze niet voldoet aan het representativiteitscriterium dat in 2017 is gehanteerd om de tarieven te corrigeren. Zodoende vindt er geen tariefcorrectie in 2019 plaats vanwege de intrekking van de add-on status van Ofev.

2.4 Conclusie

We hebben besloten om voor de tariefberekening 2019 maar een beperkt deel van de gereguleerde tarieven te herijken. Uit de analyses en gesprekken met partijen bleek dat voor het grootste deel van de tarieven die in aanmerking kwamen voor herijking er toch voor gekozen is om tarieven te indexeren. In de meeste gevallen bleek meer onderzoek nodig om te kunnen komen tot een goede herijking.

De maximumtarieven van de 37 declarabele zorgproducten voor complex chronisch longfalen zijn herijkt. De wijze van berekening is in voorgaande paragrafen toegelicht. Vanwege de rust en stabiliteit is naast complex chronisch longfalen het aantal tariefwijzigingen in deze release beperkt gebleven tot 12 nieuwe dbc-zorgproducten, 6 gewijzigde dbc-zorgproducten, 3 nieuwe overige zorgproducten en 2 gewijzigde overige zorgproducten.

Dit heeft tot gevolg dat voor het overgrote deel van het gereguleerde segment de tarieven voor 2019 geïndexeerd worden. De prijsindex voor 2019 is 3,75%.

Bijlage 1: Beschrijving brongegevens DIS

Productiegegevens DIS dataset

Daar waar productstructuurwijzigingen plaats gevonden hebben of er nieuwe producten worden toegevoegd aan de productstructuur, en bij wijzigingen in registratieregels, wordt in de tariefberekening gebruikt gemaakt van een conversietabel om de aangeleverde NZa kostprijsaanleveringen op het niveau van 2016 om te zetten naar 2019 (zie paragraaf 2.3). Deze conversietabel wordt samengesteld op basis van DIS-gegevens die naar de niveaus van 2016 en 2019 zijn gebracht. Daarnaast heeft de tariefberekening een conversietabel gebruikt om de berekeningsmethode voor zorgproducttarief te kiezen. Deze conversietabel is gebaseerd op DIS-gegevens die naar het niveau van 2018 en 2019 zijn gebracht.

Een overzicht van het aantal rijen in de subtraject- en verrichtingstabellen behorende bij SZ (= somatische zorg; dbc-zorgproducten) gebruikt voor de tariefberekening 2019 staat in **Fout! erwijzingsbron niet gevonden..** Dit zijn de getallen vóór schoning.

Tabel 8: Aantal rijen DIS dataset voor schoning en andere bewerkingen. Het aangegeven jaar is het openingsjaar van het subtraject.

Openingsjaar subtraject	Aantal rijen subtrajecten	Aantal rijen verrichtingen
2014	16.928.992	242.837.335
2015	15.510.603	196.943.372
2016	9.897.089	126.124.707
2017	314.706	5.198.490
Geen bijbehorend subtraject	0	0
totaal	42.651.390	571.103.904

Databewerkingen DIS-data

Om de gegevens van het DIS op het niveau van 2016, 2018 en 2019 te krijgen, hebben deze datasets de volgende bewerkingen ondergaan:

- Schoning van onacceptabele elementen.
- Bewerkingen naar aanleiding van de projecten Interventieradiologie en Transplantatiezorg
- Omzetten van beëindigde (zorgactiviteit- en diagnose-)codes.
- Toepassen van de registratieregels van 2016, 2018 en 2019.
- Afleiden van de zorgproductlabels.

Schoning

Het DIS (DBC-informatiesysteem⁸) bevat de gegevens die als bron dienen voor de uiteindelijke conversietabel waarmee de tariefberekening voor 2019 heeft plaatsgevonden.

⁸ **Fout! De hyperlinkverwijzing is ongeldig.**

In deze data zit een aantal onvolkomenheden, bijvoorbeeld een instelling die bij een subtraject geen zorgactiviteiten heeft aangeleverd, of een subtraject waarbij alle zorgactiviteiten het veld 'aantal' met een factor 100 vermenigvuldigd wordt aangeleverd. Waar deze onvolkomenheden herstelbaar zijn, bijvoorbeeld door het aantal bij de zorgactiviteiten door 100 te delen, wordt de dataset gecorrigeerd. In andere gevallen, bijvoorbeeld bij ontbrekende data, wordt de dataset geschoond. Verderop staat een overzicht van alle vlaggen die tot schoning leiden en de aantallen subtrajecten en zorgactiviteiten waarbij deze vlaggen zijn vastgesteld. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in twee stappen. In de eerste schoning worden referentiële integriteit en technische fouten verwijderd, in de tweede schoning inhoudelijke onvolkomenheden.

Dat er geen aansluiting is tussen de getallen in de verschillende tabellen komt door de volgende redenen.

- Een rij kan meer dan één vlag tegelijk krijgen.
- Rijen van verrichtingen waarbij de zorgactiviteitcode behoort tot zorgprofielklasse (zpk) 2, 3, of 19 met een aantal > 1 (vlag 2205) worden uitgesmeerd over meerdere rijen met aantal = 1.

Tabel 9: Overzicht van de vlaggen die tot schoning van een rij leiden

Vlagnummer	Omschrijving	Aantal rijen
<i>Eerste schoning</i>		
<i>Subtrajectentabel</i>		
100	Dubbel subtraject	0
101	Geen bijbehorende verrichtingen	0
102	Geen bijbehorende patiënt	17
199	Geschoond omdat er een bijbehorende verrichting geschoond is	4.086
<i>Verrichtingentabel</i>		
200	Dubbele verrichting	0
201	Geen bijbehorend subtraject	0
202	Traject heeft geen bijbehorende patiënt	210
203	Aantal < 1 (dus 0 of negatief)	5.154
204	Zorgactiviteit_code is geen getal	0
205	Zorgactiviteit_code is 0 wanneer geconverteerd naar een getal	0
206	Zorgactiviteit uitgevoerd buiten begin- en einddatum subtraject	1.781
299	Geen bijbehorend subtraject	135.446
<i>Tweede schoning</i>		
<i>Patiëntentabel</i>		
1000	Ongeldige instellingscode	0
1003	Geboortejaar is geen getal	0
<i>Subtrajectentabel</i>		
1100	Ongeldige instellingscode	0
1101	Ongeldig behandelend specialismecode	0
1102	Zorgtypecode bestaat niet	0
1103	Zorgtypecode niet geldig op openingsdatum subtraject	0
Vlagnummer	Omschrijving	Aantal rijen

1104	Zorgvraagcode bestaat niet, met uitzondering van 0	660
1106	Zorgvraagcode niet geldig op openingsdatum subtraject, met uitzondering van 0	3.626
1107	Diagnosecode bestaat niet	388
1108	Diagnosecode niet geldig op openingsdatum subtraject	1.508
2102	Subtrajecten met sum(aantal) = 0 van bijbehorende verrichtingen	0
2105	Subtrajecten met vlag 2209 in het geleverd zorgprofiel.	15.038
2900	Afgeleid zorgproduct SQLG ongelijk aangeleverd zorgproduct	42.659
<i>Verrichtingentabel</i>		
1202	Zorgactiviteitcode bestaat niet	8
1203	Zorgactiviteitcode niet geldig op verrichtingsdatum	239
2204	Dubbele operatieve verrichtingen, anesthesie record wordt gevlagd	66.826
2205	Uit te smeren verrichtingen zpk 2, 3, 19	347
2207	IC-dag en reguliere verpleegdag (zpk2 of zpk3 of zpk19) op dezelfde dag voor dezelfde patiënt/zorginstelling. Reguliere verpleegdag wordt gevlagd	13.413
2208	Aantal_bewerkt = 0	347

Als laatste controle ondergaat de DIS dataset een 'hervalidatie'. De aangeleverde gegevens krijgen met behulp van de interne SQL grouper opnieuw een zorgproductlabel toegekend. Indien dit hetzelfde label is als dat wat de instelling heeft aangeleverd, dan zitten tenminste alle productbepalende zorgactiviteiten in het subtraject. Het aangeleverde zorgproductlabel komt van de landelijke grouper en is een verplicht onderdeel van de aanlevering aan het DIS.

