

Visiedocument

# **Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem**

november 2006



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Aanleiding en doelstelling</b>	<b>11</b>
<b>2. Wettelijk kader</b>	<b>15</b>
<b>3. Waarborgen publieke belangen en rol toezichthouder met betrekking tot het DBC-systeem.</b>	<b>17</b>
3.1 Publieke belangen en beoordeling van het DBC-systeem	17
3.2 Efficiënte markten op macro en micro niveau	18
3.3 Transparantie	23
3.4 Kwaliteit en toegankelijkheid	24
3.5 Administratieve lasten beperking	24
3.6 Confrontatie kader en de huidige werking van het DBC-systeem	25
<b>4. Criteria voor systeemverbetering</b>	<b>27</b>
4.1 De criteria	27
4.1.1 Start met vernieuwing	27
4.1.2 Criteria voor systeemtransparantie	28
4.1.3 Criteria voor doelmatigheid, efficiënte markten en transactiekosten	30
4.1.4 Criterium voor kwaliteit en innovatie in het systeem	34
4.1.5 Criteria voor werkproces systeemonderhoud	37
4.2 Toepassing en concretisering criteria	38
4.2.1 Toepassen van de criteria en het onderhoudsproces	38
4.2.2 Kwantitatief onderzoek en nadere concretisering van de criteria	41
4.2.3 Uitvoering verbeteringen (activiteitenplan 'DBC's eenvoudig beter')	42
4.2.4 Dossiereisen	42
<b>5. Rollen van onderhoudspartijen</b>	<b>43</b>
5.1 Rollen in het onderhoudsproces	43
5.2 Organisatie aanpak nieuwe opzet DBC-systeem	44
<b>Bijlagen</b>	<b>45</b>



## Vooraf

Sinds de invoering van het DBC-systeem in 2005 wordt aan de verbetering ervan gewerkt. Bij de invoering was bekend en aanvaard dat het systeem nog niet 'af' was. De Stichting DBC-Onderhoud heeft zich ingespannen om het DBC zo goed mogelijk te laten functioneren. In de afgelopen twee jaar zijn echter niet alleen kinderziekten, maar ook ontwerpfouten aan het licht gekomen.

Tevens is gebleken dat het onderhoudsproces zelf, dat in samenwerking tussen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en de Stichting DBC-Onderhoud (SDO) moet plaatsvinden, moeizaam is verlopen.

Beide ontwikkelingen zijn voor betrokken partijen aanleiding geweest om zich te bezinnen op zowel de onderlinge samenwerking als op een visie op de verdere ontwikkelrichting voor het DBC-systeem.

In dit visiedocument zijn criteria opgenomen die een richting proberen te geven voor die doorontwikkeling. Deze heroriëntatie op grond van de publieke doelen van het zorgstelsel doet niet af aan de inzet en inventiviteit waarmee de afgelopen jaren aan het DBC-systeem is gewerkt. Een vergelijkbare inspanning zal nodig zijn om tot verandering te komen.

De criteria zijn uiteraard niet 'voor de eeuwigheid', maar zullen periodiek aangepast moeten worden.

Bij de totstandkoming van dit visiedocument heeft overleg plaatsgevonden met het CVZ en de Stichting DBC-Onderhoud. Tevens zijn marktpartijen en onafhankelijke deskundigen in een hoorzitting om hun mening gevraagd. Het visiedocument en de daarin verwoorde criteria en opvattingen vallen onder de verantwoordelijkheid van de NZa.



## Managementsamenvatting

### *Aanleiding*

De invoering van het DBC-systeem heeft plaatsgevonden in 2005. Daar ging een lange periode van ontwikkeling aan vooraf, waarbij vooral marktpartijen de inhoud van het systeem hebben bepaald.

Na de invoering is gebleken dat het systeem op een aantal punten moet worden aangepast.

Een tweede belangrijke aanleiding om tot een aangescherpt toetsingskader te komen is gelegen in de bevindingen van de NZa bij het onderzoek naar de DBC-declaraties dat op verzoek van VWS is uitgevoerd. De conclusies van dat onderzoek<sup>1</sup> tonen aan dat het DBC-systeem in de basis zo ontworpen is dat de controle op declaraties ernstig wordt bemoeilijkt. Ook bestaan er daardoor risico's voor het gebruik van het DBC-systeem voor de bekostiging van medisch specialistische zorg. Het DBC-systeem schiet tekort op het aspect van de systeemtransparantie.

Deze ontwikkelingen zijn voor de NZa aanleiding geweest om beoordelingscriteria te ontwikkelen die moeten waarborgen dat het DBC-systeem zich ontwikkelt in een richting die dienstbaar is aan de publieke doelstellingen, zoals die ook in de wettelijke taken van de NZa zijn genoemd:

- efficiënte markten zowel op macro- als microniveau;
- transparantie;
- toegankelijkheid en kwaliteit;
- beperking administratieve lasten.

Deze publieke doelstellingen vormen de operationele vertaling van het consumentenbelang, dat in de algemene taakomschrijving van de NZa is vastgelegd.

Wettelijke borging van het systeem blijft in de Wmg plaatsvinden.

### *Invoeren marktwerking*

De invoering van de DBC systematiek had als doel om meer marktwerking in de zorgsector mogelijk te maken door duidelijke producten te introduceren waarover verzekeraars en aanbieders konden onderhandelen. Dergelijke onderhandelingen vergen eenduidig omschreven en herkenbare prestaties. Daarbij zou voor patiënten, aanbieders en verzekeraars een duidelijker relatie tussen prijs en prestatie tot stand moeten komen. De invoering van marktwerking is echter geen doel op zich, maar een middel om de publieke doelen zoals hierboven genoemd te helpen verwezenlijken. Uiteindelijke doel van het nieuwe zorgstelsel is dat de consument waar voor zijn geld krijgt. In dit toetsingskader gaat het niet om een tegenstelling tussen publieke doelstellingen en de doelstellingen van het DBC-systeem. Het gaat er om het DBC-systeem zo aan te passen dat de doelstellingen die voor de DBC-invoering zijn geformuleerd passen in het kader van de publieke doelen.

---

<sup>1</sup> NZa-rapport 'Declaraties Beter Controleerbaar', augustus 2006

Op 4 september 2006 heeft de Minister van VWS de brief 'Ruimte voor betere zorg' uitgestuurd. Hierin wordt het perspectief neergezet van een aanzienlijke mate van liberalisering van de bekostiging van de ziekenhuiszorg. De NZa is van mening dat de verbeteringen van het DBC-systeem die als gevolg van de toepassing van dit toetsingskader tot stand worden gebracht, deze liberalisering moeten ondersteunen. De voorganger van de NZa, CTG/ZAio, heeft eerder in de uitvoeringstoets ziekenhuisbekostiging 'De Zichtbare Hand' voorgesteld te komen tot een ander model van bekostiging van de medisch specialistische zorg dat de huidige FB systematiek en de lumpsum moet vervangen. In deze lijn doorgedacht moeten de in te voeren verbeteringen van het systeem daaraan ondersteunend zijn. Het toetsingskader beoogt niet om centrale regelgeving en regulering als einddoel neer te zetten. Het DBC-systeem zal het echter mogelijk moeten maken om meer vrijheidsgraden aan marktpartijen over te laten. Daartoe zijn aanpassingen in het systeem vereist.

### *Toetsingscriteria*

De criteria zijn bedoeld als een ex ante selectie criterium en prioriteitsstelling voor het uitwerken van benodigde aanpassingen. De criteria zijn in vier groepen opgedeeld.

- Criteria voor systeemtransparantie  
Een aantal criteria heeft betrekking op het DBC-systeem als zodanig. Aanpassing van het systeem op korte termijn moet resulteren in het voldoen aan de eisen. Vanzelfsprekend blijven deze eisen van kracht.
- Criteria voor doelmatigheid, efficiënte markten en transactiekosten  
Een tweede groep van criteria heeft betrekking op het opnemen van wijzigingen binnen de DBC-systematiek. Deze criteria zijn meer open geformuleerd.
- Criterium voor kwaliteit en innovatie  
Innovatie en kwaliteitsverbetering zijn van belang in de systematiek. Tegelijk moet ook hier echter een te grote mate van detaillering worden tegengegaan.
- Criteria voor het werkproces  
De laatste groep criteria tenslotte is meer procedureel van aard en geeft weer waaraan het onderhoudsproces moet voldoen.

Het gegeven dat de criteria gedeeltelijk uit open normen bestaan, houdt in dat de NZa een afwijkingsbevoegdheid heeft. Dat is bij alle beleidsregels het geval. Afwijken van een beleidsregel, i.c. de in dit document genoemde criteria kan echter slechts dan plaatsvinden als onverkorte toepassing van het criterium onevenredige gevolgen zou hebben. Een dergelijk onevenredig gevolg kan bijvoorbeeld zijn dat aanbieders een substantieel financieel nadeel ondervinden, dat patiënten niet de zorg krijgen waar ze recht op hebben of dat ontwikkeling van de zorg niet mogelijk is. Bij een verzoek om af te wijken van criteria zal altijd moeten worden gemotiveerd waarom toepassing van het criterium een dusdanig onevenredig negatieve uitwerking zou hebben dat afwijken van het criterium voor de hand ligt. Ten behoeve van besluitvorming (zie 4.2.1.) hierover moet de onderbouwing zodoende aan eisen voldoen die in feite verbijzonderen wat in de criteria van dit toetsingskader staat uitgewerkt.

De criteria zullen aan de hand van kwantitatief onderzoek nader moeten worden onderbouwd en operationeel gemaakt. Dit proces zal deels parallel lopen met de activiteiten die in het kader van de systeemverbetering noodzakelijk zijn. Aparte aandacht is nodig voor de wijze waarop innovatie in de systeemontwikkeling een plaats krijgt. Dat



behoeft expliciet aandacht om het DBC-systeem aansluiting te laten behouden bij de ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod. Dit toetsingskader zal periodiek worden geëvalueerd. Ervaringen met toepassing van het kader zullen worden benut om het kader en de criteria te optimaliseren.

#### *Projectmatige aanpak verbeteringsstappen*

Bij het doorvoeren van aanpassingen gaat SDO uit van de door de publieke organen gestelde kaders zoals onder andere vastgelegd in dit visiedocument. SDO is van mening dat het kader en de criteria werkbaar zijn.

De rolverdeling van de onderhoudspartijen is als volgt. De NZa stelt vast of het DBC-systeem voldoet aan de eisen die daaraan vanuit publieke belangen worden gesteld. Het CVZ is verantwoordelijk voor de advisering of een DBC gerekend mag worden tot de verzekerde zorg. SDO vormt de schakel tussen dit publieke kader en de ontwikkelingen die zich uiteraard in het private veld manifesteren. Daarbij hebben de onderhoudspartijen voor ogen dat doublures in de werkzaamheden moeten worden voorkomen en dat wordt vermeden dat de onderhoudsorganisaties onderling nadelen ondervinden van niet afgestemde besluitvormingsprocedures. De onderhoudspartijen wensen juist zo te werken dat het werk van de ander wordt vergemakkelijkt.

Om aan de samenwerking in de onderhoudsketen op grond van de hiervoor beschreven visie invulling te geven, gaan partijen uit van de volgende processen:

- De NZa en het CVZ stellen wat betreft het DBC-systeem kaders vast. Door de kaders op voorhand te definiëren wordt bereikt dat eventuele bijstellingen op voorhand kunnen plaatsvinden. Voorkomen wordt dat achteraf zou moeten worden vastgesteld dat correctie niet meer mogelijk is. In het visiedocument zijn die kaders nader uitgewerkt.
- SDO hanteert die kaders bij het ontwikkelen en opleveren van de producten. De werkzaamheden van SDO zijn via vastgelegde procedures en afspraken toetsbaar. SDO draagt zorg voor een kwaliteitsborging via een daartoe op te stellen normenkader en rapporteert daarover periodiek.
- De NZa toetst het eindresultaat aan de vastgestelde kaders en criteria en neemt besluiten op grond van Wmg waardoor vastlegging in wettelijke regels plaatsvindt. Vanwege deze werkwijze kan de toetsing zoveel mogelijk van procesmatige aard zijn. Dubbele werkzaamheden worden voorkomen.
- CVZ beoordeelt de voorstellen van SDO op basis van zijn eigen beoordelingskader en adviseert de minister van VWS over aanmerking van een DBC als verzekerde of onverzekerde zorg.

#### *Aanpak ontwikkeling nieuw DBC-systeem*

De NZa, het CVZ en SDO zullen tegelijk met dit visiedocument een advies uitbrengen over de uitvoering van voorstellen ter verbetering van het DBC-systeem volgens het gezamenlijke activiteitenplan van de marktpartijen. Dit plan zal de komende tijd nader worden uitgewerkt waarbij de concretisering wordt bepaald door de richting die in dit visiedocument is weergegeven.



## 1. Aanleiding en doelstelling

De invoering van het DBC-systeem heeft plaatsgevonden in 2005. Daar ging een lange periode van ontwikkeling aan vooraf, waarbij vooral marktpartijen de inhoud van het systeem hebben bepaald.

Na de invoering is gebleken dat het systeem op een aantal punten moet worden aangepast. Hiervoor hebben marktpartijen suggesties aangedragen die door de Stichting DBC-Onderhoud (SDO) in een aantal wijzigingsrondes zijn uitgewerkt.

Het DBC-systeem kent in zijn huidige vorm een aantal tekortkomingen. Bovendien heeft het ontwikkelproces sinds begin 2005 een ad hoc-karakter gehad, waardoor de toetsing van het DBC-systeem aan eisen die vanuit de publieke belangen moeten worden gesteld, onvoldoende heeft kunnen plaatsvinden. Om het werkproces rond de toetsing te verbeteren heeft de NZa samen met SDO en het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) een document opgesteld over de samenwerking bij de verdere ontwikkeling van het DBC-systeem. Daarin spreken de organisaties uit hun publieke en private taken en verantwoordelijkheden voldoende tot hun recht te laten komen en de samenwerking vanuit een nieuwe visie gestalte te geven. SDO is in die visie verantwoordelijk voor de inhoudelijke ontwikkeling van het systeem, het CVZ en de NZa hebben ieder publieke verantwoordelijkheden. Het totale onderhoud is gebaat bij heldere beschrijving van ieders taken en verantwoordelijkheden, zowel afzonderlijk als in samenhang. In de notitie is opgenomen dat de NZa een beoordelingskader en criteria zal formuleren die voor SDO leidend zijn voor de werkzaamheden bij het ontwikkelen van wijzigingen in het DBC-systeem. Hiermee willen partijen een einde maken aan de in de praktijk gegroeide situatie waarbij toetsing van systeemaanpassingen door de NZa alleen achteraf kan plaatsvinden en onder druk staat van het voorafgaande proces. Op 18 juli 2006 is deze notitie aan VWS aangeboden (bijlage 1).

Een tweede belangrijke aanleiding om tot een aangescherpt toetsingskader te komen, is gelegen in de bevindingen van de NZa bij het onderzoek naar de DBC-declaraties dat op verzoek van VWS is uitgevoerd. De conclusies van dat onderzoek<sup>2</sup> tonen aan dat het DBC-systeem een aantal basale ontwerpfouten kent die controle op declaraties ernstig bemoeilijken en die risico's inhouden voor het gebruik van het DBC-systeem voor de bekostiging van medisch specialistische zorg. Het DBC-systeem schiet ernstig tekort op het aspect van de transparantie.

In juni 2006 hebben marktpartijen en VWS het plan "DBC's eenvoudig beter, de kunst van het weglaten" opgesteld. Daarin worden op hoofdlijnen systeemwijzigingen voorgesteld die gericht zijn op de door alle betrokken ervaren noodzaak tot vereenvoudiging. In september 2006 hebben de gezamenlijke marktpartijen het activiteitenplan 'DBC's eenvoudig beter' aangeboden aan de Minister van VWS. Marktpartijen nemen dit initiatief vanuit de intentie om de DBC-systematiek beter te laten aansluiten op de praktijk van zorg. Daarnaast hebben ook de marktpartijen de intentie een hanteerbaar instrument tot stand te brengen voor de bekostiging, prijsstelling en declaratie van zorg. De NZa heeft vanuit zijn publieke taken eisen te stellen aan de inhoud en

<sup>2</sup> NZa-rapport 'Declaraties Beter Controleerbaar', september 2006

werking van het DBC-systeem. De NZa heeft bovendien de verantwoordelijkheid het DBC-systeem wettelijk te verankeren. Een goed werkend DBC-systeem beantwoordt zowel aan de dynamiek vanuit de inhoud van de zorg als aan de eisen die vanuit het publiek belang worden gesteld. De ontwikkeling van het DBC-systeem vindt binnen dit krachtenveld plaats.