Uiteindelijk gaat 99,85% (=42.585.520 subtrajecten) van de aangeleverde subtrajecten aan het DIS op de peildatum 01/08/2017 door naar de volgende processen. Deze subtrajecten hebben een openingsdatum van 01/01/2014 of later. Het uiteindelijke aantal rijen ná schoning en vóór andere bewerkingen staat in Tabel 10.

Tabel 10: Aantal rijen DIS dataset na schoning en voor andere bewerkingen. Het aangegeven jaar is het openingsjaar van het subtraject.

Openingsjaar subtraject/ verrichtingsjaar	Aantal rijen subtrajecten	Aantal rijen zorgactiviteiten
2014	16.891.253	241.223.638
2015	15.493.431	196.070.667
2016	9.886.386	125.761.307
2017	314.450	5.186.663
Totaal	42.585.520	568.242.275

Bewerkingen naar aanleiding van projecten

De releases vanaf 2016 bevatten een tweetal projecten die aanpassingen aan de dataset behoeven anders dan de reguliere aanpassingen van de dataset. Het betreft de projecten Interventieradiologie en Transplantatiezorg. Het doel van de bewerkingen n.a.v. het project Interventieradiologie is om de zorgactiviteiten van de interventieradioloog onder te brengen in het subtraject van de behandelaar waar de interventieradioloog zorg voor levert. Het project Transplantatiezorg heeft als doel om de multidisciplinaire zorgproducten bij transplantatiezorg te faciliteren door de subtrajecten van een patiënt met dezelfde transplantatiezorg binnen een instelling samen te voegen. Zodra de dataset de bewerkingen ondergaan heeft, gaat deze door de reguliere processen van transformatie, simulatie en zorgproducten afleiden.

Transformatie

De DIS dataset bevat gegevens vanaf 01/01/2014. Sinds 01/01/2014 zijn er (veel) diagnose- en zorgactiviteitcodes beëindigd. Sommige van deze codes hebben een opvolger gekregen. In het proces van transformatie krijgen de diagnose- en zorgactiviteitcodes die beëindigd zijn een nieuwe code. Die nieuwe code krijgen ze alleen wanneer deze een goede vervanger is van de oude code.

De dataset doorloopt dit proces in stappen. Het resultaat hiervan is dat er drie datasets zijn; één waarin alle codes geldig zijn op het niveau van 2016, één op het niveau van 2018 en één op het niveau van 2019.

Simulatie

De datasets bevatten gegevens sinds 01/01/2014. Sindsdien heeft er een aantal wijzigingen van de registratieregels plaatsgevonden. De simulatie past de registratieregels van een specifieke release toe op de dataset, zodat de historische data toch aan dezelfde registratieregels voldoen.

Voor de dataset getransformeerd naar het niveau van 2016 zullen de registratieregels van 2016 toegepast worden, voor de datasets getransformeerd naar 2018 de registratieregels van 2018, en voor de dataset getransformeerd naar 2019 de registratieregels van 2019.

Het proces van simuleren is voor de simulaties van 2016, 2018 en 2019 in grote lijnen hetzelfde. De simulaties volgen grofweg de volgende stappen:

- Samenvoegen van subtrajecten. Indien van een patiënt binnen een instelling de diagnoses van meer dan één subtraject gelijk zijn en deze diagnose met zichzelf in de diagnosecombinatie tabel (DCT) staat, dan gaan deze subtrajecten samen in een supertraject. De overige subtrajecten zijn hun eigen supertraject.
- Bepalen afsluitmoment. Op basis van alle registratieregels worden voor ieder supertraject alle mogelijke afsluitmomenten bepaald. De hiërarchie van de registratieregels bepaalt welke afsluitmomenten het belangrijkste zijn en welke afsluitmomenten niet mee gaan naar het vaststellen van het uiteindelijke moment van afsluiten. Van de overgebleven afsluitmomenten is het chronologisch eerst voorkomende het moment waarop een subtraject van het supertraject afgeknipt wordt.
- Verrijkingen. Door de wijzigingen in verschillende Releases zijn de historische data mogelijk onvoldoende voor simulatie en/of afleiding.

Er ontbreken bijvoorbeeld nieuwe zorgactiviteiten in een oude dataset, of in een volgend subtraject door de verkorting van maximum doorlooptijd. Daarom voegen we een nieuwe zorgactiviteit toe bij een specificeerbare situatie, bijvoorbeeld transplantatiezorg en diepbrainstimulation. Als de situatie niet definieerbaar is, is deze bewerking niet mogelijk.

Er zijn drie wijzigingen in afsluitregels (namelijk 1.0000.1 Medicinale oncologische behandeling, 1.0000.10 Incongruentie genderidentiteit en 2.0000.4 Orgaantransplantatietrajecten). Daarnaast is er een nieuwe exclusieve uitzonderingsregel voor het specialisme radiotherapie geïntroduceerd (2.0361.2 Radiotherapie Protonentherapie). Voor meer details verwijzen we naar het registratieaddendum RZ19a.

Zorgproducten afleiden

Nadat de subtrajecten uiteindelijk voldoen aan de registratieregels van de betreffende jaren, is de laatste stap in het proces een zorgproductlabel aan deze subtrajecten toekennen. Dit gebeurt met behulp van de interne SQL grouper. Dit is een uitgekilde versie van de landelijke grouper. De SQL grouper heeft als focus het snel kunnen toekennen van zorgproductlabels aan een grote verzameling van subtrajecten. In Tabel 11 staat de koppeling tussen de gebruikte productstructuurversie en het jaar waarvoor de subtrajecten bewerkingen hebben ondergaan.

Tabel 11: Koppeling jaar van bewerkingen en productstructuurversie

Jaar	Productstructuurversie	Omschrijving
2016	RZ16b_V5_U	Laatste versie van de RZ16b productstructuur, inclusief terugwerkende kracht wijzigingen.
2018	RZ18b_V1_U	Laatste versie van de RZ18b productstructuur. De subtrajecten worden afgeleid zonder zorgactiviteiten met tarieftype 13.
2019	RZ19a_ijs1	Laatste bevroren versie van de RZ19a productstructuur. Wijzigingen van na dit moment, hebben geen invloed op de afleiding van subtrajecten. De wijzigingen zijn op het gebied van bijv. aanspraak en innovaties. De subtrajecten worden afgeleid zonder zorgactiviteiten met tarieftype 13.

De aantallen van de *gehele* DIS dataset na deze bewerkingen staan in Tabel 12.

- Bij de tariefberekening gaan verrichtingen in een subtraject met zorgtype 51 vanaf release RZ19a wel mee als deze gekoppeld zijn aan een subtraject met zorgtype 11 of 21.
- Subtrajecten en verrichtingen met zorgtype 41 of 52 gaan niet mee naar de tariefberekening.
- Er vindt een periodeselectie plaats.

Tabel 12: Aantal rijen DIS dataset na schoning en na alle bewerkingen zoals beschreven in deze bijlage.

Bewerking volgens release	Aantal rijen subtrajecten	Aantal rijen zorgactiviteiten
2016	45.615.095	568.334.605
2018	45.616.153	568.335.664
2019	45.627.901	568.339.330

Bijlage 2: Uitgeleverde producten

Hieronder volgt een overzicht van de producten die we hebben uitgeleverd.

Uitgeleverde producten (zie werkenmetdbcs.nza.nl)

Naam van het product	
Aanvullende informatie bij RDZT	Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel
Afsluitreden Tabel	Tarieven Tabel
Afsluitregels Tabel	Testset Grouper
Conversietabel Categorieel RZ16 RZ19	Toelichting informatieproducten tariefberekening
Conversietabel Categorieel RZ18 RZ19	Totaalbestand uitlevering (v20180426)
Conversietabel Landelijk RZ16 RZ19	Typeringslijsten per Specialisme
Conversietabel Landelijk RZ18 RZ19	Verantwoording dbc-release RZ19a
Elektronische Typeringslijst	Wachttijden Tabel
Groupertabellen	WBMV Code Tabel
Handleiding dbc-systematiek	Wijzigingen dbc-release RZ19a
Hulptabel Overloopregistratie	Zorgactiviteiten Tabel
ICT-eisen dbc-release RZ19a	Zorgproduct Profielen
Informatieproduct btw afdracht geneesmiddelen 2019	Zorgproducten Tabel
Registratieaddendum	Zorgproductenapplicatie
Registratieaddendum bijlage 1	Zorgproductgroepen Tabel

Uitgeleverde producten (zie nza.nl)

Naam van het product
Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg inclusief bijlagen
Circulaire dbc-pakket medisch-specialistische zorg 2019
Nadere regel Regeling medisch-specialistische zorg inclusief bijlagen
Tariefbeschikking

Bijlage 3: Afgewezen wijzigingsverzoeken

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van wijzigingsverzoeken die we niet hebben gehonoreerd voor het dbc-pakket 2019 met daarbij vermeld een toelichting op de afwijzing. De wijzigingsverzoeken hebben wij getoetst op basis van de beleidsregel Toetsingskader dbc-systeem (BR/REG-18121), geldend vanaf 1 juli 2017. In dat document vindt u meer informatie over het kader dat de NZa toegepast bij het beoordelen van een wijzigingsverzoek.