Deze elementen zijn verwerkt in het toetsingskader en de criteria die nu voorliggen. Het in dit document uitgewerkte kader is een vervolg op en aanvulling van de criteria die in 2005 door CTG/ZAio en het CVZ zijn ontwikkeld. Daarbij wordt nu vooral naar een aantal systeemkenmerken gekeken. Het CVZ heeft in juni 2006 een procesbeschrijving opgesteld waarin het beschrijft op basis van welke informatie beoordeling van DBC's op de verzekerde prestatie volgens de Zorgverzekeringswet door CVZ plaatsvindt.

### **Taken van NZa, CVZ en SDO**

In dit toetsingskader worden de publieke belangen vertaald naar criteria die bij de toetsing van de DBC-systematiek en de DBC's zelf worden gebruikt. Het CVZ en de NZa zijn de bij wet aangewezen organen om de publieke belangen te waarborgen. Daarbij gaat het niet om een tegenstelling tussen wat marktpartijen willen en wat goed is voor de publieke zaak, maar om een evenwichtige belangenafweging tussen de belangen van patiënten, verzekeraars en aanbieders. Voor het CVZ komt deze belangenafweging tot uitdrukking in zijn taak tot pakketbeheer. Het CVZ moet beoordelen of een behandeling gerelateerd aan een diagnose gerekend kan worden tot het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet. Dit gebeurt aan de hand van de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

De NZa heeft taken van marktordening en toezicht waarbij zij publieke belangen als doelmatigheid, kwaliteit en transparantie centraal zet. Beider taakuitoefening schetst de buitengrenzen waarbinnen het DBC-systeem tot ontwikkeling en uitvoering komt.

SDO heeft eigen taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van het DBC-systeem en hanteert daarbij verschillende doelstellingen bij het tot stand brengen van systeemaanpassingen zoals systeemtransparantie en hanteerbaarheid, herkenbaarheid van producten voor patiënten, verzekeraars en aanbieders, kostenhomogeniteit, innovatie op basis van evidence based werken, aansluiting houden bij de dynamiek in het veld etc.

Dit toetsingskader belicht vooral het beoordelen van het systeem door de NZa uit dit geheel. Het kader is in overleg tussen de genoemde onderhoudspartijen tot stand gekomen. In de ogen van SDO ligt er een werkbaar toetsingskader en ook het CVZ heeft ingestemd. Gelet op taken en bevoegdheden is het het toetsingskader van de NZa. Gezien de fase waarin de marktwerking in de gezondheidszorg en daarmee samenhangend de DBC ontwikkeling zich bevindt, zal ook het toetsingskader een dynamisch karakter moeten hebben. Daarbij zal binnen de publieke uitgangspunten gezocht worden naar de juiste balans tussen bestendige duidelijkheid voor alle partijen en de benodigde mate van dynamiek aansluitend op ontwikkelingen in de markt.

Dit document gaat voornamelijk in op de DBC-systematiek in de curatieve zorg, zoals die in 2005 voor de medisch specialistische zorg is ingevoerd. Het toetsingskader zal echter ook worden gehanteerd voor het omschrijven van zorg in DBC's die categorale instellingen binnen de

curatieve zorg leveren, en voor de DBC's op het terrein van de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ). Het toetsingskader moet eraan bijdragen dat over de sectoren heen de systematiek van DBC's zoveel mogelijk dezelfde is.

### **Relatie met de brief 'Ruimte voor betere Zorg'**

Op 4 september 2006 heeft de Minister van VWS de brief 'Ruimte voor betere zorg' uitgestuurd. Hierin wordt het perspectief neergezet voor een aanzienlijke mate van liberalisering van de bekostiging van de ziekenhuiszorg. De NZa is van mening dat de verbeteringen van het DBC-systeem die als gevolg van de toepassing van dit toetsingskader tot stand worden gebracht, deze liberalisering moeten ondersteunen. Het DBC-systeem moet op orde zijn om de markt goed te laten werken. De voorganger van de NZa, CTG/ZAio, heeft eerder in de uitvoeringstoets ziekenhuisbekostiging 'De Zichtbare Hand' gepleit voor een ander model van bekostiging van de medisch specialistische zorg dat de huidige FB systematiek en de lumpsum moet vervangen. De NZa staat nog steeds achter deze visie en meent dat een herzien DBC-systeem hierbij geschikt is als systeem voor prestatiebekostiging.

### **Tot stand komen visiedocument**

Het nu voorliggende visiedocument is tot stand gekomen in overleg met SDO en het CVZ. De NZa heeft op 18 oktober een hoorzitting gehouden waar de marktpartijen en enkele externe deskundigen hun opvattingen over het toetsingskader hebben gegeven. De opmerkingen die tijdens die hoorzitting zijn gemaakt zijn in dit visiedocument verwerkt.<sup>3</sup> De inhoud van dit visiedocument blijft echter volledig de verantwoordelijkheid van de NZa.

---

<sup>3</sup> Een verslag van die hoorzitting is te vinden op de website van de NZa, [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



## 2. Wettelijk kader

Het DBC-systeem was bij de invoering wettelijk verankerd in de WTG. Vanuit een oogpunt van regulering is voor het declareren van DBC-tarieven artikel 2 van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) leidend. Dat zegt, kort samengevat, dat het verboden is een tarief (of prestatiebeschrijving zonder tarief) te declareren, dat niet is goedgekeurd door CTG/ZAio. Op 1 oktober 2006 is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) in werking getreden en heeft de NZa regulerende en toezichthoudende taken. Op grond van de WTG kon CTG/ZAio nadere regels of beleidsregels vaststellen voor de declaratie van tarieven. Deze bevoegdheid is per 1 oktober overgegaan naar de Wmg en de NZa. Voor de DBC-declaraties zijn dergelijke declaratiebepalingen vastgesteld. Deze declaratiebepalingen verwijzen naar de geldende typeringsinstructies. Daarmee hebben de typeringsinstructies het karakter van een wettelijk voorschrift en is afwijking daarvan aan te merken als een overtreding van artikel 2 van de WTG. De typeringslijsten en instructies die de DBC systematiek bepalen hebben dus geen vrijblijvend karakter, maar zijn wettelijk verankerd. De praktijk van het DBC-systeem tot nu toe laat zien dat er geen inhoudelijke toets op de instructies en typeringslijsten plaatsvindt en dat

**Tabel 1**

Regel	Wettelijke basis
Typeringsinstructie	Beleidsregel declaratiebepalingen Art. 11 WTG/ 35, 36,37 Wmg
Validatie	Beleidsregel declaratiebepalingen Art 11 WTG/35, 36, 37 Wmg
Kaderregeling normatieve AO/IC	Nadere regel Art 11 WTG/35, 36, 37 Wmg

Naast de declaratiebepalingen heeft CTG/ZAio een nadere regel vastgesteld, die aanbieders verplicht de administratieve organisatie en interne controle rond het declaratieproces volgens bepaalde normen in te richten. Dit is de kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) inzake DBC-registratie en -facturering. De Wmg kent de NZa dus de bevoegdheid toe regels vast te stellen waaronder declaratiebepalingen<sup>4</sup>. In onderstaande tabel is de formele basis en de inhoudelijke invulling van de regelgeving weergegeven.

Het wettelijk vastleggen van het DBC-systeem door middel van beleidsregels impliceert dat de NZa ook de instructies, die de facto als declaratiebepalingen kunnen worden aangemerkt, moet vaststellen. Het spreekt voor zich dat voor vaststelling daarvan een onafhankelijke toetsing op grond van algemene, aanvaarde criteria noodzakelijk is.

<sup>4</sup> WTG beleidsregels en nadere regels worden bij de invoering van de Wmg overgenomen en waar nodig later aangepast.





### 3. Waarborgen publieke belangen en rol toezichthouder met betrekking tot het DBC-systeem

#### 3.1 Publieke belangen en beoordeling van het DBC-systeem

De algemene eisen die aan een bekostigingssysteem als de DBC's gesteld moeten worden komen voort uit de publieke belangen die met de Wet marktordening gezondheidszorg en de verzekeringswetgeving zijn meegegeven. De NZa heeft deze ook als strategische speerpunten van de NZa geformuleerd:

- Efficiënte markten zowel op macro- als microniveau
- transparantie
- toegankelijkheid en kwaliteit
- beperking administratieve lasten.

Deze publieke doelstellingen vormen de operationele vertaling van het consumentenbelang, die in de algemene taakomschrijving van de NZa is vastgelegd.

De invoering van de DBC-systematiek had als doel om meer marktwerking in de zorgsector mogelijk te maken door duidelijke producten te introduceren waarover verzekeraars en aanbieders konden onderhandelen. Dergelijke onderhandelingen vergen eenduidig beschreven en herkenbare prestaties. Daarbij zou voor patiënten, aanbieders en verzekeraars een duidelijker relatie tussen prijs en prestatie tot stand moeten komen. De invoering van marktwerking is echter geen doel op zich, maar een middel om de publieke doelen zoals hierboven genoemd te helpen verwezenlijken. Uiteindelijk moet het nieuwe zorgstelsel ertoe leiden dat de consument waar voor zijn geld krijgt in de zin van kwalitatief goede en betaalbare zorg op het moment dat hij erop is aangewezen. In dit toetsingskader gaat het dan ook niet om een tegenstelling tussen publieke doelstellingen en de doelstellingen van het DBC-systeem. Het gaat er om het DBC-systeem zo aan te passen dat de doelstellingen die voor de DBC invoering zijn geformuleerd binnen het raamwerk van het consumentenbelang en daarvan afgeleide publieke doelen passen.

In de praktijk blijkt het hanteren van de DBC-systematiek een aantal knelpunten op te leveren. In die zin dienen de eisen van systeemtransparantie en hanteerbaarheid aan de eisen aan het DBC-systeem te worden toegevoegd. Daarnaast moet bij het doorontwikkelen van het systeem uitdrukkelijk worden geborgd dat er aansluiting is bij ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod en bij internationale ontwikkelingen.

De publieke belangen, die via het wettelijk reguleringskader door de NZa moeten worden bewaakt, vormen het toetsingskader voor het DBC-systeem. Hieronder wordt nader op de verschillende elementen ingegaan. In hoofdstuk 4 van dit visiedocument vindt een vertaling van het toetsingskader plaats naar (operationele) criteria .

### 3.2 Efficiënte markten op macro en micro niveau

Bekostigingssystemen en tariefsystemen verschillen theoretisch in de mate waarin ze doelmatigheidsprikkels kennen. Er zijn verschillende systemen mogelijk die in onderstaande tabel worden toegelicht.

tabel 2

tariefsysteem	kenmerk	doelmatigheidsprikkel
<u>Abonnementsysteem</u> ('capitated fee') voorbeeld: – vergoeding huisartsen voor ziekenfondspatiënten tot 2006 – verzekeraarsbudgettering	Aanbieder ontvangt een vast bedrag per ingeschreven verzekerde, ongeacht het aantal behandelingen.	Hoog. De aanbieder loopt volledig risico op de kosten en heeft een grote prikkel om het aantal (dure) verrichtingen te beperken.
<u>Budget systeem</u> voorbeeld: – budgettering lumpsum	Aanbieder ontvangt een budget gebaseerd op een aantal globale parameters	Hoog. Mits er achteraf geen verrekening plaatsvindt van kosten (nacalculatie), heeft de aanbieder heeft een prikkel om de kosten lager te houden dan het budget. Aanbieder loopt risico over aantal verrichtingen en de kosten ervan.
<u>Case payment systeem</u> voorbeeld: Diagnosis Related Groups (DRG)	Aanbieder ontvangt een vast bedrag per behandelde patiënt gebaseerd op de gemiddelde kosten van de desbetreffende diagnose, ongeacht het aantal verrichtingen.	Voldoende. De aanbieder heeft een sterke prikkel om, gegeven de diagnose, voor de goedkoopste behandeling te kiezen en het aantal verrichtingen beperkt te houden.
<u>Verrichtingsysteem</u> ('fee for service') voorbeeld: – honorering specialisten (zonder lumpsum) tot 2005 – tandartsen	De aanbieder declareert een vergoeding voor iedere geleverde diagnostische en therapeutische verrichting.	Laag. De aanbieder wentelt het volledige volumerisico af op de verzekeraar/patiënt en heeft geen enkele prikkel om het aantal verrichtingen te beperken. Indien de tarieven de gemiddelde (integrale)kosten per verrichting dekken ontbreekt iedere prikkel om goedkopere behandelmethoden te substitueren voor duurdere.

Uiteraard is doelmatigheid niet alleen afhankelijk van het bekostigingssysteem, maar ook van de mate waarin marktwerking tot stand komt. Bovendien is kwaliteit een belangrijke factor en zou een beoordeling van bekostigingssystemen ook de kwaliteit-prijs verhouding moeten meenemen. Tenslotte is het beeld dat in deze tabel wordt neergezet niet helemaal zwart-wit. Budget en lumpsum systemen werken kostenbesparend maar kunnen ook leiden tot wachtlijsten. Een verrichtingsysteem kan ook een goede prikkel zijn om onderproductie op te lossen wat ook een doelstelling van het DBC-systeem was. Het gaat echter om een beeld van de positionering van de DBC-systematiek ten opzichte van andere bekostigingssystemen zonder a priori een voorkeur voor een systeem uit te spreken. Echter, het formuleren van criteria voor een bekostigings- en tarifieringssysteem brengt met zich mee dat niet alle systemen aanvaardbaar zijn, c.q. aan de eisen zullen voldoen.

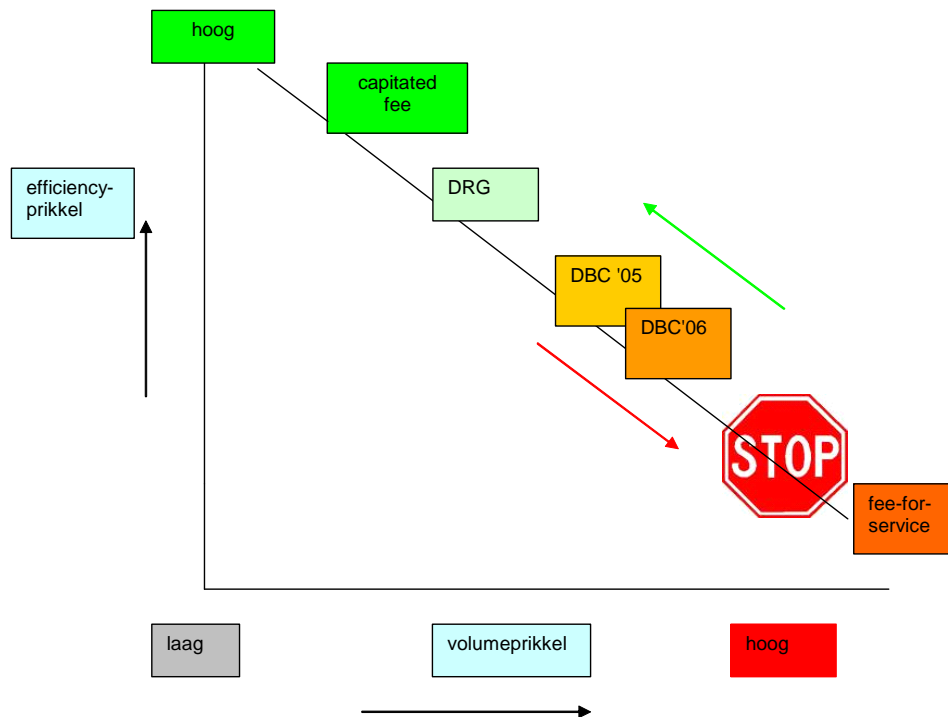
Abonnement- en budgetsystemen kennen een bekostiging die is losgekoppeld van door de aanbieder geleverde prestaties. Bij casepayment- en verrichtingsystemen is er een één-op-één relatie tussen het aantal geleverde prestaties en de vergoeding. Het DBC-systeem is een vorm van een case-paymentsysteem. Ook de DRG-systematiek is daarvan een voorbeeld. DRG's zijn in meerdere landen in gebruik als bekostigingssysteem. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van een hanteerbaar aantal groepen die zowel kosten-homogeen als medisch herkenbaar zijn. De DRG-systematiek leidt een DRG ex post af uit de diagnoseclassificatie en de verrichtingen. Daarbij wordt rekening gehouden met de ernst van de aandoening van de patiënt. De DRG's zijn aanvankelijk vooral voor de klinische en dagbehandelingsproductie ontwikkeld, maar in de moderne DRG-systemen kunnen zowel de opgenomen patiënten als de poliklinische patiënten worden meegenomen.