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202222	Herdefiniëren trombosezorg	<p>In 2015 is door de FNT (Federatie van Nederlandse Trombosediensten) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een verzoek ingediend voor aanpassing van de productstructuur voor trombosezorg. Aanvragers hebben destijds aangegeven zelf in overleg met de verschillende betrokken partijen met een concreet voorstel te willen komen. In 2016 bleek er nog geen voorstel te zijn en is het verzoek daarom in overleg met partijen doorgeschoven naar de RZ19a.</p> <p>In maart 2017 is opnieuw contact opgenomen met de FNT. FNT geeft aan dat er inmiddels is geconstateerd dat men met de huidige structuur uit de voeten kan en er geen wensen voor wijzigingen meer zijn. Het verzoek wordt daarom afgesloten.</p>
202307	Verzamелverzoek paramedische zorg	<p>Dit verzoek is door de NZa aangemaakt voor potentiële wijzigingen voor paramedische zorg. Dit verzamelverzoek wordt echter niet gebruikt. Wanneer problematiek en aanpassingswensen voldoende duidelijk zijn, worden specifieke wijzigingsverzoeken ingediend voor dit onderwerp. Dit wijzigingsverzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202335	Aanvraag zorgactiviteit en declarabel zorgproduct implantatie ascitespomp	<p>Patiënten met therapie refractaire ascites die ongeschikt zijn voor de plaatsing van een transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt (TIPS) kunnen een pomp geïmplantéerd krijgen om ascites weg te pompen naar de urineblaas. Op deze manier wordt voorkomen dat de patiënten met grote regelmaat (1 x per 2/3 weken) een hoog volume paracentese moeten ondergaan. Hierdoor vermindert het risico op infecties en hepatorenaal syndroom en wordt een pijnlijke procedure voorkomen. Voor het implanteren van de pomp en alle kosten die daarmee gemoeid zijn, is momenteel geen dbc-zorgproduct, zorgactiviteitcode en declaratiecode beschikbaar.</p> <p>De behandeling betreft een innovatieve methode. Om die reden gaat het verzoek mee in de innovatieprocedure, en wordt het verzoek beoordeeld op basis van de Regeling Innovatie voor Kleinschalige experimenten (NR/REG-1736).</p>
202348	Behandeling duikongevallen in een decompressietank	<p>Sinds het Duik Medisch Centrum (DMC) van de Marine in Den Helder een aantal jaren geleden de opvang van duikslachtoffers heeft beëindigd, is de opvang van duikslachtoffers in de praktijk terechtgekomen bij het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ). De tarieven die gehanteerd worden zijn overgenomen van het DMC. In de praktijk worden deze tarieven nog steeds gehanteerd voor de facturatie van decompressiebehandelingen en vergoeden zorgverzekeraars de behandeling in de vorm van een coulancebetaling. Het verzoek van zorgverzekeraars is echter om nieuwe prestaties te introduceren voor deze zorg, zodat deze declarabel gemaakt kan worden in de dbc-systematiek. Jaarlijks worden er ongeveer 10 tot 12 duikongevallen (met decompressieziekte) behandeld in de hyperbare behandelkamer. De spoedeisende hulp (SEH) van het ADRZ (met als achterwacht het Medisch Centrum Hyperbare Zuurstoffherapie afgekort MCHZ) staat 24/7 klaar voor de opvang van de duikslachtoffers.</p> <p>Artikel 5.4.1 van het Toetsingskader dbc-systeem geeft aan dat sprake is van een niet noodzakelijke wijziging indien het probleem, zoals geschetst in de aanvraag, op een andere wijze dan een wijziging in het dbc-systeem opgelost kan worden (bijvoorbeeld via de contractering). Gezien het lage aantal jaarlijkse behandelingen en de coulancebetaling die al bestaat, is het mogelijk om het probleem via de contractering op te lossen. Daarmee is sprake van een niet noodzakelijke wijziging. Het verzoek wordt om die reden afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202366	Verplaatsen van coeliakie naar overige MDL	<p>De diagnose Coeliakie (0316_3304) en diagnose IBD (Inflammatory Bowel Disease) (0316_3315) worden in zorgproductgroep Kindergeneeskunde maag-darm-lever één knooppunt (coeliakie/inflammatoire darmziekten) (990416) uitgevraagd en leiden, ongeacht de diagnose, tot hetzelfde zorgproduct. Echter de relatief weinig belastende ziekte Coeliakie (0316_3304) brengt minder kosten met zich mee dan de ziekte IBD (0316_3315) die gepaard gaat met veel morbiditeit. In de huidige structuur komen patiënten met beide aandoeningen in dezelfde zorgproducten terecht, die dus te hoog geprijsd zijn voor coeliakie, en te laag voor IBD. Het verzoek van de aanvrager is om de diagnose Coeliakie (0316_3304) uit het knooppunt coeliakie/inflammatoire darmziekten in zorgproductgroep Kindergeneeskunde maag-darm-lever (990416) te halen en in een meer passend knooppunt uit te vragen.</p> <p>Eén van de criteria in het toetsingskader, voor verbijzondering van zorgproducten, is een te grote kosteninhomogeniteit. De huidige CV waarde van de producten geeft geen aanleiding voor aanpassing. Ook is uit verschillende analyses gebleken dat er geen significante verschillen optreden als we deze splitsing doorvoeren. Het verzoek wijzen we daarom af voor aanpassing in het dbc-pakket.</p>
202369	Aanvraag zorgactiviteit voor 3-D custom-made schedelplaat	<p>De NZa heeft een aanvraag ontvangen voor een nieuwe materiaalcode voor de 3D custom made schedelplaat, met het verzoek om deze nieuwe code dan een rol te geven in de afleiding naar een bijzondere neurochirurgie zwaartegroep 2 zorgproduct, of te overwegen om hier een add-on van te maken. Dit om een bekostigingsprobleem op te lossen bij het gebruik van een 3D custom made schedelplaat bij allologe cranioplastiek. Deze plaat wordt gebruikt bij schedeldefecten die optreden na trauma of na craniotomie.</p> <p>Dit verzoek is niet gehonoreerd. Voor de ingreep en voor de custom-made schedelplaat zijn momenteel registratie- en declaratiemogelijkheden beschikbaar. Het materiaal valt medisch inhoudelijk onder zorgactiviteit Custom made schedelplastiek op basis van preoperatieve beeldvorming (190661). Hier kunnen dan ook kosten aan toegewezen worden via het kostprijsmodel, wat ook de basis vormt voor de landelijke tarieven in het gereguleerde segment. Voor nieuwere, duurdere behandelingen en materialen, die nog niet in het kostprijsmodel zijn meegenomen, bieden de max-max tarieven ruimte om afspraken te maken over de bekostiging hiervan. Er is om deze reden geen sprake is van een bekostigingsprobleem dat enkel opgelost kan worden met een wijziging in het dbc-systeem. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202373	Aanvraag zorgactiviteit autotransplantatie nier	<p>Het verzoek is om een zorgactiviteit aan te maken voor autotransplantatie nier en hiervoor een nieuw zorgproduct te introduceren of om deze af te laten leiden naar een passend zorgproduct. Het gaat om patiënten met renaal notenkrakersfenomeen, loin pain hematuria of long distance stenosis ureter. Bij de (laparoscopische) autotransplantatie wordt de nier uit haar oorspronkelijke omgeving gehaald, ex vivo geopereerd en teruggezet op een andere plek in het lichaam. Dit kan niet als een "gewone" niertransplantatie worden bestempeld, omdat het een andere categorie patiënten betreft (geen allogene transplantatie).</p> <p>Er is geen sprake van een bekostigingsprobleem. Het betreft kleine aantallen in Nederland (1 tot 2 patiënten per jaar). Er zijn geen uitspraken van het Zorginstituut over deze zorg, mede doordat het zo weinig voorkomt. Bekostiging kan plaatsvinden via de academisch component. Het verzoek wordt afgewezen.</p>
202380	Aanpassen omschrijving zorgactiviteit 192138	<p>Wanneer een thuisbeademingspatiënt klinisch wordt opgenomen voor een polysomnografie (PSG) dan valt dit zorgtraject uit (uitval 990011007). Het verzoek is om zorgactiviteit 192138 - Klinisch verblijf chronische beademing op sociaal maatschappelijke indicatie te verbreden, zodat de registratie van zorgactiviteit 039735 - Polysomnografie en zorgactiviteit 192138 - Klinisch verblijf chronische beademing op sociaal maatschappelijke indicatie afleidt naar dbc-zorgproduct 990011008 - Thuisbeademing klinisch (sociaal-maatschappelijke indicatie).</p> <p>Er is onvoldoende informatie beschikbaar gesteld voor de beoordeling van dit verzoek. Daarom wordt dit wijzigingsverzoek afgewezen.</p>
202385	Zorgactiviteit voor toediening/verstrekking totale parenterale voeding bij volwassenen	<p>Verzocht is om een zorgactiviteit aan te maken voor totale parenterale voeding (TPV). TPV wordt verstrekt aan patiënten die geen reguliere voeding of voeding via een sonde in de maag en/of darmen kunnen verdragen/verwerken, en de voeding daarom via een infuus direct in hun bloedbaan krijgen toegediend. De zorg wordt vooral geboden in universitair medische centra (umc's). Naar aanleiding van dit verzoek is afstemming gezocht met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), met de vraag of hier daadwerkelijk sprake is van een bekostigingsprobleem, dat breder wordt gedeeld. De NFU heeft vervolgens navraag gedaan bij de umc's met de vraag of zij dit verzoek ondersteunen. Hieruit kwam naar voren dat de umc's geen noodzaak zien in een zorgactiviteit voor de toediening/verstrekking van totale parenterale voeding. Daarom wijzen we dit verzoek nu af. Op het moment dat er een bredere wens is om de bekostiging van deze zorg te regelen in het dbc-systeem, kan hier opnieuw een wijzigingsverzoek voor worden ingediend.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202394	Zorgactiviteit voor tissue expander	<p>In het geval van borstreconstructie wordt een tissue expander tijdelijk ingebracht voorafgaand aan het inbrengen van de definitieve prothese. Soms blijkt sprake te zijn van infectie en moet de tissue expander worden verwijderd. De aanvrager heeft aangegeven dat niet duidelijk is welke zorgactiviteit voor het verwijderen van de geïnfecteerde tissue expander kan worden geregistreerd. Daarom is verzocht om een zorgactiviteit aan te maken voor het verwijderen van een geïnfecteerde tissue expander.</p> <p>We zien dat voor het verwijderen van een geïnfecteerde tissue expander de bestaande zorgactiviteit 038911 - Operatieve verwijdering van gezwellen uitgaande van de cutis, de subcutis en/of het onderhuids vet- en bindweefsel of het verwijderen van corpora aliena, inwendige metalen hechtingen, kan worden vastgelegd. Het is daarom niet nodig om een nieuwe zorgactiviteit aan te maken voor deze verrichting. Indien de geïnfecteerde tissue expander binnen 42 dagen na het inbrengen wordt verwijderd, kan de betreffende zorgactiviteit in het lopende traject met de op dat moment openstaande diagnose worden vastgelegd. Echter in sommige gevallen treedt de infectie op een later moment op, binnen een conservatief traject van poliklinische inspuitingen. In deze situatie kan de openstaande diagnose (voor het inbrengen van de tissue expander en de inspuitingen) om worden gezet in de geëigende diagnose voor het verwijderen van de geïnfecteerde tissue expander. Dit is diagnose 507 'abces drainage, kleine necrotomie'. Deze diagnose leidt in combinatie met de bijbehorende za 038911 af tot het zorgproduct 990004052 Algemeen: eenvoudige ingreep. Omdat voor het registeren van deze zorg geen wijzigingen in het dbc-systeem nodig zijn, wordt dit wijzigingsverzoek afgewezen.</p>
202395	Consult tijdens dagopname	<p>De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de Federatie Medisch Specialist (FMS) vragen om aanpassing van artikel 7 lid 5 en artikel 24 lid 1 in de Regeling medisch-specialistische zorg (NR-REG/1816), zodat tijdens een dagverpleging en langdurige observatie een klinisch intercollegiaal consult of polikliniekbezoek geregistreerd kan worden. Op dit moment kan geen zorgactiviteit geregistreerd worden als een medisch specialist (of arts-assistent) in consult wordt geroepen terwijl de patiënt op de dagverpleging of langdurige observatie ligt. Dit in tegenstelling tot wanneer de patiënt klinisch is opgenomen. Bij een klinische opname kan de zorgactiviteit Klinisch intercollegiaal consult (190009) worden geregistreerd.</p> <p>We herkennen dat er een verschil is in declaratie van een consult dat tijdens een klinische opname wordt uitgevoerd en een consult dat tijdens dagverpleging of langdurige observatie wordt uitgevoerd. Er is echter geen bekostigingsprobleem zoals beschreven in het toetsingskader dbc-systeem (BR/REG-18121). De kosten van een consult op de dagverpleging kunnen namelijk vergoed worden met het dbc-zorgproduct van de hoofdbehandelaar.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202416	Aanvraag voor passende za verwijderen of revisie port a cath	<p>Het verzoek is om uitval port a cath op te lossen. Er is sprake van uitval, omdat een verrichting en polikliniekbezoek niet tegelijk geregistreerd mogen worden. Indien alleen de verrichting (zorgactiviteit 038911) wordt geregistreerd, leidt dit tot uitval. De constatering is juist. Het verzoek wordt echter afgewezen, omdat de oplossing al is uitgewerkt in wijzigingsverzoek 202261 in de RZ18a.</p>
202421	Toevoegen za 039066 en za 039067 aan knooppunt intensieve/invasieve therapie	<p>Naar aanleiding van een intern signaal is geconstateerd dat de afleiding van zorgactiviteit Coagulatie van maligne tumoren van rectum, vulva of mondholte (039066) als uitgebreide ingreep en zorgactiviteit Coagulatie maligne uitwendige tumoren, alsmede de weinig tijdrovende coagulatie van kleinere tumoren van rectum, vulva of mondholte bij de diagnosen nieuwvormingen - Maligne neoplasmata lip, mond-, keelholte en hals (039067) mogelijk tot uitval of leidt.</p> <p>De NZa heeft dit wijzigingsverzoek getoetst aan de huidige toewijzingsgronden conform de beleidsregel toetsingskader. Op basis hiervan is geconcludeerd dat er geen sprake is van een bekostigingsprobleem. De registratie van zorgactiviteiten 039066 en 039067 valt niet uit en leidt, afhankelijk van een van de andere activiteiten in het zorgprofiel, af naar één van de onderstaande (conservatieve) zorgproducten:</p> <p>Therapeutisch licht(029299024) Dag/poli > 2/ routine onderzoek > 2 (029299003) Licht ambuland. Deze zorgproducten worden voldoende passend geacht (029299030)</p> <p>Op basis hiervan zien wij geen noodzaak om zorgactiviteiten 039066 en 039067 aan het knooppunt intensieve/invasieve therapie toe te voegen. Het wijzigingsverzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202422	Overig zorgproduct voor total mandibular joint replacement	<p>Total Mandibular Joint Replacement (TMJR) is een manier om patiënten te behandelen die verkeren in het eindstadium van gewrichtspathologie. Hierbij is het kaakgewricht dusdanig versleten dat er door geen enkele conservatieve maatregel herstel mogelijk is. Het verzoek is om voor deze behandeling een apart (kaakchirurgisch) overig zorgproduct aan te maken.</p> <p>Uit afstemming met wetenschappelijke verenigingen, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA) is naar voren gekomen dat deze zorg binnen de bestaande prestaties gedeclareerd kan worden. Daarnaast is deze zorg niet nieuw, want deze wordt al sinds de jaren '80 toegepast. Wel nieuw is dat steeds meer gebruik wordt gemaakt van Patiënt Specifieke Implantaten (PSI) in plaats van meer universele implantaten.</p> <p>Gelet op het bovenstaande hebben we dit wijzigingsverzoek afgewezen en is er een nieuw wijzigingsverzoek geopend om de Nadere Regel aan te passen. Daarin wordt explicieter gemaakt hoe moet worden omgegaan met de techniekkosten van meer moderne technieken. Dit wordt uitgewerkt in wijzigingsverzoek 202529.</p>
202428	Zorgproduct 79799035 en 79799002 niet passend voor kindzorg	<p>Aanvrager heeft aangegeven dat afleiding naar zorgproduct 79799035 en 79799002 niet passend is voor kindzorg, en dat hiermee sprake is van intransparantie voor de zorgverzekeraar, waardoor geen goede tariefafspraken gemaakt kunnen worden.</p> <p>Op basis van de aangeleverde informatie zien we geen noodzaak om een aanpassing door te voeren. Het gaat hier om zorg in het vrije segment, waarvoor ruimte bestaat om zelf prijsafspraken te maken. Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars beschikken over informatie met betrekking tot leeftijden, die ze kunnen gebruiken om hier passende prijsafspraken over te maken. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202429	Begrip typerende diagnose	<p>Een wijzigingsverzoek is ingediend over het begrip 'typerende diagnose'. Aangegeven is dat de omschrijving bij het begrip 'typerende diagnose' in de Nadere Regel verwarring oproept omdat daar wordt gesproken over 'de diagnose die de geleverde zorg over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert. De typerende diagnose kan per subtraject verschillen.</p> <p>Onduidelijk zou zijn of de diagnose die de geleverde zorg het beste typeert ook een bij de patiënt vermoedde aandoening kan zijn wanneer deze aandoening na onderzoek juist is uitgesloten.</p> <p>In het geval dat bij het sluiten van een subtraject bekend is dat de geregistreerde diagnose niet past bij de aandoening van de patiënt dan moet de typerende diagnose uiteraard worden aangepast.</p> <p>Wanneer pas in een later subtraject duidelijk wordt wat de definitieve diagnose is, kan het voorkomen dat bij eerdere subtrajecten een differentiaal diagnose als typerende diagnose is geregistreerd terwijl de patiënt die aandoening uiteindelijk niet bleek te hebben.</p> <p>Om te voorkomen dat patiënten verrast worden met een afwijkende diagnose op de nota is het belangrijk dat zorgaanbieders patiënten hier duidelijk over informeren.</p> <p>Het ligt voor de hand dat de daadwerkelijke aandoening van de patiënt voor de keuze van de meest passende typerende diagnose een rol speelt, aanpassing wordt niet als noodzakelijk gezien. Het verzoek wordt afgewezen.</p>
202431	Aanvraag za voor panendoscopie	<p>Het Erasmus MC heeft verzocht een zorgactiviteit 'Panendoscopie' aan te maken die afleidt naar een operatief product. Bij een panendoscopie worden meerdere diagnostische onderzoeken uitgevoerd.</p> <p>De losse diagnostische onderzoeken hebben een passende zorgactiviteit en leiden af naar een ambulant middel zorgproduct. Een panendoscopie past in zorgproductgroep 4 (diagnostiek) bij de losse diagnostische onderzoeken. Er is hiermee geen sprake van een bekostigingsprobleem. Daarnaast wordt de panendoscopie niet meer als standaardingreep beschouwd en zal deze ingreep in de toekomst minder vaak voorkomen. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202435	Beperking verblijf gezonde moeder uitbreiden van maximaal 28 dagen naar 12 weken	<p>De aanvrager vraagt de maximale duur van het verblijf van een gezonde moeder uit te breiden van 28 dagen naar 12 weken. In het pressure-cookertraject 2014 is uitvoerig over de zorgactiviteit gezonde moeder/zuigeling afgestemd.</p> <p>Het advies uit het pressure-cookertraject is verwerkt in beleidsregel BR/CU-2136: 13.3.3 Verblijf gezonde moeder (190032)</p> <p>Verblijf van een gezonde moeder in de zorginstelling, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan en daarvoor klinisch wordt opgenomen. Deze zorgactiviteit kan tot maximaal 28 dagen na de bevalling geregistreerd worden.</p> <p>Er is onvoldoende aanleiding om af te wijken van het advies en deze regel aan te passen. Het verzoek wordt daarom afgewezen.</p>