Het huidige DBC-systeem houdt het midden tussen een 'case-payment' systeem en een verrichtingenmodel. Het huidige DBC-systeem heeft kenmerken van een verrichtingsysteem die de prikkel tot doelmatigheid verlagen ten opzichte van bijvoorbeeld een DRG-systeem of een budgetsysteem. Kenmerkend verschil is dat de DBC-systematiek ex ante diagnoses stelt die overigens pas bij afsluiten van de DBC definitief worden. Daarnaast wordt gewerkt met specialismespecifieke typering in plaats van een uniforme diagnoseclassificatie. Bij de verbetering van het DBC-systeem is het zinvol rekening te houden met de verworvenheden van het DRG-systeem.

In het algemeen genomen kent een verrichtingsysteem een geringe prikkel tot doelmatigheid omdat de aanbieder het volumerisico afwentelt (voor zover het individuele verrichtingen bij eenzelfde patiënt betreft). Tegenovergesteld zijn budgetsystemen (global budget) en het abonnementsysteem (capitated fee) waarbij de aanbieder een vast bedrag per verzekerde/ patiënt ontvangt ongeacht de behandelingen. In dergelijke systemen ligt er een hoge prikkel voor doelmatigheid bij de aanbieder. Een risico bij een abonnementsysteem of een budgetsysteem is onderproductie en het ontstaan van wachtlijsten. Dit heeft zich bij de FB en lumpsum systematiek voorgedaan en dit is een belangrijke drijfveer geweest om over te gaan op vormen van prestatiebekostiging. Ook kan bij een te eenzijdige sturing op doelmatigheid verschraving van het zorgaanbod optreden. Verrichtingsystemen kennen echter een potentieel risico tot overproductie en ondoelmatig gedrag bij de zorgaanbieder. Ook is 'supply induced demand' (aanbodgestuurde vraag) een groot risico.

In onderstaand schema is schematisch geïllustreerd hoe de verschillende bekostigingssystemen zich globaal verhouden. Het schema geeft een 1 dimensionale vergelijking tussen de verschillende systemen op het punt van systeem-eigen prikkels voor doelmatigheid.

Figuur 1



Het DBC-systeem heeft naar de mening van de NZa sinds de invoering in 2005 door opeenvolgende aanpassingen meer het karakter van een verrichtingsstelsel gekregen dan het bij de introductie van het systeem had. De typeringslijsten van een aantal specialismen kennen alleen of voornamelijk een verrichtingenlijst. Bovendien is een aantal behandelitems vooral opgenomen vanwege het verschil in tijdsbesteding van de specialist en niet primair vanuit een oogpunt van kostenbeslag. Dit dateert overigens al van voor de invoering. Nieuwe ontwikkelingen als het DBC-consult en de klinisch zonder dagen DBC leiden ook tot versnippering van de DBC's. Tegen de achtergrond van de doelmatigheidsdoelstelling is dat een ongewenste ontwikkeling. In een goed werkende markt zou doelmatigheid door marktwerking tot stand worden gebracht. Daarvan kan echter pas sprake zijn als het DBC-systeem voldoende transparant is en de goede prikkels bevat.

Een tweede punt van kritiek betreft de onderbouwing van de DBC-tarieven in termen van kosten. Bij de invoering van het systeem is te weinig aandacht besteed aan een goede onderbouwing van tarieven, omzet en volume. Daardoor hadden zorgverzekeraars weinig inzicht in de verwachte schadelast en was er in 2005 sprake van sterke schommelingen in de financiering.

Bij de onderbouwing van de DBC's vanuit kosteneffectiviteit en doelmatigheid is een aantal aspecten van belang:

- dekking van kosten en honorarium
- clustering in productgroepen
- uitval
- toekomstige bekostiging
- adequate honorering van de inzet van de (vrijgevestigde) medisch specialist als randvoorwaarde
- sequentiële en parallelle DBC's.

*Dekking van kosten en honorarium*

De DBC's als financieringssysteem dienen ter dekking van de kosten van de zorgaanbieders (inclusief het honorarium van de medisch specialisten). Uit het rapport 'Verbeteren door vereenvoudigen' van de NVZ is te lezen dat 9% van de DBC's 80% van de kosten dekt. Er is dus een sterk afnemende meerwaarde voor het toevoegen van aparte DBC's, trajecten e.d. Er is uiteraard een wisselwerking tussen kosten, tarief en het aantal DBC's. In het uiterste geval telt iedere diagnostische of therapeutische verrichting als een DBC en wordt daarmee apart declarabel. Daarmee zou het DBC-systeem, dat qua uitgangspunt een 'casepayment' systeem is, weer terug zijn bij een verrichtingenvergoeding. De wijzigingen sinds de invoering hebben geleid tot het uitbreiden van het aantal DBC's. Het alternatief, een beperking van het aantal, maakt het systeem beter werkbaar en minder privacygevoelig. Een dergelijke vermindering is te realiseren door uniformering en vereenvoudiging van de typering. Een groot aantal DBC's is ook niet noodzakelijk voor de kostentoekening. Uiteindelijk zullen de exploitatiekosten van instellingen in de DBC-prijzen worden opgenomen, onafhankelijk van het aantal DBC's.

Een verdere kanttekening is, dat de verhouding kosten/honorarium, macro gezien, ongeveer 85/15 is. De honorariumeffecten zullen meer in overeenstemming moeten worden gebracht met hun relatieve belang. Dit is zeker van belang als in de toekomst wordt overgegaan naar integrale tarieven als basis voor een modernere regulering. In de VWS-brief "Ruimte voor betere zorg" is inmiddels aangegeven dat in de toekomst wordt overgegaan naar integrale tarieven als basis voor effectieve regulering. Daarbij wordt de bestaande budget- en lumpsummethodiek verlaten.

*Clustering in productgroepen*

De DBC's in het A-segment zijn geclusterd in productgroepen. Dat is vooral om praktische redenen gebeurd. Er was bij de invoering onvoldoende informatie om alle DBC's van een eigen onderbouwd tarief te voorzien. Daar kwamen voor 2005 de eisen van het CBP overheen. De productgroepen zijn ook bedoeld als hulpmiddel bij onderhandelingen.

In de verbeterplannen van marktpartijen wordt gesproken over het individueel declareren van DBC's. Dat gebeurt nu ook, alleen het bijbehorende tarief in het A-segment wordt bepaald door het gemiddelde tarief van de productgroep. Het gebruik van het productgroepgemiddelde heeft voor- en nadelen. Belangrijkste nadeel is de individuele afwijking van de casemix, waardoor voor- en nadelen in opbrengst kunnen ontstaan. Bij een systeem van vaste tarieven is dit vrijwel niet te voorkomen vanwege de administratieve lasten die tarifiering per DBC (bij een hoog aantal, zoals in het huidige systeem) met zich mee zou brengen. Een ander nadeel is dat de relatie tussen tarief en kosten van een individuele DBC door de productgroepbenadering wordt verstoord door een te geringe kostenhomogeniteit.

Bij overgang op vrij onderhandelbare tarieven, zoals het voornemen is bij de verdere liberalisering van de bekostiging van de medisch specialistische zorg, ligt landelijke clustering niet voor de hand en kan dat beter tussen aanbieder en verzekeraar worden gedaan in het kader van de prijsafspraken. Dat biedt ook de mogelijkheid voor de aanbieder om in de prijzen zijn eigen casemix en kostenverhoudingen tot uiting te laten komen.

In afwachting van een gewijzigd bekostigingsregime zijn verschuivingen in productgroepen en toename van het aantal productgroepen niet gewenst vanwege het effect op tarieven.

Bij clustering van DBC-tarieven zijn in ieder geval de volgende elementen van belang bij de systeembeoordeling:

- vergelijkbaarheid van prestaties en prijzen;
- keuzemogelijkheid voor verzekeraars en patiënten en herkenbaarheid van producten;
- mogelijkheden voor aanbod en prijsdifferentiatie;
- keuzemogelijkheid voor aggregatieniveau van producten ten behoeve van volume- en prijsafspraken.

#### *Uitval*

De uitval bij instellingen (vooral bestaand uit niet aan DBC's te koppelen verrichtingen en segmentloze DBC's) wordt door de aanbieders als een knelpunt ervaren. Een oplossing hiervoor kan worden gevonden in uniformering en vereenvoudiging en directe afleiding van behandelingen uit de verrichtingenregistratie. Hierdoor is uitval te beperken. Uiteindelijk kan een (beperkt) percentage uitval als structureel gegeven beschouwd worden waarvoor in de kostentoerekening door het individuele ziekenhuis te gecorrigeerd kan worden. Dat zal zeker gaan gebeuren als de tarieven worden vrijgegeven. Uitval alleen is dus geen reden om meer detaillering te introduceren.

#### *Toekomstige bekostiging*

De toekomstige bekostiging van medisch specialistische zorg zal plaatsvinden met DBC's waarbij de gerechtvaardigde verwachting is dat daarbij meer tarieven zullen worden vrijgegeven dan nu het geval is. Recent heeft de minister van VWS dit bevestigd in zijn brief van 4 september 2006 aan de Tweede Kamer over liberalisering van de ziekenhuisbekostiging "Ruimte voor betere zorg". Een te grote mate van detaillering in het DBC-systeem leidt bij vrije tarieven tot onevenredig hoge transactiekosten. Ook voor de patiënt wordt de situatie onoverzichtelijk.

De verwachting is bovendien dat vrije prijsonderhandelingen een aantal knelpunten in de huidige tarifiering kunnen wegnemen. In de uitvoeringstoets over de bekostiging van de ziekenhuiszorg die de NZa begin 2006 heeft uitgebracht, wordt een model gepresenteerd dat is gebaseerd op vrije prijsonderhandelingen.

#### *Honorering specialist*

Aanpassingen in de DBC-systematiek zijn in de waarneming van de NZa mede gebaseerd geweest op het herkenbaar en declarabel maken van de specialistenhonorering. Gezien de kosten/schadelastverhoudingen (ongeveer 15% van de totale uitgaven van zorgverzekeraars heeft betrekking op honoraria, 85% op instellingskosten) ligt het voor hand om de specialistenhonorering onderdeel van integrale tarieven te laten zijn. De verdeling van de prijs over honorarium en kostencomponent zien wij als de verantwoordelijkheid van ziekenhuis en specialisten. Voor een dergelijke benadering is een goede basisregistratie nodig, zodat de inzet van de medisch specialist binnen de ziekenhuisorganisatie zichtbaar wordt. Hiermee neemt het aantal vrijheidsgraden voor de specialist en het ziekenhuis om de honorering onderling te regelen, fors toe.

*Sequentiële en parallelle DBCs*

Onduidelijkheid in de typering leidt er toe dat zorgaanbieders verschillend omgaan met het openen en sluiten van DBC's. Naast de prijzen van DBC's lijkt er nog een groter probleem ten aanzien van het volume van de DBC's. Met name het openen van parallelle DBC's kan grote vormen aannemen. Daarnaast leidt het gegeven dat pas gedeclareerd kan worden na het laatste controlebezoek tot het eerder sluiten van een DBC, met sequentiële DBC's als gevolg.

### 3.3 Transparantie

Transparantie van het systeem heeft vooral te maken met eenduidige uitkomsten. Toepassing van het DBC-systeem door zorgaanbieders moet leiden tot prestaties die voor de afnemers (zorgverzekeraars, consumenten) herkenbaar zijn. Concreet: gelijke of gelijksoortige diagnoses en behandeling moeten resulteren in dezelfde DBC, onafhankelijk van de zorgaanbieder.

De recente rapportage van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de declaraties 2005 wijst er op dat zorgverzekeraars te weinig inzicht hebben in de DBC-producten die door de zorgaanbieders worden geleverd. Daardoor kunnen zij hun taak van inkoop van doelmatige zorg niet waarmaken. De NZa heeft op verzoek van de minister van VWS<sup>5</sup> een onderzoek uitgevoerd naar het declaratiegedrag van aanbieders<sup>6</sup>. Daar komt uit naar voren dat het systeem in zijn huidige vorm te veel vrijheidsgraden kent om een uitspraak te kunnen doen over de vraag of er normafwijkend gedrag wordt vertoond door de aanbieders. De normen zijn niet helder genoeg geformuleerd. Dat versterkt het beeld dat het DBC-systeem in zijn huidige vorm te weinig evenwicht kent voor het gebruik als declaratiesysteem waarbij afnemers moeten kunnen controleren wat ze (in)kopen. In zijn beschrijving van prestatie-eenheden kent het DBC-systeem dus onvoldoende transparantie.

Een ander aspect van transparantie betreft het inzicht voor de patiënt/de verzekerde in de zorg, de prijs ervan en wie moet betalen (verzekerde zorg of onverzekerde zorg). In het DBC-systeem krijgt de patiënt geen inzicht in de onderliggende verrichtingen. De consument heeft behoefte aan inzicht in de gehele behandeling die bij een bepaalde diagnose wordt uitgevoerd en de verwachte prijs daarvan. Zo ontstaat voor de consument de mogelijkheid te vergelijken en te kiezen tussen aanbieders. Waar wordt welke zorg (in DBC-termen) geboden en wat is de beschikbaarheid ervan op enig moment en wat is de prijs-kwaliteitsverhouding. Dat de meeste zorg via de verzekeraar wordt gedeclareerd en betaald, doet aan de betekenis van transparantie voor de consument niet af. In het verlengde hiervan is een duidelijke factuur voor de consument van belang.

Transparantie heeft ook betrekking op de toegang tot en beschikbaarheid van gegevens en analyses daarop.

Tot nu toe is het niet mogelijk gebleken om brede analyses te doen op de DBC-informatie vanuit de DIS.

Analyses zijn van belang om de effecten van wijzigingen in de DBC systematiek te kunnen beoordelen.

<sup>5</sup> De brief van de minister van VWS van 7 juli 2006.

<sup>6</sup> Het NZa-onderzoeksrapport 'Declaraties Beter Controleerbaar'.

### 3.4 Kwaliteit en toegankelijkheid

Kwaliteit moet gemeten worden in termen van output en kwaliteitscriteria. Kwaliteitscriteria moeten waarborgen dat het streven naar doelmatigheid uiteindelijk niet leidt tot verschraling van zorg. Die kwaliteitscriteria zijn nog in ontwikkeling, maar toepassing ervan bij een systeem van prestatiebekostiging vergt ook weer uniforme toepassing van prestatie-eenheden. Daarnaast zou het DBC-systeem met meer inhoudelijke onderbouwing ook een normerende werking kunnen hebben als het gaat om kwaliteit van behandelprocessen. De profielen kunnen in beginsel gezien worden als een praktijkstandaard voor zorgprocessen.

Toegankelijkheid van zorg wordt primair gewaarborgd door de zorgverzekering. Er is een verzekeringsplicht voor de burger, een acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar en de laatste heeft een zorgplicht, die er uit bestaat dat hij gehouden is voldoende zorg in te kopen. Dat vereist op zich een goed functionerende zorginkoop en daarom ook goede prestatie-omschrijvingen. Indirect is transparantie dus van belang voor toegankelijkheid. Op langere termijn moet de toegankelijke zorg ook betaalbaar blijven. Toegankelijkheid is dus ook gebaat met efficiency.

### 3.5 Administratieve lasten beperking

Beperking van de administratieve lasten of transactiekosten moet voordelen opleveren voor de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de consument. Vertaald naar het DBC-systeem komt dit neer op het werken met een hanteerbaar aantal DBC's dat geregistreerd en gedeclareerd wordt en waarover onderhandeld moet worden. Patiënten moeten met relatief geringe inspanning relevante prijsinformatie kunnen raadplegen. Het systeem moet tenslotte op doelmatige wijze te onderhouden zijn.

Er is sprake van een spanningsveld tussen maximale transparantie en administratieve lasten. Maximale transparantie kan in principe worden bereikt door 'prestaties op maat'. Dat leidt al snel tot een exponentiele groei van het aantal DBC's, waardoor de administratieve lasten sterk toenemen. Uiteindelijk leidt een dergelijke ontwikkeling juist weer tot afname van de transparantie. Geen consument is in staat om uit meer dan 30.000 DBC's relevante (prijs-)informatie te halen, laat staan dat een zorgverzekeraar over een zo groot aantal DBC's kan onderhandelen met elk ziekenhuis in het land. In dit verband hechten aanbieders en verzekeraars overigens meer aan een logisch samenhangende productstructuur dan aan een opgelegde reductie van het aantal declarabele DBC's.

Een aspect van administratieve lasten is ook de onderhoudbaarheid van het systeem. Er is een grote administratieve inspanning nodig om voor een tariefsysteem met meer dan 30.000 verschillende prestatie-eenheden de prestatieomschrijvingen zelf en de tarieven up to date te houden. Het verzamelen van relevante kosteninformatie voor het bepalen van homogene DBC's is een administratieve last voor de aanbieders.<sup>7</sup> Daar komt bij dat het DBC-systeem alleen in Nederland wordt toegepast. Er is dus geen internationaal referentiekader beschikbaar. Om aansluiting te behouden vergt het DBC-systeem dus

---

<sup>7</sup> Voor DBC's die relatief weinig voorkomen is het lastig om representatieve kostengegevens te verzamelen. Dat vereist al snel een omvangrijke steekproef.



ook een uniforme basisregistratie die compatible is met de rest van de OECD-landen.