202440	Gebruik za 190060 Eerste polikliniekbezoek en 190013 Herhaal polikliniekbezoek bij revalidatiegeneeskunde	<p>De NZa ontwikkelt in samenwerking met het veld een nieuwe productstructuur voor de medisch-specialistische revalidatiezorg (msrz), met als ingangsdatum 2020. Het verzoek van Revalidatie Nederland (RN) is om meer duidelijkheid te geven over wanneer een revalidatiearts tijd mag schrijven en wanneer deze een polikliniekbezoek mag registreren. RN geeft aan dat uit onderzoek blijkt dat er geen eenduidigheid is in de wijze van registreren én het toerekenen van kosten aan deze zorgactiviteiten. Dit zou volgens RN een negatief gevolg kunnen hebben op de kostenhomogeniteit van dbc-zorgproducten. Het verzoek van RN is om in de productstructuur per 2019 alleen directe en indirecte tijd als typerende verrichting in de productstructuur op te nemen. Dit zorgt voor een eenduidige registratie en kostentoe rekening. Het verzoek is om de productstructuur voor de msrz per 2019 aan te passen, zodat de zorgactiviteiten voor polikliniekbezoeken niet langer typerend zijn in de productstructuur.</p> <p>De door RN voorgestelde wijziging heeft grote impact op de productstructuur en de registratiewijze binnen instellingen. De instellingen moeten de huidige registratiewijze aanpassen, zowel op de werkvloer als in de ICT-systemen. Daarnaast moet de afleidingsstructuur binnen de msrz zorgproductgroep worden aangepast. Aangezien we per 2020 een nieuwe productstructuur voor de msrz gaan invoeren, zou dit een wijziging met grote impact betekenen voor slechts één jaar. De impact van de wijziging weegt niet op tegen de voordelen van een dergelijke wijziging. Daarnaast is het nu al mogelijk om tijd te schrijven en kunnen wij, in samenwerking met de branches, de instellingen die msrz leveren ondersteunen in het verkrijgen van een eenduidige registratie. We hebben dit gedaan door de regelgeving met ingang van 1 januari 2018 te verduidelijken ten aanzien de registratie van tijd. Daarnaast hebben we in samenwerking met RN een FAQ opgesteld over de juiste registratiewijze van polikliniekbezoeken en tijd. Tot slot wordt de registratie van tijd en polikliniekbezoeken als aandachtspunt meegenomen in de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202483	Tarief zorgproduct 990716003 Chronische verstrekking geneesmiddelen	<p>Het tarief voor zorgproduct Chronische verstrekking geneesmiddelen Kindergeneeskunde metabole ziekten (990716003) is in 2016 significant naar beneden bijgesteld ten opzichte van het tarief 2015. Het verzoek is om het max-max tarief voor zorgproduct 990716003 te herijken.</p> <p>Na een analyse van de kostprijstaanleveringen 2015 en 2016 voor dit zorgproduct en een vergelijking met de kostprijstaanleveringen 2013 en 2014, bleek geen sprake te zijn van een kostenstijging. Er is daarom geen grond voor een herijking van het max-max tarief voor zorgproduct 990716003. Omdat daarnaast in 2019 geen sprake is van een bekostigingsprobleem bij deze prestatie is het verzoek afgewezen.</p>
202487	Uitvalreductie: vervolg zorg (zt21) za 087070 en 190025 bij MDL valt uit	<p>Aanvrager heeft geconstateerd dat met ingang van 1 januari 2016 vervolgzorg (zorgtype 21) bij het poortspecialisme Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL) uitvalt. Het gaat om MDL-diagnosen in combinatie met de zorgactiviteiten Echografie van de buikorganen (087070) en Teleconsult tussen poortspecialist en patiënt (190025).</p> <p>De oorzaak van het uitvallen van deze trajecten, ligt niet primair in de gewijzigde rol van zorgactiviteitcode 087070. De oorzaak is dat de code voor Teleconsult (190025) niet bepalend was voor de afleiding van een declarabel product. De combinatie van 087070 met een traditioneel vervolgconsult, of een van de per 2018 geïntroduceerde zorgactiviteiten voor consultatie op afstand (via wijzigingsverzoek 202504), leidt wel tot een declaratie. De status van het teleconsult is per 2018 gewijzigd c.q. de zorgactiviteitcode 190025 is vervallen. Een van de nieuwe coderingen voor teleconsultatie kan worden gebruikt, waarmee in voorkomende gevallen declaratie mogelijk is. Om die reden wordt dit verzoek als zodanig afgewezen.</p>
202488	Aanvraag zorgactiviteit autotransplantatie	<p>Het verzoek is om een zorgactiviteit aan te maken voor autotransplantatie nier en hiervoor een nieuw zorgproduct te introduceren of om deze af te laten leiden naar een passend zorgproduct. Het gaat om patiënten die een aandoening (maligne of benigne) aan hun nier hebben, die verwijderd moet worden. De operatie houdt in dat de hele nier verwijderd wordt, de aandoening verwijderd wordt, en de nier daarna weer teruggeplaatst wordt. Het betreft kleine aantallen in Nederland (1 tot 2 patiënten per jaar). Er zijn geen uitspraken van het Zorginstituut voor deze zorg, mede doordat het zo weinig voorkomt. Er is geen sprake van een bekostigingsprobleem, omdat bekostiging kan plaatsvinden via de academische component.</p>
202511	Aanvraag za chirurgische 3D-planning op basis van reguliere CT-beelden	<p>Verzocht wordt om een nieuwe zorgactiviteit te introduceren voor 3D-planning op basis van CT-beelden. Driedimensionale (3D) visualisatie-technieken stellen de chirurg beter in staat een botdeformiteit in te schatten en daarmee een behandelplan te vormen en die te bespreken met de patiënt. Toepassing van dergelijke middelen vereenvoudigt de operatie en scheelt daardoor veel tijd.</p> <p>Er is geen sprake van een bekostigingsprobleem, omdat het gaat om zorg in het vrije segment. Hierover kan de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar afspraken maken in de contractering. Met lokale codes kan de zorgaanbieder de zorg zichtbaar maken. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202518	Aanpassen systematiek als gevolg van wijziging in bekostiging van de weefselketen	<p>Per 2019 vindt de bekostiging van de weefselketen op een andere wijze plaats, waardoor de toepassing van postmortaal weefsel, als onderdeel van de patiëntenzorg, meer consistent in de prestatiebekostiging is opgenomen. In dit kader is per 2018 een aantal zorgactiviteiten geïntroduceerd, die als basis voor registratie en bekostiging kunnen dienen.</p> <p>Per 2019 wordt geen aanvullende aanpassing in de dbc-systematiek doorgevoerd, als gevolg van de wijziging in de bekostiging van de weefselketen. De bestaande regelgeving en prestaties zijn in de basis geschikt voor aanbieders en verzekeraars, om één en ander in de prestatiebekostiging tot uitdrukking te brengen. Het verzoek wordt afgewezen.</p>
202525	Wijziging omschrijving za 039886 en aanmaken nieuw zorgproduct	<p>Verzocht wordt om de omschrijving van zorgactiviteit Lokale hyperthermie blaaswand in combinatie met intravesicale chemotherapie (Synergo) (039886) te wijzigen naar Lokale radiofrequent-geïnduceerde hyperthermie blaaswand in combinatie met intravesicale, voortdurend gekoelde chemotherapie (RITE). Daarnaast wordt verzocht om een nieuw zorgproduct voor radiofrequente hyperthermie aan te maken. Aanleiding voor het verzoek zijn nieuwe klinische studies die laten zien dat radiofrequentie een belangrijk werkingsmechanisme is voor het behalen van de klinische effecten bij de behandeling van blaaswandcarcinoom. Daarnaast noemt de Europese richtlijn voor blaaswandcarcinoom de behandeling veelbelovend voor een aantal indicaties (Non muscle-invasive bladder cancer, EAU 2017).</p> <p>De Nederlandse Vereniging voor Urologie (wetenschappelijke vereniging van urologie) beoordeelt in het 4^e kwartaal van 2017 of deze behandeling opgenomen wordt in een (nationale) richtlijn. Daarnaast heeft het Zorginstituut Nederland in 2011 geoordeeld dat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is. Dit oordeel heeft tot gevolg dat de behandeling onverzekerde zorg betreft. Hierdoor is het niet wenselijk om (op dit moment) een nieuw zorgproduct te introduceren en een bestaande zorgactiviteit te wijzigen. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202528	Aanpassen za 038913: proefexcisie (stans of mes), al dan niet met coagulatie met de hyfrecator exclusief het pathologisch onderzoek, of trichogram	<p>Aanvrager geeft aan dat er geen geschikte zorgactiviteit bestaat voor het trichogram, een soort haarbiopt voor nadere diagnostiek bij haaruitval. Het verzoek is om de naam van de bestaande zorgactiviteit Proefexcisie (stans of mes), al dan niet met coagulatie met de hyfrecator exclusief het pathologisch onderzoek (038913) aan te passen door hier 'of trichogram' aan toe te voegen. Deze zorgactiviteit kan dan gebruikt worden voor het registreren van het trichogram.</p> <p>De NZa oordeelt dat zorgactiviteit 038913 niet geschikt is voor de registratie van het trichogram, omdat de betreffende zorgactiviteit is bedoeld voor een excisie. Ook zien we onvoldoende aanleiding om een nieuwe zorgactiviteit voor deze zorg aan te maken. Op basis van het consult dat plaatsvindt met de patiënt kan een (licht) ambulant zorgproduct worden afgeleid. Dit zorgproduct achten wij voldoende passend voor de geleverde zorg. Om deze reden is de conclusie van de NZa dat geen sprake is van een bekostigingsprobleem. Het verzoek wordt daarom afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202535	<p>Aanpassen vanuit project Transparantie Onverzekerde Zorg</p>	<p>Bij declaraties van overige zorgproducten (ozp's) is aan de declaratiecode niet te zien of de zorgverzekeraar dit wel of niet vanuit het basispakket zou moeten vergoeden. Ozp's kennen maar één type declaratiecode (zorgactiviteitcode = declaratiecode). Dit in tegenstelling tot dbc-zorgproducten, die verschillende declaratiecodes kennen voor verzekerde en onverzekerde zorg. Bij ozp's ontbreekt ook een veld om aan te geven of er sprake is van een medische indicatie. Dit is overigens al jaren zo. De NZa heeft nu twee wijzigingsverzoeken ontvangen i.v.m. knelpunten bij declaraties van ozp's waarvoor aanspraakbeperkingen gelden. Het gaat in deze verzoeken specifiek om de ozp's voor prenatale screening, en kaakchirurgische verrichtingen. In de landelijke zorgactiviteitentabel zijn aan deze zorgactiviteiten oranje / rode aanspraakcodes toegekend. Daarnaast is bij de knelpuntenanalyse voor paramedische zorg recentelijk naar voren gekomen dat het bij deze ozp-declaraties nu ook niet transparant is of het om verzekerde of onverzekerde zorg gaat. Voor paramedische zorg gelden ook diverse voorwaarden voor vergoeding, hier zijn de verrichtingencodes in de za-tabel veelal ongekleurd.