### **3.6 Confrontatie kader en de huidige werking van het DBC-systeem**

De invoering van het DBC-systeem heeft een belangrijke signaalwerking naar de markt gehad. Er is meer aandacht gekomen voor registratie van producten. Dat heeft ook geleid tot meer inzicht in en aandacht voor de zorgprocessen in de ziekenhuizen. Ook is een begin gemaakt met marktwerking. Uit de monitor over de werking van het B segment blijkt echter dat de beoogde resultaten van marktwerking nog beperkt zijn en dat er nog sprake is van marktfalen. Daarnaast constateert de NZa dat het DBC-systeem vanuit de publieke belangen gezien nog matig tot onvoldoende scoort. Gevolg hiervan is dat er serieuze tekortkomingen zijn om het DBC-systeem in zijn huidige vorm te hanteren als bekostigingsmodel.

Dat brengt met zich mee dat vanuit de publieke verantwoordelijkheden eisen moeten worden gesteld aan de opzet en werking van het DBC-systeem, alsmede aan de toepassing ervan door marktpartijen

In onderstaande tabel op de volgende pagina zijn de bevindingen nog eens samengevat.

tabel 3

Doelstelling	Belangrijkste systeemeisen	Huidige beoordeling
efficiency	<ul style="list-style-type: none"> <li>- volumerisico op verrichtingen bij aanbieder</li> <li>- systeem baseren op kosten</li> <li>- case-payment ipv verrichtingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onvoldoende; omdat de behandelingen mede de DBC bepalen, kan de aanbieder kosten en volumerisico afwentelen</li> <li>- matig; indeling van DBC's vindt vaak plaats op basis van honorarium i.p.v. integrale kosten</li> <li>- matig; behandelingen in de zin van deel-verrichtingen bepalen in veel gevallen de DBC</li> </ul>
transparantie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uniform gedefinieerde prestaties</li> <li>- controle mogelijkheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onvoldoende; instructies en typeringslijsten geven teveel interpretatievrijheid</li> <li>- matig; door interpretatieruimte is effectieve controle niet goed mogelijk</li> </ul>
kwaliteit en toegankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uniform gedefinieerde prestaties t.b.v. vergelijking kwaliteitsindicatoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onvoldoende, zie hierboven; teveel zorg in DBC-uitgedrukt is niet herkenbaar</li> </ul>
beperking administratieve lasten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- terugdringen aantal DBC's</li> <li>- uniforme basisregistratie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onvoldoende; er bestaat een neiging tot nadere detaillering</li> <li>- matig; geen uniforme nomenclatuur en bronregistratie van diagnoses en verrichtingen</li> </ul>

De in bovenstaande tabel opgenomen kwalificaties zijn geschreven vanuit de ervaring die sinds de invoering met het huidige systeem is opgedaan en vanuit de gedachten die nu zijn ontwikkeld rond het opstellen van ontwerp-eisen en toetsingscriteria. Bij de bouw van het systeem ontbrak een algemeen beoordelingskader, gebaseerd op de publieke doelstellingen. De huidige problemen konden ook niet allemaal worden voorzien. Met het opstellen van een toetsingskader wordt beoogd om het DBC-systeem op de genoemde tekortkomingen te verbeteren. Daarmee wordt een nieuwe weg ingeslagen waarbij getracht wordt problemen zoals die hiervoor zijn geconstateerd op voorhand weg te nemen in plaats van deze achteraf te herstellen.

## 4. Criteria voor systeemverbetering

Vanuit de publieke belangen als algemeen toetsingskader en de in paragraaf 3 beschreven tekortkomingen van het DBC-systeem heeft de NZa een aantal operationele criteria ontwikkeld waaraan het DBC-systeem en aanpassingen daarin moeten voldoen om het een beter toepasbaar tariefsysteem te laten worden. De criteria zijn toekomstgericht geformuleerd, zodat duidelijk is op welke manier de NZa de DBC-ontwikkeling toetst. In de toelichtende tekst bij de criteria wordt vergelijkenderwijs teruggesproken naar de huidige situatie. Dit wordt slechts gedaan om de betekenis van de criteria te verduidelijken.

De criteria zijn bedoeld als een ex ante selectie criterium en prioriteitsstelling voor het uitwerken van benodigde aanpassingen. De criteria zijn in vier groepen opgedeeld.

- Criteria voor systeemtransparantie  
De eerste vijf criteria hebben betrekking op het DBC-systeem als zodanig. Aanpassing van het systeem op korte termijn moet resulteren in het voldoen aan de eisen. Vanzelfsprekend blijven deze eisen van kracht.
- Criteria voor doelmatigheid, efficiënte markten en transactiekosten  
Een tweede groep van criteria heeft betrekking het opnemen van wijzigingen binnen de DBC-systematiek. Deze criteria zijn meer open geformuleerd.
- Criterium voor kwaliteit en innovatie  
Innovatie en kwaliteitsverbetering zijn van belang in de systematiek. Tegelijk moet ook hier echter een te grote mate van detaillering worden tegengegaan.
- Criteria voor het werkproces  
De laatste groep criteria tenslotte is meer procedureel van aard en geeft weer waaraan het onderhoudsproces moet voldoen.

Het feit dat de criteria gedeeltelijk uit open normen bestaan, houdt in dat de NZa een afwijkingsbevoegdheid heeft. Dat is overigens bij alle beleidsregels het geval. Afwijken van een beleidsregel, i.c. de in dit document genoemde criteria kan echter slechts dan plaatsvinden als onverkorte toepassing van het criterium onevenredige gevolgen zou hebben. Een dergelijk onevenredig gevolg kan bijvoorbeeld zijn dat aanbieders een substantieel financieel nadeel ondervinden, dat patiënten niet de zorg krijgen waar ze recht op hebben of dat ontwikkeling van de zorg niet mogelijk is. Bij een verzoek om af te wijken van criteria zal altijd moeten worden gemotiveerd waarom toepassing van het criterium een dusdanig onevenredig negatieve uitwerking zou hebben dat afwijken van het criterium voor de hand ligt. Ten behoeve van besluitvorming (zie 4.2.1.) hierover moet de onderbouwing zodoende aan eisen voldoen die in feite verbijzonderen wat in de criteria van dit toetsingskader staat uitgewerkt.

### 4.1 De criteria

#### 4.1.1 Start met vernieuwing

Op korte termijn is het van belang om een pas op de plaats te maken met de lopende aanpassingen van het systeem. Dat is op zich uiteraard geen lange termijn systeemcriterium, maar het is wel essentieel om een herstart te kunnen maken met de systeemontwikkeling. Het is daarbij

essentieel om vanuit een visie op het eindmodel, dat moet voldoen aan de in dit document opgenomen criteria, de verschillende stappen in het aanpassingstraject te plannen. Daarmee wordt ook duidelijk gemaakt dat de lopende aanpassingen moeten worden stopgezet en afwegingen alsnog binnen het kader worden gebracht. Dat leidt tot het volgende criterium:

#### **Criterium 0**

**In de eerstkomende periode bepaalt de liberalisering overeenkomstig het beleid dat de minister van VWS heeft geformuleerd in "Ruimte voor betere zorg" het werken aan het DBC-systeem dat daarvoor benodigd is. Er wordt prioriteit gegeven aan het opstellen en implementeren van een structurele verbetering van de DBC-systematiek. Praktisch betekent dit dat het onderhoudswerk aan het systeem en tussentijdse aanpassingen alleen wordt uitgevoerd voorzover dit in lijn is met de uitgezette lijnen van liberalisering en structurele verbetering.**

#### Toelichting:

Prioriteit moet nu worden gegeven aan de structurele verbetering van het DBC-systeem om het systeem te stabiliseren en te vereenvoudigen, zodat het geschikt wordt om de liberalisering in de ziekenhuiszorg en de medisch specialistische zorg in te voeren. Er is sinds de invoering van het DBC-systeem sprake van een groot aantal ad hoc wijzigingen, die verschillende achtergronden hebben. Zoals het onderzoeksrapport naar de DBC-declaraties heeft laten zien, verzwakt het doorgaan op de huidige weg de basis van het systeem. De structurele aanpak moet binnen 1 jaar leiden tot verbeteringen en er moet een tijdpad worden vastgesteld voor verdere vereenvoudigingen. Uitzondering hierop vormen wijzigingen in de verzekerde prestatie van bestaande DBC's. Indien CVZ het nodig acht, moeten dergelijke wijzigingen onvertraagd plaatsvinden. Het in paragraaf 1 genoemde activiteitenplan van de marktpartijen is een voorbeeld van een geplande systeemverbetering die in feite een fundamentele heroriëntering op de basis van het DBC-systeem vereist.

#### **4.1.2 Criteria voor systeemtransparantie**

Het DBC-systeem dient voor alle gebruikers werkbaar te zijn.

Aandachtspunten voor het opstellen van systeemaanpassingen zijn:

- Grotere mogelijkheid tot controle op rechtmatigheid van de declaratie;
- Grotere betrouwbaarheid van producten door gebruik van heldere en objectieerbare criteria;
- Meer eenvoud;
- Grotere eenduidigheid en uniformiteit;
- In voldoende mate benoemen van zorgaanbod;
- Aansluiting bij internationale standaarden en best practice.

In onderlinge samenhang en balans toegepast moeten deze aandachtspunten leiden tot grotere transparantie. Dit wordt vastgelegd in de volgende criteria.

**criterium 1**

**De instructies en typeringslijsten respectievelijk afleidingsalgoritmes worden uniform opgezet volgens een eenduidige hoofdregel over het openen en sluiten van DBC's die voor alle specialismen hetzelfde is.**

Toelichting:

Uniformering van de typeringslijsten en instructies, evenals verduidelijking van gehanteerde definities en begrippen is noodzakelijk. De hoofdregels moeten bij alle specialismen eenduidig toepasbaar zijn. Dat maakt administratieve verwerking eenvoudiger en vergemakkelijkt de controle. Het huidige systeem kenmerkt zich door verschillende typeringslijsten en ongelijke instructies voor de registratie bij verschillende specialismen. Dat moet worden veranderd. Uiteindelijk moet bij eenzelfde diagnose en dezelfde behandeling van een patiënt maar één DBC resulteren. Een geüniformeerde typering is een noodzakelijke voorwaarde voor een uniforme registratie van DBC's, ook in de categorale instellingen. Nieuwe categorieën van instellingen of nieuwe DBC's, bijvoorbeeld voor categorale zorg, moeten niet leiden tot afwijking van de hoofdlijn.

De wijze van vastlegging van de DBC en eventueel in de toekomst afleiding ervan uit de diagnoseclassificatie moet uniform en controleerbaar plaatsvinden en moet niet specialismenspecifiek worden geregeld. In het eerdergenoemde verbeterplan wordt hier een aanzet voor gegeven. Een dergelijke ingreep zal leiden tot een wijziging van de productstructuur.

 **criterium 2:**

**Uitzonderingen op een hoofdregel moeten limitatief worden benoemd aan de hand van een concreet gedefinieerd criterium: "hoofdregel toepassen, tenzij (voorwaarde X), dan Y".**

Toelichting:

Met name bij parallelle DBC's, maar ook bij andere vormen van DBC's die in combinatie met andere DBC's worden toegepast, leidt een beperking van het aantal uitzonderingen tot meer duidelijkheid bij de typering. Bovendien vergemakkelijkt dit afleiding uit de gekozen basisregistratie.

De condities waaronder uitzonderingen mogelijk zijn, dienen concreet te worden ingevuld: minimaal of maximaal kostenbedrag, maximale looptijd etc..

Voorbeeld: " Er wordt bij een patiënt niet meer dan één DBC gedeclareerd, tenzij de kosten van een andere diagnose meer dan 60% bedragen van het tarief van de voor de patiënt openstaande DBC, in dat geval kan een parallelle DBC worden gedeclareerd".

De uitzonderingen op hoofdregels moeten tenslotte zo worden gedefinieerd, dat uniforme geautomatiseerde afleiding mogelijk is.

Indien bij de verbetering van het systeem wordt gekozen voor een andere productclassificatie, zal een deel van deze criteria wellicht al uit de classificatie voortvloeien.

### **criterium 3**

**De classificatie van declarabele producten wordt over specialismen heen zoveel mogelijk uniform toegepast volgens eenduidige hoofdregels. Dat vereist een duidelijke vastlegging van de instructies en een landelijk versiebeheer. De NZa stelt de instructies en typeringslijsten vast door vastlegging van geïntegreerde instructies in declaratiebepalingen op basis van de Wmg.**

#### Toelichting:

Het NZa onderzoek naar DBC-declaraties heeft aangetoond dat de instructies en typeringslijsten, die de basis van het DBC-systeem vormen, een te grote mate van vrijheid van interpretatie laten zien. Dat wordt veroorzaakt door zowel inhoud van de instructies, die vooral door de Wetenschappelijke Verenigingen wordt bepaald, als door een onvolkomen proces van vastlegging en publicatie. Beide elementen dienen te worden aangepast. Van belang is daarbij ook dat de DBC's gericht moeten zijn op het product, respectievelijk de aanspraak en niet aanbiedersspecifiek. Dat is met name van belang voor de categorale instellingen. Er zal op dit punt nader onderzoek moeten plaatsvinden voor de toepassing van de DBC systematiek bij categorale productie en in sectoren buiten de curatieve zorg.

### **criterium 4**

**Het DBC-systeem wordt gebaseerd op en ondersteund door een uniforme diagnose- en verrichtingenregistratie.**

#### Toelichting:

De registratie moet zijn gebaseerd op een uniforme landelijke systematiek met een uniforme definitie van begrippen. Verder is een uniforme registratie nodig van diagnosegegevens en behandelgegevens(verrichtingen). Bij de algemene ziekenhuizen is dit de landelijke medische registratie (LMR). Hierbij worden tot nu toe diagnoses vastgelegd conform de ICD-9 systematiek en verrichtingen volgens de classificatie van verrichtingen (CvV). Daarnaast wordt voor de financiële administratie gewerkt met de verrichtingenlijst van CTG/ZAio of met uitgebreidere varianten hiervan. Er moet een keus worden gemaakt voor een uniforme basisclassificatie voor diagnoses en behandelingen voor alle tweedelijns instellingen. Uit een oogpunt van kwaliteit van gegevens en administratieve lastenbeperking is daarbij van belang dat aanbieders hun registratiegegevens waar mogelijk maar eenmalig behoeven aan te leveren. Het toevoegen van nieuwe categorieën van instellingen die de DBC-systematiek gaan gebruiken of nieuwe DBC's (bijvoorbeeld categorale zorg) moet niet leiden tot afwijking van de hier beschreven hoofdlijn.

#### **4.1.3 Criteria voor doelmatigheid, efficiënte markten en transactiekosten**

Het DBC-systeem is bedoeld als een instrument voor efficiënte marktwerking. Aandachtspunten bij het opstellen en beoordelen van systeemaanpassingen zijn:

- Betere vergelijkbaarheid van prestaties en prijzen.

- Zorgvraaggerichte prestatiebeschrijvingen leidend tot meer keuzemogelijkheden voor verzekeraars en consumenten.
- Mogelijkheden tot differentiatie in aanbod van producten, prijs en kwaliteit.
- Faciliteren van contractafspraken tussen verzekeraars en aanbieders over omvang, prijs en inhoud van zorg door:
  - o Medisch herkenbare producten.
  - o Kostenhomogene producten.
  - o Lokale vrijheid voor keuze van aggregatieniveau voor volume en prijsafspraken.
- Aansluiting tussen prestaties en kosten.
- Grotere prikkel tot doelmatige prestaties.
- Meer substitutiemogelijkheden in wijze van zorgverlening.
- Meer verantwoordelijkheid bij individuele marktpartijen.
- Stabiele en voorspelbare ontwikkeling van de tarieven.

Een evenwichtige analyse van wijzigingsvoorstellen langs de genoemde aandachtspunten moet per saldo leiden tot een ontwikkeling in de richting van efficiënte markten.

Een en ander leidt tot de volgende criteria:

#### **criterium 5**

**Het aantal DBC's moet het optimum representeren tussen de vereisten die voortvloeien uit het toepassen van de doelstelling van doelmatigheid en de doelstelling van systeemtransparantie. Gerekend voor 2007 mag het aantal DBC's en het aantal productgroepen niet toenemen ten opzichte van het aantal in 2006. Het nieuw op te zetten DBC-systeem moet uitgaan van een gewijzigde, logisch gestructureerde indeling van declarabele producten, leidend tot vermindering van het aantal DBC's ten opzichte van het aantal in 2006.**

#### Toelichting:

Verminderen van het aantal DBC's is geen doelstelling op zich, maar dit criterium vloeit voort uit de eisen van transparantie en beperking van administratieve lasten. Beperking van het aantal DBC's ten opzichte van het huidige aantal van 30.000 vergemakkelijkt administratieve verwerking, prijsonderhandelingen en doelmatig systeemonderhoud. De wijzigingen die in 2005 en 2006 zijn ingevoerd hebben tot verdere detaillering en vermeerdering van DBC's geleid. Het is ongewenst om het aantal DBC's verder te laten toenemen. Iedere wijziging die leidt tot het verder opsplitsen van DBC's of het ombouwen van een DBC tot een combinatie van meerdere DBC's is in beginsel ongewenst. Daarmee wordt voorkomen dat het DBC-systeem verder afglijdt in de richting van een verrichtingsstelsel. Een toevoeging is pas relevant als deze voldoende differentieert ten opzichte van bestaande DBC's. Door het aantal DBC's en productgroepen niet frequent te laten wijzigen, wordt ook reguleringzekerheid geboden. Immers, de keuzes voor wisselende productgroepen hebben onvoorspelbare gevolgen voor de (gereguleerde) tarieven en beïnvloeden daarmee gedrag van aanbieders. Om die reden zijn wijzigingen in productstructuur en prestatie eenheden die ad hoc en van jaar op jaar plaatsvinden ongewenst.

Partijen geven aan het grote aantal DBC's niet echt problematisch te vinden, mits sprake is van een logische onderliggende structuur / samenhang. Dat laat onverlet dat transactiekosten en consumenteninformatie naar de mening van

de NZa ongunstig worden beïnvloed door een te grote mate van declaratie.

Invoering van nieuwe DBC's als gevolg van innovatie is een apart onderwerp waarop in criterium 8 nader wordt ingegaan.

#### **criterium 6**

**Bij wijziging van (groepen van) DBC's is van belang dat er een doelmatigheidsprikkel voor de aanbieders is. Daarom wordt het beslag op de integrale kosten van de zorgverlening meegewogen bij de beslissing of een wijziging al of niet wordt ingevoerd. Wijzigingen in het systeem zijn op adequate kwantitatieve onderbouwingen gebaseerd en worden na invoering op hun effect beoordeeld.**

#### Toelichting:

Bij de verdeling van kosten binnen de ziekenhuisorganisatie is een algemeen patroon te onderkennen dat 20% van de patiënten uiteindelijk klinisch wordt behandeld en daarbij 80% van de exploitatiekosten veroorzaakt. De 80% die in het poliklinische traject wordt behandeld neemt weliswaar een groot aantal DBC's voor zijn rekening, maar relatief lage kosten. Aanpassingen en de prioritering van aanpassingen dienen in dit licht te worden gezien in relatie tot hun belang.

Poliklinische behandelingen en dagbehandelingen zijn voor de consument van belang omdat deze daar eerder mee geconfronteerd wordt dan met klinische behandeling. Bovendien speelt bij poliklinische behandelingen het eigen risico en de no-claim van verzekerden eerder een rol.

Er is dus een onderbouwde afweging nodig tussen systeemaanpassingen voor kliniek en ambulante zorg, waarbij verantwoordelijkheid voor kosteneffectieve behandelingen bij de aanbieder moet liggen.

Bij de kostenbenadering dient verder bedacht te worden dat de ziekenhuiskosten 85%-90% van de schadelast van medisch specialistische zorg uitmaken. In de DBC-systematiek en bij de op handen zijnde verbeterstappen dient het accent te liggen op de integrale kosten inclusief de honoraria. Voor de honorariumomzet ligt de verhouding naar verwachting meer in de richting van polikliniek. Hierdoor staat het systeem echter ook van binnenuit onder druk, omdat tegengestelde eisen worden gesteld, met een (te) sterke nadruk op de honorariumkant. Een adequate beloning van medisch specialisten is uiteraard wel een randvoorwaarde. Knelpunten bij de toerekening van de honorariumomzet als gevolg van lokale omstandigheden dienen echter lokaal tussen ziekenhuis en specialisten te worden opgelost en niet door generieke systeemaanpassingen. In een nieuw bekostigingsmodel kan dat naar verwachting beter gefaciliteerd worden dan in de huidige situatie door ziekenhuizen en specialisten meer vrijheidsgraden te geven voor wat betreft de verdeling van de omzet over kosten en honorarium.

Naast het uitgangspunt van efficiency moet er ook aandacht voor zijn dat de productstructuur ruimte biedt voor inhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen in de zorg. Hierbij is onder meer te denken aan keten-DBC's.



Over de onderhandelingstaal valt op te merken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten kunnen onderhandelen over de zorg en dat het DBC-systeem hiervoor geschikt moet zijn. Dergelijke onderhandelingen vergen eenduidig omschreven en herkenbare prestaties voor zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars, als consumenten.

Nader kwantitatief onderzoek is vereist om deze criteria te operationaliseren. Uitgangspunt is dat de DBC's en de daaraan toegerekende kosten aansluiten op de exploitatiekosten van de zorgaanbieders, inclusief de vergoeding voor honoraria en kapitaalslasten. Bij het aanbrengen van wijzigingen is dan ook een systematische effectmeting en een rondrekening met exploitatiekosten van ziekenhuizen noodzakelijk.

### **criterium 7**

**Zolang nog sprake is van tariefregulering door middel van landelijke vaste dan wel maximumtarieven dienen de tariefmutaties als gevolg van tussentijdse wijzigingen in het DBC-systeem te worden beperkt. Daarbij geldt een bandbreedte van plus of min 5% voor poliklinische en dagbehandeling DBC's en 10% voor klinische DBC's. Bij een structurele systeemaanpassing moeten verwachte tariefgevolgen die buiten deze bandbreedte liggen ruim voor de invoeringsdatum bekend zijn. Dit criterium kan vervallen voor die DBC's waarvoor regulering met een prijsplafond wordt ingevoerd.**

#### Toelichting:

Beperken van aantal en omvang van tariefmutaties is van belang voor de bescherming van de belangen van individuele consumenten. Dat geldt voor chronische zorg in het bijzonder, maar ook voor zorgvormen waar de consument risico op loopt zoals de zorg die buiten het pakket van de basisverzekering valt. Voor de patiënt is daarbij de bandbreedte van productgroepen van belang. De NPCF pleit in verband hiermee voor handhaven van tariefregulering.

Daarnaast biedt een beperkt aantal tariefmutaties reguleringszekerheid voor marktpartijen en is daarmee van belang voor toetreding. De tariefontwikkeling moet neutraal uitwerken op posities in de markt. Bestaande en nieuwe DBC's dienen (in het gereguleerde segment) van een tarief te worden voorzien. In een systeem van individuele tarifiering heeft dat geen of slechts beperkt invloed op andere tarieven. Als ook nieuwe verrichtingen worden ingevoerd, heeft dat wel gevolgen voor de kostentoe rekening binnen de instellingen en langs die weg indirect ook op de tarieven.

Bij de tariefwijzigingen moet een onderscheid worden gemaakt al naargelang de oorzaak van de wijzigingen:

- Een tariefwijziging kan worden veroorzaakt doordat een DBC in een andere productgroep wordt geplaatst, of doordat de samenstelling van de productgroepen wijzigt.
- Een tariefwijziging kan het gevolg zijn van exogene kostenontwikkelingen.

Tariefwijzigingen die het gevolg zijn van centrale ingrepen in de productstructuur kunnen ongewenste gevolgen hebben voor de markt. Voor deze categorie is naar de mening van de NZa een begrenzing van de mutaties noodzakelijk.

Daarnaast zijn er natuurlijk tariefwijzigingen mogelijk als gevolg van verandering van kosten. Kosten van ingrepen kunnen wijzigen door doelmatigheidsverbeteringen of door exogene kostenmutaties. Wijzigingen in tarieven als gevolg van kostenmutaties hoeven niet noodzakelijkerwijs binnen de genoemde bandbreedte blijven en kunnen zelfs gewenst zijn. Voor de duidelijkheid wordt nogmaals benadrukt dat dit een tijdelijk criterium is.

Samengevat kunnen de volgende criteria worden gehanteerd:

- Tarieven dienen aan te sluiten bij exploitatiekosten. Tariefmutaties worden getoetst aan kostprijsontwikkeling. Dat geldt zowel voor gebudgetteerde als niet gebudgetteerde aanbieders.
- Uiteenlopen van kosten en honoraria is ongewenst.
- De gevolgen voor patiënten moeten in kaart worden gebracht en bij de besluitvorming worden betrokken.
- Voor poliklinische zorg en dagverpleging dienen de tariefmutaties binnen een bandbreedte van 5% te blijven.
- Voor klinische zorg dienen de tariefmutaties binnen een bandbreedte van 10% te blijven.
- De genoemde bandbreedtes van 5% resp. 10% gelden voor tarieven per DBC / per productgroep.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat dit criterium, indien strikt toegepast, ook zou kunnen leiden tot een blokkade op een structurele verbetering van het DBC-systeem dan wel tot lange invoertrajecten. Dat is uiteraard niet de intentie. Indien de verbetering van het DBC-systeem leidt tot aanpassingen in de declarabele producten zal dat echter met een ruime aankondigingsperiode gepaard moeten gaan en moet vervolgens weer langere tijd gewinning plaats kunnen vinden. Dat is met name van belang als in de toekomst vangnetten voor marktpartijen ontbreken.

#### **4.1.4 Criterium voor kwaliteit en innovatie in het systeem**

Aandachtspunten op het gebied van innovatie en kwaliteitsverbetering bij het opstellen van verbeteringen in het systeem zijn:

- Het DBC-systeem moet recht doen aan ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod.
- Er moet in het systeem ruimte zijn voor innovatie, die zonder grote vertragingen moet kunnen worden geïmplementeerd.
- Er moet een waarborg zijn dat innovatie niet leidt tot een gedetailleerd verrichtingssysteem.
- Het systeem moet aansluiten op de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders op de kwaliteit van zorg.
- Het systeem dient evidence based werken te stimuleren.

Deze aandachtspunten laten zich samenvatten in het volgende criterium.

**criterium 8**

- a. **Voor het opnemen als declarabele productomschrijving van DBC's geldt dat deze een (geprognosticeerde) omzet van tenminste € 3.5 miljoen (integrale kosten) op jaarbasis moeten behalen. DBC's die onder deze omzetgrens dalen, worden geschrapt.**
- b. **Inhoudelijke obsoleete DBC's worden als declarabele prestatie omschrijving geschrapt.**
- c. **Voor nieuwe DBC's, die voortkomen uit productinnovatie, kan worden afgeweken van het criterium ad a. Deze kunnen voorlopig worden toegelaten. Na een periode van maximaal twee jaar wordt een besluit genomen over definitieve toelating.**

Toelichting:*Opnemen van nieuwe DBC's als gevolg van innovatie*

Innovatie is de stuwende kracht achter de dynamiek die de zorgmarkt sinds jaar en dag kenmerkt. Het faciliteren van innovatie kan – zonder overdrijving - worden aangemerkt als de raison d'être van het DBC-systeem. De DBC systematiek moet recht doen aan de ontwikkelingen in zorgvraag en –aanbod. In de DBC systematiek dient daarom ruimte te zijn voor innovatie. Tegelijkertijd zal er echter een waarborg moeten zijn dat het opnemen van innovatie niet leidt tot een toenemende detaillering c.q. een verwording tot een verrichtingsstelsel. De hierboven genoemde norm moet in dat kader worden gezien.

Bij innovatie kan een onderscheid worden gemaakt tussen productinnovatie en procesinnovatie. Productinnovatie heeft vooral betrekking op het introduceren van nieuwe DBC's voor een nieuwe diagnose of vernieuwde behandeltechnieken. Voor deze productinnovatie ligt het voortouw bij de professional. Procesinnovatie ligt primair bij de zorgaanbieder en heeft betrekking op het verbeteren van de kwaliteit en kosteneffectiviteit van bestaande behandelingen en verbeteringen in de organisatie van het behandelproces in de zorgketen. Procesinnovatie kan in het algemeen door de aanbieder binnen DBC's plaatsvinden.

Bij de introductie van nieuwe DBC's spelen twee vragen: wanneer wordt het een declarabele prestatie en wanneer mag de desbetreffende DBC vergoed worden ten laste van de zorgverzekering. Het CVZ toetst de DBC met het oog op de laatste vraag en heeft daartoe onlangs voor alle soorten nieuwe DBC's beschreven op basis van welke informatie de beoordeling op de verzekerde prestatie kan plaatsvinden.

Voor de beoordeling van nieuwe DBC's in de zin van een nieuwe behandeling heeft CTG/Zaio samen met het CVZ in 2005 dossiereisen geformuleerd.

Het geformuleerde criterium is een (globale) maatstaf om relevantie uit kosten oogpunt te bepalen. De NVZ stelt in haar rapport 'Verbeteren door vereenvoudigen' dat 9% van het aantal DBC's 80% van de totale kosten verklaart. Uitgaande van deze verdeling van kosten is te berekenen dat deze DBC's ca € 3-4 miljoen omzet per DBC genereren. Binnen het DBC-systeem zou invoering van een nieuwe DBC alleen moeten kunnen plaatsvinden als voldaan wordt aan het criterium dat deze

(geprognosticeerde) kosten van tenminste € 3,5 mln. moet genereren. Dit komt overeen met ca 0,03% van de omzet ziekenhuizen. Bij de toepassing van dit criterium moet worden uitgegaan van integrale kosten ( ziekenhuiskosten en honorarium).

Bij onverkorte toepassing van dit criterium zou een situatie kunnen ontstaan waarbij geen enkele innovatie meer mogelijk is. Immers, er zijn vaak geen gegevens bekend over volume en kosten van nieuwe behandelingen, of bij relatief lage productieomvang in de innovatiefase wordt het omzetcriterium niet gehaald. Dit zou uiteraard onwenselijk zijn. Het probleem wordt echter deels ondervangen door uit te gaan van de geprognosticeerde kosten, waarbij met name een inschatting van het potentiële aantal patiënten dat voor de betreffende behandeling in aanmerking komt, relevant is. Indien geen gegevens bekend zijn over de kosten van de desbetreffende DBC kan uiteraard ook geen DBC c.q. DBC-tarief worden bepaald.

In het criterium is voorzien dat nieuwe DBC's voorlopig toegelaten kunnen worden (voor een bepaalde tijd). Dat biedt de mogelijkheid om door registratie gegevens te verzamelen waarmee een nadere onderbouwing voor definitieve toelating kan worden geleverd. De tijdelijke toelating wordt gekoppeld aan een verplichte registratie en kostentoe rekening. Definitieve beoordeling vindt na maximaal twee jaar plaats, met een eerste evaluatie na een jaar.

Voor de bekostiging is daarbij niet automatisch geregeld dat vergoeding ten laste van de zorgverzekering kan plaatsvinden. Dat vergt immers een uitspraak van het CVZ over opname in het pakket. Wel kan binnen de tijdelijke toelating de prestatie (als rode, oranje of ongekleurde DBC<sup>8</sup>) declarabel worden gemaakt waarbij het tarief op basis van een raming van de werkelijke kosten wordt bepaald. De tijdelijke status kan ook gebruikt worden om informatie te verzamelen over effectiviteit en kosteneffectiviteit van de zorgvorm zodat herziening van het standpunt van het CVZ over (on-)gebruikelijkheid mogelijk is.

Voor innovatie blijft overigens vooralsnog de academische component voor de UMC's bestaan, die een bekostiging kent die los staat van de DBC's.

De in dit criterium genoemde grenswaarden moeten door nader kwantitatief onderzoek worden onderbouwd. Daarbij kan SDO een rol vervullen door de DBC data uit het DIS nader te analyseren. Aangezien niet alle specialismen een even groot aandeel in de ziekenhuisomzet hebben, zal met name nader moeten worden onderzocht of per specialisme of groep specialismen moet worden gedifferentieerd.

De DBC's die de productie van categorale instellingen weergeven, zullen zoveel mogelijk binnen de algemeen geldende toetsingscriteria moeten vallen. Gezien de over het algemeen relatief geringe marktaandelen kan dat er toe leiden dat de algemene DBC-systematiek niet toereikend is voor het definiëren

---

<sup>8</sup> De kleurcodering van DBC's wordt algemeen gehanteerd om aan te geven of een DBC ten laste van het basispakket van de zorgverzekering mag worden vergoed (groen), niet mag worden vergoed (rood) of alleen bij bepaalde indicaties mag worden vergoed (oranje).

en bekostigen van deze specifieke productie. Er zal dan nader moeten worden beoordeeld of specifieke aanpassingen gewenst zijn en niet tot onnodige detaillering leiden. Datzelfde kan worden opgemerkt over de zogenaamde 'orphan diseases'<sup>9</sup>. Ook voor 'orphan drugs' en dure geneesmiddelen moet nog een bekostigingswijze worden bepaald.