</p> <p>Als verbeteruggesties zijn door de aanvragers genoemd:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Het opsplitsen van oranje zorgactiviteiten in verzekerde en onverzekerde varianten b) Het doorvoeren van separate voorloopcodes voor niet verzekerde zorg <p>We zien onvoldoende grond om op basis van de ervaren knelpunten bij prenatale screening en kaakchirurgie nu een wijziging door te voeren. Er is geen sprake van een bekostigingsprobleem en wij zijn ook onvoldoende overtuigd dat hier sprake is van een substantieel probleem wat enkel opgelost kan worden door een wijziging in de dbc-systematiek. Het gaat hier om zeer geringe aantallen. Het verzoek wordt afgewezen.</p> <p>Een optie die nog wel verder verkend wordt in samenspraak met veldpartijen, gezien de knelpunten rondom paramedische zorg, is een uitbreiding van de informatie(verplichting) in het declaratiebericht met een veld waarin men informatie kan meeleveren waaruit opgemaakt kan worden of aan de medische indicatievereisten voor vergoeding is voldaan ja/nee. Als uit dit project concrete voorstellen naar voren komen voor aanpassingen, dan zal dit onder de vlag van het project paramedische zorg verder opgepakt worden (in een wijzigingsverzoek specifiek voor dit project).</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202537	Zorgactiviteiten naar aanleiding van project 'Dagverpleging' (vervangt WV 202533)	<p>De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft ons verzocht om passende zorgactiviteiten aan te maken voor diverse verrichtingen waar nu een zorgactiviteitcode wordt gemist. De NVK geeft aan dat door het ontbreken van een passende zorgactiviteit, het adequaat toerekenen van kosten aan de geleverde zorg wordt bemoeilijkt. Dit verzoek is gedaan in het kader van het project 'Dagverpleging', waarbij knelpunten in kaart zijn gebracht die ontstaan bij de registratie van zorg die tijdens dagverpleging wordt geleverd.</p> <p>De lijst met gewenste zorgactiviteiten is door ons getoetst aan de voorwaarden voor het doorvoeren van een wijziging in het dbc-systeem en voor het aanmaken van een nieuwe zorgactiviteit, die beschreven staan in de Beleidsregel Toetsingskader dbc-systeem. Aan de hand hiervan hebben wij geconcludeerd dat er geen noodzaak is om nieuwe zorgactiviteiten aan te maken. Eventuele bekostigingsproblemen moeten lokaal opgelost kunnen worden. De NZa gaat er vanuit dat ziekenhuizen voldoende mogelijkheden voorhanden hebben om de betreffende verrichtingen in het eigen systeem te registreren en de toerekening van kosten hiermee te verbeteren, zonder dat hiervoor nieuwe zorgactiviteitcodes nodig zijn. Het verzoek wordt daarom afgewezen.</p>
202541	Aanpassing systematiek rond nazorg bij hart- en longtransplantaties	<p>In de regelgeving zijn in het verleden voor orgaantransplantaties (nier, lever, darm) een aantal zaken verbijzonderd, op het gebied van screening en nazorg. Bij een vergelijking hiervan met de regelgeving voor hart- en longtransplantaties, blijkt dat bij dit laatste domein bepaalde onderdelen van screening en nazorg niet, of niet langer, expliciet zijn beschreven in de regelgeving. Daarnaast verschilt de structuur (zorgactiviteiten, zorgproducten) voor nazorg bij orgaantransplantaties met die van de nazorg bij hart-/ longtransplantaties. Mogelijk veroorzaken deze verschillen onregelmatigheden of inconsistenties.</p> <p>De insteek bij de uitwerking van dit verzoek is om evidente inconsistenties aan te pakken in de release RZ19a. Het verder synchroniseren van de systematiek voor orgaantransplantaties en hart- en longtransplantaties, is een mogelijk onderwerp voor doorontwikkeling. Uit een analyse van de problematiek blijkt dat het bij de genoemde verschillen in regelgeving en structuur niet gaat om inhoudelijke inconsistenties. Ook zijn er geen signalen van oneigenlijk gebruik binnen de huidige systematiek. Vandaar dat in release RZ19a geen aanpassing op dit vlak wordt doorgevoerd. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202548	Uitvalreductie: uitval dbc-zorgproduct 049999015	<p>Volgens aanvrager is bij de registratie van zorgactiviteitcode 038911 - Verwijderen corpora aliena, materiaal, in combinatie met diagnose 207 ((onder)voeding) sprake van uitval bij het specialisme Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL) (0318). Deze situatie kan zich voordoen bij het verwisselen van een PEG katheter. Voor 1 januari 2016 was sprake van een declarabel dbc-zorgproduct.</p> <p>Door een herwaardering van een aantal zorgactiviteiten per 2016, leiden deze als zodanig niet meer tot een declaratie 'overig therapeutisch/ambulant middel'. Wanneer deze activiteiten zonder registratie van een polikliniekbezoek worden vastgelegd, ontstaat een uitvalproduct. In combinatie met een polikliniekbezoek wordt een licht ambulant product afgeleid. De afleiding wordt op dit punt niet aangepast. Het verwijderen van een PEG katheter kan onder zorgactiviteit 038911 plaatsvinden. Het enkel verwijderen, zonder navolgende herplaatsing (wat wel tot een declaratie leidt, in tegenstelling tot wat in de probleemschets wordt aangegeven) of zonder dat er in het subtraject sprake is van een poliklinisch (vervolg)consult, lijkt een uitzondering. Het verzoek wordt afgewezen, omdat er geen aantoonbaar bekostigingsprobleem is.</p>
202553	Apart PACU- en MC-tarief (add-on) instellen	<p>Tijdens de consultatiebijeenkomsten intensive care kwamen signalen naar boven van knelpunten rondom de bekostiging van behandelingen op medium care (MC) en post-anesthesia care units (PACU). De Nederlandse verenigingen voor intensive care (NVIC) en anesthesiologie (NVA) hebben vervolgens gezamenlijk een wijzigingsverzoek ingediend waarin voorgesteld wordt om hiervoor apart declarabele PACU-en MC-prestaties (add-ons) aan te maken. We hebben met veldpartijen meerdere overleggen gevoerd over deze problematiek, en daarin besproken wat mogelijk en nodig was om afspraken over de bekostiging van deze vormen van zorg beter te kunnen ondersteunen. Daarbij is ook besproken of verdere verbijzondering van intensieve zorgvormen hiertoe bijdraagt.</p> <p>Uit de overleggen kwam naar voren dat het voor zorgaanbieders nog onvoldoende duidelijk is waarin de verschillende intensieve zorgvormen zich nu inhoudelijk van elkaar onderscheiden. De beschikbare richtlijnen bieden op dit punt nog onvoldoende houvast. Dit maakt het nu onmogelijk om deze zorgvormen in afzonderlijke, heldere, werkbare definities te vatten. Daarbij is de noodzaak van aparte add-on prestaties onvoldoende aangetoond. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202558	Aanpassen omschrijving Consult of herhaalconsult na 30 dagen (234003)	<p>Bij het beëindigen van prestatiecode 234008 (vervolgconsult) per 31-12-2008 is afgesproken dat patiënten die voor een vervolgconsult komen, geregistreerd mogen worden onder de reguliere consultprestatie (234003). Dit is echter niet expliciet opgenomen in de huidige regelgeving. In de rechtmatigheidscontroles door verzekeraars lopen instellingen hier nu tegenaan.</p> <p>Het verzoek is om expliciet in de regelgeving op te nemen dat patiënten die komen voor een vervolgconsult, geregistreerd mogen worden onder de consultprestatie (234003).</p> <p>In de regelgeving staat niet, dat een vervolgconsult niet als een consult geregistreerd mag worden. Daarmee bestaat de mogelijkheid om het vervolgconsult te registreren als reguliere consultprestatie. In verband hiermee wijst de NZa dit verzoek af.</p>
202559	Creëren van separate voorloopcode kaakchirurgie voor niet verzekerde zorg	<p>Binnen de kaakchirurgische prestaties is er een aantal prestaties die vallen onder onverzekerde zorg. In het kader van transparantie is het volgens de aanvragende partij wenselijk de betreffende prestaties al bij de registratie herkenbaar te maken, met het creëren van een separate voorloopcode voor onverzekerde zorg.</p> <p>De problematiek uit dit wijzigingsverzoek is meegenomen in de scope van het project 'Transparantie onverzekerde zorg' (wijzigingsverzoek 202535). De afwijzingsgronden zijn bij dat wijzigingsverzoek terug te vinden. Dit verzoek wordt afgewezen.</p>
202612	4 uitzonderingen opnemen in artikel 5 Nadere Regel	<p>Verzocht is om audiologie, hartrevalidatie, longrevalidatie, nierdialyse, radiotherapie, lichttherapie, protonentherapie (planningsvergelijking) en zorg voor transgenders op te nemen in artikel 5 als uitzondering op de regeling medisch-specialistische zorg waar geen face-to-face contact voor verplicht is. Voor deze zorg is face-to-face contact niet noodzakelijk.</p> <p>Door branchepartijen zijn diverse uitzonderingen aangedragen waarvoor het vereiste van face-to-face contact niet noodzakelijk is, maar er is onvoldoende aangetoond dat er een noodzaak is deze uitzonderingen op te nemen in artikel 5 van de regeling medisch-specialistische zorg. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Bijlage 4: Verschillen inhoud Wijzigingendocument RZ19a ten opzichte van het Consultatiedocument RZ19a