#### *Schrappen van obsoleete DBC's*

De logische tegenhanger van toevoegen van innovatieve DBC's aan de DBC lijsten is het schrappen van obsoleete en ondoelmatige DBC's en DBC's die onder de genoemde omzetgrens van 0,03% zakken. Het totale DBC bestand aan DBC's zou hier periodiek op moeten worden gescreend als vast onderdeel van een reguliere onderhoudscyclus. Onder obsoleet wordt hier verstaan obsoleet in kwalitatieve zin, d.w.z. dat niet langer wordt voldaan aan het criterium gangbare zorg. Dit vergt een inhoudelijke toets door het CVZ waarvoor toegang tot het voldoende gevulde DIS noodzakelijk is.

In kwalitatieve zin dient het toevoegen of schrappen er toe te leiden dat DBC's op basis van 'evidence based practice' of best practice in de zorg tot stand komen. DBC's die zijn gebaseerd op behandelingen die inmiddels zijn vervangen door nieuwe 'evidence based' of 'best practice' werkwijzen dienen uit het systeem te worden verwijderd, tenzij deze nog deel uit blijven maken van het verzekerde pakket.

#### 4.1.5 Criteria voor werkproces systeemonderhoud

Niet alleen de inhoud van het DBC-systeem maar ook het werkproces zal aan bepaalde normen dienen te voldoen. Deze normen bewerkstelligen dat zowel het ontwikkelproces als het invoeringsproces van het DBC-systeem zorgvuldig en gestroomlijnd verloopt.

Dit is samen te vatten in onderstaande criteria:

##### **criterium 9**

**Het plan van aanpak voor systeemaanpassingen moet zo worden opgezet dat de effecten en impact van voorgestelde wijzigingen modulair worden uitgewerkt.**

##### Toelichting

Het criterium van modulaire aanpak krijgt zijn uitwerking in het proces voor het werken in de onderhoudsketen die door de onderhoudspartijen gezamenlijk wordt onderschreven en geïmplementeerd. De aanpak hiervan staat beschreven in 4.2.1. Hiermee komt een volstrekt nieuwe werkwijze tot stand. De werkwijze van SDO bij de implementatie van wijzigingsvoorstellen tot nu toe werd gekenmerkt door een pakketbenadering, waarbij een groot aantal aanpassingen als geïntegreerd pakket wordt behandeld. Dat leidt in de praktijk tot problemen als delen van het pakket bij de toetsing worden afgewezen: afwijzen van een onderdeel leidt dan automatisch tot afwijzen van het hele pakket met alle mogelijke vertraging van

<sup>9</sup> Orphan diseases zijn aandoeningen met een geringe incidentie maar met potentieel hoge kosten per geval. In de huidige praktijk vindt behandeling hiervan vooral bij de UMC's plaats. Dat geldt ook voor de weesgeneesmiddelen.

dien. Omgekeerd wordt hiermee in het kader van onderhandelingen een druk gelegd bij de toezichthouder om akkoord te gaan met het hele pakket, omdat anders ook de wenselijke onderdelen niet kunnen worden geïmplementeerd. Het criterium van ontwikkeling in separeerbare modules, die ook de inzichtelijkheid van de wijzigingen ten goede komt, krijgt zijn vertaling in een nieuwe werkwijze.

Een en ander laat onverlet dat bij een systeemwijziging een 'big bang' invoeringsstrategie de voorkeur kan hebben boven een stapsgewijze invoering.

#### **Criterion 10**

**Aanpassingen worden pas vastgesteld als onomstotelijk vaststaat dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars ze (technisch) kunnen verwerken. Een testprocedure voor gebruikerssystemen moet onderdeel zijn van de besluitvorming voorafgaand aan invoering en de testresultaten behoren onderdeel te zijn van openbare verantwoording door de aanbieders en verzekeraars.**

##### Toelichting:

Ook dit criterium krijgt zijn vertaling in de besluitvorming en het daarvoor ontworpen proces. De onderhoudspartijen onderscheiden in deze besluitvorming een drietal fasen. In de eerste fase is beleidsmatige toetsing aan de orde, in de tweede de technische implicaties van de voorgestelde wijziging en in de derde besluitvorming over de uitgewerkte voorstellen. De testprocedure zoals bedoeld in de bovenstaande formulering van criterium 10, moet in fase 2 zijn vastgesteld. Het belang van goede uitvoerbaarheid komt zodoende veel meer vooraan in het proces van wijzigingsvoorstellen te liggen en het belang komt bij betrokken partijen te liggen.

Hiermee wordt voorkomen systeemwijzigingen worden ingevoerd waarvan later kan komen vast te staan dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars er niet mee kunnen werken.

Indien wijzigingsvoorstellen aanpassingen in de ICT-systemen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars vergen, dan moet de aanpassing en het testen daarvan onderdeel zijn van het invoeringstraject. Ziekenhuizen en verzekeraars houden voor systeemwijzigingen een implementatietijd van 2 respectievelijk 3 maanden aan. Indien een test uitwijst dat een substantieel deel van de aanbieders niet in staat is om gewenste wijzigingen op juiste wijze technisch te verwerken, kan een wijziging niet worden ingevoerd. Omgekeerd mag dit geen vrijbrief vormen voor zorgaanbieders om door hen ongewenste wijzigingen niet uit te voeren. In dat geval zal via regelgeving en het handhavinginstrumentarium van de NZa een wijziging kunnen worden ingevoerd.

## **4.2 Toepassing en concretisering criteria**

### **4.2.1 Toepassen van de criteria en het onderhoudsproces**

De criteria zijn sturend van opzet. Uitdrukkelijk is het doel om toetscriteria beschikbaar te hebben op basis waarvan alle betrokkenen vooraf kunnen weten hoe de toezichthouder zal oordelen over ontwikkeling van het DBC-systeem. Voor een deel is echter nog sprake

van open normen omdat de kwantitatieve onderbouwing vooralsnog ontbreekt. Concrete invulling van kwantitatieve normen kan plaatsvinden als er beter zicht komt op de huidige DBC-gegevens en er meer kosteninformatie beschikbaar komt. Daarnaast is de NZa ongeacht de beoogde sturende werking van de eisen aan het systeem de NZa zich ervan bewust dat mogelijkheden tot aanpassing van belang zijn voor het systeem zelf.

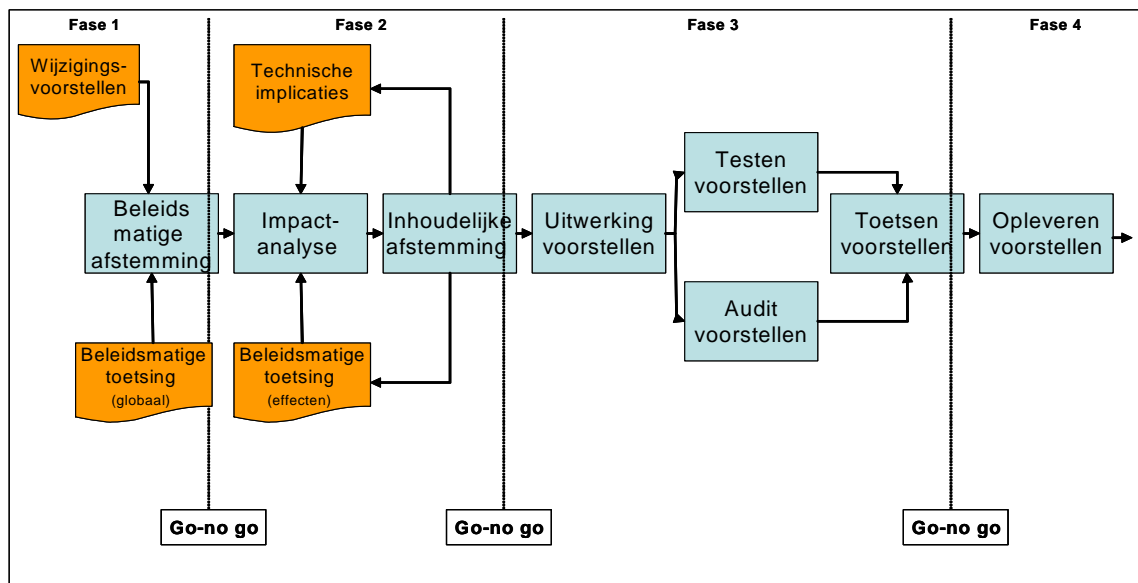
Voor de groep criteria die betrekking hebben op het aanpassen van prestatiebeschrijvingen, het toelaten van nieuwe DBC's en het doorvoeren van wijzigingen binnen de DBC-systematiek hanteert de NZa de criteria als regels. Voorstellen daarvoor moeten bij voorbaat voldoen aan de regels. Voor de beoordeling daarvan zijn enkele procedurele criteria geformuleerd die op het onderhoudsproces betrekking hebben.

In de onderbouwing die daarbij benodigd is, speelt SDO een belangrijke rol. SDO onderschrijft vanuit haar eigen verantwoordelijkheid dat voor het ontwikkelen en onderhouden van een effectief functionerend DBC-systeem het systeem aan de doelstellingen van doelmatigheid, transparantie, kwaliteit en innovatie moet voldoen. In het aanpassen van het DBC-systeem moet oog zijn voor het medisch handelen, de ziekenhuiszorg en de ontwikkelingen daarin. Vanuit die basis vormt het DBC-systeem het instrument voor zorginkoop, bekostiging en financiering. Stichting DBC-Onderhoud werkt van daar uit als kennis- en servicecentrum voor de zorg aan het verbeteren van het DBC-systeem. SDO vervult zodoende een verbindende functie tussen het veld en de kaders die de publieke belangen weergeven.

Bij het doorvoeren van aanpassingen gaat SDO uit van de door de publieke organen gestelde kaders. De NZa stelt vast of het DBC-systeem voldoet aan de eisen die daaraan vanuit publieke belangen worden gesteld. Het CVZ is verantwoordelijk voor de advisering of een DBC gerekend mag worden tot de verzekerde zorg. SDO vormt de schakel tussen dit publieke kader en de ontwikkelingen die zich uiteraard in het private veld manifesteren. Daarbij hebben de onderhoudspartijen voor ogen dat doublures in de werkzaamheden moeten worden voorkomen en dat wordt vermeden dat de onderhoudsorganisaties onderling nadelen ondervinden van niet afgestemde besluitvormingsprocedures. De onderhoudspartijen wensen juist zo te werken dat het werk van de ander wordt vergemakkelijkt.

Voor de bedoelde criteria voor aanpassing van DBC's komt dit neer op vooraf vastleggen van procedures van besluitvorming. Partijen willen een doelgerichte en heldere besluitvorming over het pakket van aanpassingen bewerkstelligen en daarmee ook voorkomen dat voorgestelde aanpassingen achteraf alsnog moeten worden ingetrokken. De onderhoudspartijen onderkennen deze belangen en zien dit proces van besluitvorming daarom als volgt.

Figuur 2: Besluitvormings- en uitvoeringsproces



Reeds in een vroegtijdig stadium worden de voorstellen getoetst aan hand van doelstellingen en criteria uit het kader die eventueel verder zijn verfijnd. Van groot belang is de onderbouwing van de voorstellen en de weging op de criteria. In de eerste plaats is kwalitatieve onderbouwing noodzakelijk, vervolgens de kwantitatieve. SDO zorgt voor het op orde komen van de argumentatie en de zonodig daarbij te leveren input vanuit gebruikers. SDO als expertorganisatie verzorgt deze consultatie. Bij de onderbouwing is vanzelfsprekend van belang de wijze waarop wordt ingegaan op de criteria uit dit kader. Voor de deugdelijkheid en de weging van argumenten kan SDO hiertoe aspecten onderscheiden in samenhang met de criteria uit dit toetsingskader. Innovatie, medische herkenbaarheid en kwaliteit van zorg kunnen als aspecten verder worden uitgesplitst om de afweging in de besluitvorming te kunnen maken. Op basis van de onderbouwing komt een eerste oordeel tot stand over het pakket van voorstellen. Dit zal plaatsvinden in een werkoverleg tussen de NZa als toezichthouder, CVZ als pakketverantwoordelijke en SDO als expert; het eindoordeel is aan de NZa. Bij de toetsing kunnen aanbevelingen en randvoorwaarden worden meegegeven voor de uitwerking. Bij een positief oordeel wordt een en ander uitgewerkt in een gezamenlijk werkplan om de aanpassingen nader te toetsen in fase 2 en bij positieve besluitvorming door te voeren in fase 3.

Na een positieve beoordeling in fase 1 worden in fase 2 de voorstellen inhoudelijk voorbereid en nader getoetst op daadwerkelijke effecten en technische implicaties (tarieven, tabellen, ICT-aanpassingen). De te toetsen effecten hebben onder andere betrekking op elementen als toename aantal (productgroepen) DBC's en financiële consequenties voor patiënten, aanbieders, zorgverzekeraars. Hiermee wordt de besluitvorming met betrekking tot de inhoud en haalbaarheid van de invoering onderbouwd. Deze fase leidt tot een pakket van wijzigingen inclusief de daarbij behorende planning. Na deze fase moeten vragen over uitvoerbaarheid zijn opgelost. Over het eindresultaat van fase 2 vindt een overleg plaats tussen SDO en de NZa; het eindoordeel is aan de NZa. Bij voorkomende discrepanties tussen voorstel en oordeel komt als regel in de eerste plaats bijstelling van het voorstel tot stand.

In fase 3 vindt de daadwerkelijke uitwerking van de aanpassingen plaats. Deze worden getest en er vindt tevens een audit van de voorstellen



plaats. Na afronding van deze fase vindt definitieve besluitvorming plaats. In beginsel kan hierbij de inhoud van de aanpassingen niet ter discussie staan; dit is onderdeel van fase 2. Wel wordt in deze fase getoetst via technische testen en audits of de voorstellen conform de afspraken in fase 2 deugdelijk zijn vormgegeven. Bij een positieve besluitvorming vindt uitlevering van tabellen, tarieven, et cetera plaats. Na integratietesten en een implementatieperiode voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ICT-leveranciers zijn deze vervolgens van toepassing.

Zoals aangegeven moet elke fase worden afgesloten met een 'go/no-go'-besluit. In geval van een 'no-go'-besluit wordt in de voorafgaande fase een nieuw voorstel voorbereid of er wordt besloten definitief van de aanpassing af te zien. De voorgestelde werkwijze zal vooral in de eerste fasen de nodige inspanning en commitment van betrokken partijen vergen.

#### **4.2.2 Kwantitatief onderzoek en nadere concretisering van de criteria**

De in paragraaf 4 genoemde criteria zijn deels als een open norm geformuleerd. Zoals aangegeven kan concrete invulling van kwantitatieve normen plaatsvinden als er meer zicht komt op de huidige DBC-gegevens en als er meer kosteninformatie beschikbaar komt. Er zal in ieder geval bij het invoeren van systeemwijzigingen systematisch meer kwantitatief onderzoek moeten worden gedaan om het relatieve belang van knelpunten en wijzigingen te kunnen wegen en een toetsing aan de bovengenoemde criteria uit te kunnen voeren. Analyses van de werking van het systeem en de invloed van voorgenomen aanpassingen moeten deel uitmaken van dergelijk onderzoek.

Een belangrijke overweging daarbij is dat aanpassingen in het systeem worden gewogen in het licht van wijzigingen in de bekostiging. Bij de formulering van de criteria en de toelichting op het toetsingskader is daar al uitgebreid op ingegaan. Dit betekent ook dat wijzigingen die samenhangen met de verzekerde prestatie geen directe aanleiding zijn voor systeemaanpassingen en in die zin heeft het CVZ geen regie over het DBC-systeem. Het is dus wel van belang dat wijzigingen alleen tot stand komen als CVZ adequaat uitvoering kan geven aan zijn wettelijke taken.

De criteria 1 tot en met 10 zullen onderling gewogen moeten worden. Indien alle criteria even zwaar wegen, kan dat de toepasbaarheid belemmeren. Weging van de criteria kan bovendien helpen om, naarmate het DBC-systeem beter aan de eisen voldoet, bepaalde criteria minder gewicht te geven en andere juist meer. De criteria die gericht zijn op uniformering en stabilisering van het systeem zullen aanvankelijk het meeste gewicht krijgen. De procescriteria ( 9 en 10) zullen onafhankelijk van de overige criteria altijd van toepassing zijn voor de organisatie van de werkzaamheden.