Een aantal aanpassingen heeft plaatsgevonden nadat het Consultatiedocument RZ19a was vastgesteld. Deze zijn hieronder inzichtelijk gemaakt. De uitwerking van deze wijzigingsverzoeken vindt u terug in het document Wijzigingen dbc-release RZ19a.

Toegewezen wijzigingsverzoeken na vaststelling Consultatiedocument RZ19a

Referentienummer	Omschrijving
202462	Aanmaken facultatieve prestatie voor eerstelijnsdiagnostiek
202492	Aanpassen regelgeving inzake geneesmiddelenbeleid (2017)
202515	Aanpassen toelichting NR/REG 1816, artikel 24, lid 19 inzake F2F contact bij nazorg cochleaire implantaten
202529	Aanpassen regelgeving techniekkosten kaakchirurgie
202554	Aanpassen definitie in de regelgeving m.b.t. begeleiding op afstand bij niet-complexe hartrevalidatie
202566	Aanpassen overgangsbepaling in Regeling medisch-specialistische zorg
202576	Aanpassen omschrijvingen overig zorgproduct 190130 tot en met 190133 (interklinisch ic-transport en MICU-transport)
202589	Ten onrechte verwijderde registratievoorwaarden CCL weer opnemen in de regelgeving
202597	Aanpassing zorgactiviteiten in artikel 26 lid 2 Regeling medisch-specialistische zorg
202599	Tijdelijke overige zorgproducten voor protonentherapie in 2017 en 2018
202611	Aanpassing zorgactiviteit 190065 voor de RZ19
202616	Wijzigingen voor paramedische zorg
202617	Toelichten regelgeving over zorgtype 21 bij consultatieve psychiatrie en incongruente genderidentiteit