Bij de getalsmatige criteria voor aantallen DBC's is al een nuancering in de toelichting opgenomen. Hier kan een differentiatie per specialisme nodig zijn, omdat niet alle specialismen een even groot aandeel in de omzet hebben. Essentieel is dat voorafgaand aan invoering van een wijziging een adequate onderbouwing van de te verwachten resultaten wordt gegeven en dat periodiek een effectmeting plaatsvindt op bestaande en toegevoegde systeemelementen.

Bij invoering van een nieuw reguleringsmodel met vrije prijsvorming komt het criterium voor de beperking van tariefmutaties (criterium 7) uiteraard te vervallen.

#### **4.2.3 Uitvoering verbeteringen (activiteitenplan ‘DBC’s eenvoudig beter’)**

Sommige van de criteria die hiervoor zijn behandeld, leiden in een grote mate tot dezelfde uitkomst als uitvoering van het activiteitenplan van de marktpartijen. Bij de uitwerking van dit plan door SDO zullen de criteria en de uitwerking van het activiteitenplan in toenemende mate in elkaars verlengde moeten worden uitgewerkt en geconcretiseerd. De NZa zal hierover samen met CVZ en SDO een advies uitbrengen.

#### **4.2.4 Dossiereisen**

De bestaande dossiereisen van NZa i.o. CVZ zijn toegesneden op innovaties in DBC's, dat wil zeggen de beoordeling van DBC's die een nieuwe behandeling inhouden. De hiervoor genoemde criteria richten zich veel meer op algemene systeemvereisten en kunnen ook op groepen DBC's van toepassing worden verklaard. De in paragraaf 4.1 genoemde criteria zijn ook voor een deel te zien als procescriteria. Daarmee vormen deze criteria een aanvulling op en nadere verduidelijking van de criteria die in de dossiereisen zijn opgenomen. De dossiereisen die in 2005 door de publieke onderhoudspartijen CTG/ZAio en CVZ zijn opgesteld treft u aan in de bijlage.

Wijzigingsvoorstellen moeten zo onderbouwd zijn, dat een toetsing aan de criteria mogelijk is. Concrete invulling van nieuwe dossiereisen vindt plaats in nader overleg met SDO. Deze nieuwe eisen moeten tegemoet komen aan de besluitvormingsprocedure die in 4.2.1. staat uitgewerkt.

## 5. Rollen van onderhoudspartijen

### 5.1 Rollen in het onderhoudsproces

In het samenwerkingsdocument van NZa, CVZ en SDO is opgenomen dat het toetsingskader dat door de NZa wordt vastgesteld, bepalend is voor de werkzaamheden van SDO. Daarbinnen echter vervult SDO haar werkzaamheden zelfstandig. In het document is ook opgenomen, dat SDO zich als onafhankelijk expertisecentrum zal ontwikkelen. Het toetsingskader laat zien, dat een meer onafhankelijke positie van SDO ten opzichte van de marktpartijen is vereist. Immers, het toetsingskader maakt afweging tussen diverse belangen noodzakelijk. Dat mag niet leiden tot een onderhandelingsmodel dat afbreuk doet aan de kwaliteit van de systematiek. Vanuit zijn onafhankelijke expertiserol zal SDO werken aan een kwalitatief hoogwaardig DBC-systeem dat zowel recht doet aan de eisen van het publieke toezicht als aan de dynamiek in het veld.

Voor de volledigheid geeft dit toetsingskader de rollen van de onderhoudspartijen nogmaals weer. De NZa, het CVZ en SDO hebben elk taken bij het onderhouden van het DBC-systeem, de NZa en het CVZ vanuit wettelijk vastgelegde taken – ook wel aangeduid het publieke deel – SDO meer gericht op de relatie met veldpartijen – ook wel aangeduid als het private deel.

De publieke en private onderhoudsorganen nemen elk vanuit hun eigenstandige verantwoordelijkheid gezamenlijk de verdere ontwikkeling van het DBC-systeem ter hand. Het CVZ en NZa vanuit de publieke verantwoordelijkheden en SDO gericht op de inhoudelijke ontwikkeling van het systeem.

Zowel SDO als de NZa en het CVZ hebben met hetzelfde DBC-systeem te maken. De verwevenheid en samenhang van verantwoordelijkheden en taken vereist een nauwe samenwerking en afstemming. Die samenwerking dient er tevens toe te leiden dat de onderhoudsactiviteiten in één planningslijn worden ondergebracht om doublures in de werkzaamheden te voorkomen en te vermijden dat één van de onderhoudsorganisaties in die planningslijn nadelen ondervindt van de ander.

Om aan de samenwerking in de onderhoudsketen op grond van de hiervoor beschreven visie gaan partijen uit van de volgende processen:

- De NZa en het CVZ stellen wat betreft het DBC-systeem kaders vast. Door de kaders op voorhand te definiëren wordt bereikt dat eventuele bijstellingen op voorhand kunnen plaatsvinden. Voorkomen wordt dat achteraf zou moeten worden vastgesteld dat correctie niet meer mogelijk is. In het consultatiedocument worden die kaders nader uitgewerkt.
- SDO hanteert die kaders bij het ontwikkelen en opleveren van de producten. De werkzaamheden van SDO zijn via vastgelegde procedures en afspraken toetsbaar. SDO draagt zorg voor een kwaliteitsborging via een daartoe op te stellen normenkader en rapporteert daarover periodiek.
- De NZa toetst het eindresultaat aan de vastgestelde kaders en criteria en neemt besluiten op grond van Wmg waardoor vastlegging in wettelijke regels plaatsvindt. Vanwege deze werkwijze kan de toetsing zoveel mogelijk van procesmatige aard zijn. Dubbele werkzaamheden worden voorkomen.

- CVZ beoordeelt de voorstellen van SDO op basis van zijn eigen beoordelingskader en adviseert de minister van VWS over aanmerking van een DBC als verzekerde of onverzekerde zorg.

## **5.2 Organisatie aanpak nieuwe opzet DBC-systeem**

De aanpak van de verbetering van het systeem kan worden vormgegeven volgens de overeengekomen rolverdeling. De NZa en het CVZ zijn verantwoordelijk voor de toetsing van het systeem aan de publieke randvoorwaarden en stellen hiervoor het toetsingskader vast.

SDO heeft de operationele leiding over de uitwerking en is verantwoordelijk voor de inhoudelijke afstemming met de marktpartijen en eindgebruikers. SDO maakt een plan van aanpak voor de uitwerking dat voldoet aan het toetsingskader.

Voor een verdere beschrijving van de wijze waarop de projectmatige aanpak van de systeemverbetering wordt vormgegeven zij verwezen naar het advies over de uitvoering van het activiteitenplan 'DBC's eenvoudig beter'.

## **Bijlage 1: Notitie Samenwerking**



## **Notitie Samenwerking in de onderhoudsketen DBC's**

### **1 Aanleiding**

Onlangs heeft Het Expertisecentrum (HEC) een advies uitgebracht over de samenwerking tussen partijen die bij het onderhoud van DBC's zijn betrokken waarbij knelpunten inzake de toepassing van het Convenant in de praktijk naar voren zijn gekomen. De belangrijkste knelpunten waren:

- onduidelijkheid in de rollen van de verschillende betrokken organisaties;
- onvoldoende planmatige opzet van onderhoudswerkzaamheden;
- complexe en ondoorzichtige overlegstructuur.

In het bestuurlijk overleg tussen VWS, CTG/ZAio, CVZ en DBC-Onderhoud van vrijdag 2 juni 2006 is naar aanleiding van dit rapport afgesproken dat CTG/ZAio en DBC Onderhoud zich op de samenwerking en onderlinge verhoudingen in de onderhoudsketen heroriënteren. Dit met het doel om zowel de private als de publieke taken en verantwoordelijkheden voldoende tot hun recht te laten komen en verdere ruis in de verhoudingen te voorkomen.

In deze notitie wordt op basis van een heroriëntatie door de onderhoudspartijen een gezamenlijke visie op de samenwerking en onderlinge verhoudingen geformuleerd. Deze visie vormt de basis voor de toekomstige samenwerking, die op hoofdlijnen concreet is ingevuld door een aantal essentiële en praktische werkafspraken. De in dit document beschreven afspraken bieden een oplossing voor de in het HEC advies gesignaleerde problemen waarbij helderheid en werkbaarheid voor alle betrokkenen voorop staan. Op een aantal punten zal de komende periode nadere invulling volgen.

### **2 Visie op de samenwerking**

De doelstellingen van het DBC-systeem zijn transparantie, kwaliteit, kosten-effectiviteit en innovatie. Het DBC-systeem beoogt een zo goed mogelijke beschrijving te geven van het medisch handelen en de ontwikkeling daarin en moet daarmee een afspiegeling zijn van de zorginhoudelijke activiteiten. Vanuit die basis vormt het DBC-systeem het instrument voor zorginkoop, bekostiging en financiering.

De publieke en private onderhoudsorganen willen elk vanuit hun eigenstandige verantwoordelijkheid de verdere ontwikkeling van het DBC-systeem ter hand nemen. Het CVZ en CTG/ZAio vanuit de publieke verantwoordelijkheden en DBC Onderhoud gericht op de inhoudelijke ontwikkeling van het systeem. Het totale onderhoud is gebaat bij een heldere beschrijving van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden zowel van ieder van de partijen individueel als in hun onderlinge samenhang.

DBC Onderhoud is verantwoordelijk voor de inhoud van het systeem; bij haar werkzaamheden gaat zij uit van daaraan door de publieke organen gestelde kaders. CTG/ZAio stelt vast of het DBC-systeem voldoet aan de eisen die daar vanuit publieke belangen aan gesteld worden en is verantwoordelijk voor de wettelijke verankering. Het CVZ is verantwoordelijk voor de advisering ten aanzien van opname van DBC's in het verzekeringspakket. Vanuit deze publieke belangen stellen

CTG/ZAio en CVZ kaders ten aanzien van het DBC-systeem. Dit betekent dat zowel DBC-Onderhoud als CTG/ZAio en CVZ met hetzelfde DBC-systeem te maken hebben. De verwevenheid en samenhang van verantwoordelijkheden en taken vereist een nauwe samenwerking en afstemming. Die samenwerking dient er tevens toe te leiden dat de onderhoudsactiviteiten in één planningslijn worden ondergebracht om doublures in de werkzaamheden te voorkomen en te vermijden dat één van de onderhoudsorganisaties in die planningslijn nadelen ondervindt van de ander.

### **3 Uitwerking visie**

#### **3.1 Taakverdeling**

DBC-Onderhoud ontwikkelt zich tot het private DBC kennis- en servicecentrum voor en door de zorg, dat verantwoordelijk is voor het onderhoud, het beheer en de werkbaarheid van het DBC-systeem voor de medisch specialistische zorg en geeft hieraan op dynamische en innovatieve wijze vorm.

Vanuit de nadere afspraken krijgt het adagium 'privaat wat privaat kan en publiek wat publiek moet' een meer concrete invulling, namelijk 'privaat ontwikkelen en publiek borgen'. DBC-Onderhoud levert (productgroepen van) DBC's en de daarbij behorende instrumenten (instructies, verrichtingenlijsten en validatietabellen, zorgprofielen, normtijden, kostprijzen, et cetera). Het betreft hier de zogenaamde 'inhoud' van het DBC-systeem. De (productgroepen van) DBC's dienen hanteerbaar, medisch herkenbaar en kostenhomogeen te zijn. Tevens dient de productstructuur up-to-date te zijn: nieuwe innovatieve zorgvormen worden in het systeem opgenomen en obsoleete DBC's worden verwijderd. Door het bundelen van kennis en het bijeen brengen van alle betrokkenen vertaalt DBC-Onderhoud het medisch handelen en de ontwikkelingen daarin in DBC's. Daarbij spelen aspecten als kosteneffectiviteit en evidence based handelen een belangrijke rol. In het kader van deze taakuitoefening neemt DBC-Onderhoud zo nodig initiatief om onderhoud in gang te zetten. DBC-Onderhoud komt vanuit die taakstelling tot productontwikkeling voor het publieke domein.

DBC-Onderhoud levert inhoudelijke producten aan de publieke onderhoudsorganen:

- Aan het CVZ in het kader van de advisering tot opname of verwijdering van DBC's in het wettelijk pakket:
  - productomschrijvingen (typeringslijsten, productgroepen, prestatiecodes);
  - de hiervoor benodigde onderliggende gegevens, zoals onderbouwingen, zorgprofielen, kostprijzen volgens het geldende format;
  - (tussentijdse) verantwoordingsdocumenten waarin op basis van een normenkader onderschreven wordt op welke wijze voorstellen tot opname of verwijdering in het basispakket komen;
  - desgewenst en zo mogelijk berekeningen ten behoeve van advisering over het basispakket.



- Aan het CTG/ZAio ter vaststelling van de prestatiebeschrijvingen en verankering van de instrumenten in beleidsregels<sup>1</sup>:
  - productomschrijvingen (typeringslijsten, DBC's, productgroepen);
  - bijbehorende instructies, verrichtingstabellen, validatietabellen, eindklasse-tabellen, et cetera;
  - (tussentijdse) verantwoordingsdocumenten waarin op basis van een normenkader beschreven wordt op welke wijze de DBC's en productgroepen zijn vastgesteld en welke gevolgen daarbij optreden;
  - onderliggende gegevens volgens het overeengekomen format.
- Aan het CTG/ZAio ter bepaling en vaststelling van de tarieven:
  - casemix en samenstelling productgroepen;
  - zorgprofielen;
  - kostprijzen;
  - normtijden;
  - desgewenst en zo mogelijk berekeningen ten behoeve van het bepalen en vaststellen van de tarieven.

CTG/ZAio en CVZ moeten met de producten van DBC-Onderhoud zelfstandig hun wettelijke taken kunnen vervullen. Hiertoe formuleren deze organisaties criteria die kaderstellend zijn voor de productontwikkeling. DBC-Onderhoud hanteert deze criteria bij het opstellen van voorstellen en bij zijn eigen werkprocessen.

### 3.2 Kaders en criteria

Om aan de samenwerking in de onderhoudsketen op grond van de hiervoor beschreven visie vorm te geven wordt het volgende proces vormgegeven:

- CTG/ZAio en CVZ stellen wat betreft het DBC-systeem kaders vast. Door de kaders op voorhand te definiëren wordt bereikt dat eventuele bijstellingen op voorhand kunnen plaatsvinden in plaats van dat achteraf wordt vastgesteld dat correctie niet meer mogelijk is.
- DBC-onderhoud hanteert die kaders bij het ontwikkelen en opleveren van de producten. De werkzaamheden van DBC-Onderhoud zijn via vastgelegde procedures en afspraken toetsbaar. DBC-Onderhoud draagt zorg voor een kwaliteitsborging via een daartoe op te stellen normenkader en rapporteert daarover periodiek.
- CTG/ZAio toetst het eindresultaat aan de vastgestelde kaders en criteria en neemt besluiten op grond van WMG. Via deze werkwijze kan de toetsing zoveel mogelijk van procesmatige aard zijn, waardoor dubbele werkzaamheden worden voorkomen. Wat betreft de tariefbepaling- en vaststelling worden door DBC-Onderhoud berekeningen uitgevoerd. Het is de verantwoordelijkheid van CTG/ZAio om op basis van de tarieffecten aan te geven welke wijzigingen noodzakelijk zijn. DBC-Onderhoud geeft hiertoe vroegtijdig en tussentijds de effecten aan, zodat een ieder zo goed mogelijk zijn taak kan uitvoeren.
- CVZ beoordeelt de voorstellen van DBC Onderhoud op basis van zijn eigen beoordelingskader en adviseert de Minister over aanmerking van de DBC als (on)verzekerde zorg.

---

<sup>1</sup> in de bijlage bij deze notitie is een taakafbakening per product opgenomen

Door middel van periodiek overleg en een werkplan (zie hieronder) wordt dit onderhoudsproces bewaakt.

### **3.3 Overleg**

CTG/ZAio besluit over de verankering van de DBC-systematiek in het kader van de WMG/WTG. Op grond van haar inhoudelijke taak levert DBC-Onderhoud de publieke organisaties haar producten conform de afgesproken formats. De werkzaamheden van DBC-Onderhoud zijn via vastgelegde procedures en afspraken toetsbaar.

Bij eventuele discrepanties met betrekking tot de criteria en de toepassing daarvan door DBC-Onderhoud en de andere relevante aspecten van het onderhoudsproces vindt nader overleg op directieniveau plaats. Wanneer dit niet tot de gewenste overeenstemming leidt zal overleg op bestuurlijk niveau plaats vinden. DBC-Onderhoud zal een besluit van de publieke organen inhoudelijk respecteren, en zich daar bij neerleggen voorzover in redelijkheid uitvoerbaar.

### **3.4 Consultatieprocedure**

Een zorgvuldig besluitvormingsproces vereist dat veldpartijen, als gebruikers van het DBC-systeem, geconsulteerd worden over voorgenomen wijzigingen.

Bij de vaststelling van de kaders en criteria voor (de ontwikkeling van) het DBC-systeem zal CTG/ZAio veldpartijen consulteren.

Het overleg over de inhoud van het DBC-systeem vindt plaats tussen DBC-Onderhoud en de verschillende partijen. Indien partijen zich - onverhoopt - wat betreft de inhoud tot de publieke organen zouden richten, zullen die hen doorverwijzen naar DBC-Onderhoud en DBC-Onderhoud zal daarover berichten opdat geen verwarrende overlegsituaties ontstaan. Mochten partijen bezwaren hebben ten aanzien van de inhoud van besluitvorming dan kan kunnen zij bij het CTG/ZAio bezwaar aantekenen en daarna is beroep bij het CBB mogelijk.

### **3.5 Werkprocedures en werkplan**

De planning en informatie-uitwisseling in het kader van de oplevering van de producten wordt aangescherpt.

Op initiatief van DBC-Onderhoud wordt door de onderhoudsorganisaties gezamenlijk een werkprogramma voor een nader te bepalen periode (bijvoorbeeld een jaar) vastgesteld waarin de activiteiten worden benoemd. Voor de in te voeren wijzigingen in het systeem wordt gezamenlijk een werkplan opgesteld met een realistische planning.

- Het werkplan omvat de voorwaarden waaraan de wijzigingsvoorstellen dienen te voldoen.

- Het werkplan omvat verder een:
  - *Analyse en startfase:*
    - Beschrijving en analyse probleem (kwalitatief en kwantitatief);
    - Oplossingsrichtingen;
    - Criteria en de toepassing hiervan en hoe hiermee samenwerking zal worden omgegaan.
    - Te verwachten effecten (kwalitatief en kwantitatief) voor de prestatie-omschrijvingen, tarieven en omzetgevolgen alsmede hoe hiermee in samenwerking zal worden omgegaan;
    - ICT implicaties;
  - *Activiteitenplanning:*
    - Uit te voeren activiteiten door betrokken organisaties;
    - Planning en doorlooppad; mijlpalen, kritieke pad (inclusief go-no-go-besluiten) en (tussen)rapportages;
  - *Afspraken in het kader van de tussentijdse en eindverantwoording:*
    - Dataverzameling, dataverwerking en data-aanlevering;
    - Uitkomsten inclusief verantwoording;
    - Tarief-effectrapportage;
    - Eventueel auditrapport (bij pakket van substantiële omvang).

Het werkplan vormt de basis voor de bewaking van de voortgang.

### 3.6 Informatie uitwisseling

De taak van CTG/ZAio en CVZ brengen mee dat deze rechtstreeks toegang moet hebben tot systeemdokumentatie, data (kostprijsgegevens, profieldata) etc. Bovendien heeft CTG/ZAio de wettelijke bevoegdheid om bij veldpartijen die gegevens op te vragen die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van zijn wettelijke taken. DBC-Onderhoud heeft die wettelijke bevoegdheid niet en is aangewezen op de bereidwilligheid van veldpartijen. Dat kan een spanning oproepen omdat het voor kan komen dat DBC-Onderhoud die gegevens niet aan CTG/ZAio en CVZ ter beschikking mag stellen. Indien zich zo'n situatie voordoet zal na onderling overleg vooraf worden bepaald hoe hiermee wordt omgegaan zodat CTG/ZAio en CVZ toch hun wettelijke taken kunnen vervullen. Het CTG/ZAio behoudt zich het recht voor zich rechtstreeks tot veldpartijen te wenden om op grond van zijn wettelijke bevoegdheden de noodzakelijke gegevens op te vragen.

## 4 Vervolprocedure

Dit document geeft de uitkomsten van heroriëntatie op de samenwerking naar aanleiding van de problematiek inzake de toepassing van het Convenant weer. In een vervolg bestuurlijk overleg tussen VWS en de onderhoudsorganisaties dient dit te worden geformaliseerd. De in het onderhavige document opgenomen afspraken zijn leidend voor de onderlinge werkafspraken. Deze afspraken, zoals de uitwerking van kaders en criteria (zie ook bijlage) zullen de komende periode nader worden uitgewerkt. Tevens zullen dan verdere afspraken betreffende een aantal organisatorische aspecten worden gemaakt en zal bezien worden welke consequenties de afspraken voor het Convenant van 12 april 2005 hebben.

## Concept Nadere uitwerking afspraken aan de hand van de te onderhouden elementen DBC-systematiek

### 1. Verrichtingenlijsten

Toelichting:

Momenteel zijn er twee verrichtingenlijsten die in het kader van de DBC-systematiek worden gebruikt, de DBC-zorgactiviteitentabel en de DIS-verrichtingentabel<sup>2</sup>. De DBC-zorgactiviteitentabel hanteren zorgaanbieders bij het registreren van verrichtingen. Met behulp van deze verrichtingen kunnen de zorgprofielen en bijbehorende kostprijzen adequaat worden vastgesteld, worden DBC's gevalideerd (of afgeleid) en worden zogenaamde overige en ondersteunende producten vastgelegd.

DBC-Onderhoud:

- Inventariseert noodzakelijke/gewenste wijzigingen op basis van gegevensanalyse en afstemming met betrokken organisaties.
- Stelt wijzigingen in de verrichtingentabel op.
- Communiqueert wijzigingen aan betrokkenen.
- Voert wijzigingen door in de betreffende tabellen.
- Verantwoordt zich tijdig en waar nodig tussentijds over de wijzigingen en de gevolgde procedures op basis van een normenkader.
- Levert een gewijzigde DBC-zorgactiviteitentabel en DIS-verrichtingentabel op.

CTG/ZAIO:

- Stelt criteria/dossiereisen op.
- Borgt de DBC-verrichtingentabel in het kader van de WTG/WMG.

### 2. Typeringslijsten, bijbehorende instructies en tabellen

Toelichting:

De typeringslijsten, bijbehorende instructies en tabellen (elektronische typeringslijst, eindklassetabel, diagnosecombinatietabel, doorlooptijdentabel, et cetera) worden door zorgaanbieders gehanteerd om DBC's te registreren en vervolgens te declareren.

DBC onderhoud:

- Inventariseert noodzakelijke/gewenste wijzigingen op basis van gegevensanalyse en afstemming met betrokken organisaties.
- Stelt wijzigingen op die voortvloeien uit systeemaanpassingen of aanpassingen in zorgvormen (innovatie (zie ook ad 13) en obsoleete DBC's).
- Communiqueert voorgenomen wijzigingen aan betrokkenen.
- Voert wijzigingen door in de betreffende tabellen.

---

<sup>2</sup> DIS-verrichtingentabel is DBC-zorgactiviteitentabel inclusief vervallen codes ten behoeve van aanlevering door zorgaanbieders.

- Verantwoordt zich tijdig en waar nodig tussentijds over resultaten op basis van procedures en bijbehorend normenkader.
- Levert aangepaste typeringslijsten op inclusief bijbehorende instructies en tabellen.

CTG/ZAIO/CVZ:

- Stellen criteria/dossiereisen op.
- Het CTG/ZAio borgt typeringslijsten, instructies en tabellen in het kader van de WTG/WMG.
- Het CVZ adviseert het Ministerie van VWS over het al dan niet opnemen van DBC's in het verzekerde pakket.

### 3. Zorgprofielen

Op basis van de DIS-gegevens stelt DBC-Onderhoud zorgprofielen per DBC samen. Deze zorgprofielen worden voor meerdere doeleinden gebruikt. Bijvoorbeeld om vast te stellen of er wijzigingen in de DBC's dienen te worden doorgevoerd uit het oogpunt van medische herkenbaarheid of kostenhomogeniteit, welke validatieregels van toepassing dienen te zijn en om berekeningen uit te voeren ten behoeve van de tariefbepaling/-vaststelling door het CTG/ZAio of het pakketbeheer door CVZ. Afhankelijk van deze doelstellingen kunnen er andere eisen aan de zorgprofielen worden gesteld (bijvoorbeeld bij berekeningen ten behoeve van tariefvaststelling zal representativiteit een belangrijk uitgangspunt vormen).

DBC Onderhoud:

- Verzamelt/selecteert relevante gegevens via DIS.
- Stelt zorgprofielen per DBC/productgroep samen.
- Verantwoordt zich waar nodig tussentijds over resultaten op basis van procedures en bijbehorend normenkader.
- Levert zorgprofielen per DBC/productgroep op.

CTG/ZAio:

- Stelt criteria/dossiereisen op (bijvoorbeeld ten aanzien van representativiteit ten behoeve van de tariefvaststelling, zie ook ad 5).

CVZ:

- Stelt in overleg met DBC-Onderhoud criteria/dossiereisen op waarmee het (ontwikkelingen) in de zorgprofielen kan analyseren.

### 4. Productstructuur

Toelichting:

DBC's worden ingedeeld in productgroepen. DBC's en productgroepen vormen tezamen de productstructuur. De productgroepen dienen medisch herkenbaar, homogeen wat betreft kosten en werklust en hanteerbaar te zijn. Voor het bepalen van productgroepen wordt gebruik gemaakt van de zorgprofielen, de kostprijzen per zorgactiviteit en per DBC, de normtijden en de DBC-casemix. De productgroepen

vormen tevens het uitgangspunt voor de berekeningen ten behoeve van de tariefbepaling door het CTG/ZAIO.

DBC Onderhoud:

- Inventariseert noodzakelijke/gewenste wijzigingen op basis van gegevens-analyse en afstemming met betrokken organisaties.
- Stelt wijzigingen op, die voortvloeien uit systeemaanpassingen en aanpassingen van zorgvormen (innovatie, obsoleete DBC's).
- Communiceert voorgenomen wijzigingen aan betrokkenen;
- Voert wijzigingen door.
- Verantwoordt zich tijdig en waar nodig tussentijds over resultaten op basis van procedures en bijbehorend normenkader.
- Levert aangepaste productgroepen inclusief tabellen op.

CTG/ZAIO:

- Stelt criteria/dossiereisen op.
- Borgt productgroepen in kader van WTG/WMG.

## 5. Tarieflijst A-segment

Toelichting:

Ten behoeve van de bepaling/vaststelling van de tarieven in het A-segment worden berekeningen uitgevoerd. Op basis van de componenten zorgprofielen, kostprijzen normtijden, productgroepen en casemix en eventueel andere gegevens (bijvoorbeeld uurtarief, omzetgegevens, et cetera) worden (kost)prijzen berekend die de basis kunnen vormen voor de door het CTG/ZAIO vast te stellen tarieven.

DBC Onderhoud:

- Voert desgevraagd voor CTG/ZAIO-ZAio berekeningen uit.
- Verantwoordt zich tijdig en waar nodig tussentijds over resultaten en effecten op basis van procedures en een op te stellen normenkader.
- Levert berekeningen ten behoeve van de tariefbepaling op inclusief bijbehorende tabellen.

CTG/ZAIO:

- Stelt criteria/dossiereisen ten behoeve van berekeningen op.
- Volgt op basis van tussentijds rapportages wijzigingen en effecten, geeft tijdig aan waar deze niet aan de criteria voldoen en op welke wijze bijsturing gewenst is.
- Voert zo nodig en op basis van nadere afspraken een materiële toetsing uit door middel van een audit of een zelfstandige toetsing.
- Borgt tarieven A-segment in kader van WTG/WMG.

## 6. DBC-prestatieomschrijving B-segment

Toelichting:

De DBC-prestatieomschrijving voor het B-segment wordt op aangeven van het Ministerie van VWS vastgesteld.

DBC Onderhoud:

- Levert desgevraagd de noodzakelijke inhoudelijke producten op (lijst DBC's, eventueel zorgprofielen, kostprijzen, normtijden, et cetera).
- Levert bijbehorende tabellen op.

CTG/ZAio:

- Borgt prestatie-omschrijvingen in kader van WTG/WMG.

## 7. Normtijden

Toelichting:

DBC's en zorgactiviteiten hebben een normtijd die de gemiddelde tijdsbesteding door medisch specialisten weergeeft. De normtijden worden WV-en van medisch specialisten opgesteld op basis van een combinatie van expert opinion en zorgprofielen. Het toekennen van een normtijd aan een DBC vergt kennis van de inhoud van een DBC. Normtijden worden gecontroleerd en eventueel bijgesteld door toetsing in het rondrekeningstraject. Dit betreft een toetsing achteraf. De normtijden worden gehanteerd bij de analyse van DBC's en productgroepen

DBC Onderhoud:

- Stelt na overleg met WV-en normtijden op.
- Voert desgevraagd een rondrekening uit.

CTG/ZAIO/CVZ:

- Stelt criteria/dossiereisen op.
- Borgt normtijden, waar nodig, in het kader van de WTG/WMG.

## 8. Uurtarief

Toelichting:

Het uurtarief is voorbereid door een onafhankelijke commissie. Het gebruik van een uurtarief is afhankelijk van het bekostigingsmodel en wordt op aanwijzing van het Ministerie van VWS toegepast door het CTG-ZAio.

## 9. Kostprijsmodel/kostprijzen

Toelichting:

Het kostprijsmodel wordt opgesteld om er voor zorg te dragen dat de aanleverende zorgaanbieders op zo uniform mogelijke wijze kostprijzen opstellen. De toepassing van het model door zorgaanbieders leidt tot kostprijzen, die gehanteerd kunnen worden in het kader van de analyse (bepalen DBC's en productgroepen) en in het kader van de berekeningen ten behoeve van het vaststellen van tarieven.

DBC Onderhoud:

- Levert inbreng in werkgroep kostprijzen in het kader van het opstellen van het kostprijsmodel;
- Verzamelt kostprijsgegevens bij zorginstellingen (via DIS)
- Stelt (mediane) kostprijs per verrichting vast op basis van selectie en levert deze op in kader van berekening voor CTG/ZAio.

CTG/ZAIO:

- Stelt kostprijsmodel in afstemming met werkgroep Kostprijzen op.
- Borgt kostprijsmodel in het kader van de WTG/WMG.

## 10. Declaratiebepalingen

Toelichting:

Deze bepalingen regelen het onderling betalingsverkeer tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

CTG/ZAIO:

- Borgt declaratiebepalingen ex WTG/WMG.

## 11. MDS

Toelichting:

Minimale Data Set betreft de verplichte gegevensaanlevering door zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan de DIS. VWS stelt MDS vast. MDS is van essentieel belang voor verdere ontwikkeling van systeem.

DBC Onderhoud:

- Levert expertise bij samenstelling MDS ten behoeve van Onderhoud.

CTG/ZAIO:

- Borgt inhoud MDS ex WTG/WMG.



## **12. Data van en naar DIS**

Toelichting:

MDS wordt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars aangeleverd aan DIS.

CTG/ZAio:

- Borgt aanlevering aan DIS ex WTG/WMG

## **13. Format voorstel tot wijziging**

Toelichting:

Wijziging of toevoeging DBC wordt voorbereid in het adviseringstraject van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en de Commissie Kostprijsanalyse. Hiertoe is een procedure opgesteld door DBC Onderhoud, die is afgestemd met CVZ en CTG/ZAio. Hierin zijn de geldende dossiereisen van CTG/ZAio en CVZ opgenomen.

DBC Onderhoud:

- WAR en Commissie Kostprijsanalyse brengen advies uit conform procedure en dossiereisen.
- Bestuur DBC Onderhoud stelt advies vast.

CTG/ZAio-CVZ:

- Stellen criteria/dossiereisen op;
- CVZ beoordeelt het advies van DBC-Onderhoud.

## **14. Beoordelingsprocedure medische effecten**

Toelichting:

Deze effecten maken onderdeel uit van de advisering door de WAR (zie ad 13) CVZ adviseert over opname in het verzekerde pakket. In voorkomend geval vormt het CVZ zich, als onderdeel van de pakketbeoordeling, een eigen oordeel over alle relevante aspecten (waaronder de effectiviteit).

## **15. Beoordelingsprocedure technische effecten**

Toelichting:

Deze effecten worden meegenomen in het kader van het opstellen van deze wijzigingen door DBC Onderhoud (zie ad 2).

## **16. Beoordelingsprocedure financiële effecten**

Toelichting:

Deze effecten maken onderdeel uit van de advisering door de commissie Kostprijsanalyse (zie ad 13). In voorkomend geval vormt het CVZ zich, als onderdeel

van de pakketbeoordeling, een eigen oordeel over alle relevante aspecten (waaronder de kosteneffectiviteit).

## **17. Monitor**

Toelichting:

Monitoring kan op meerdere gebieden en door meerdere partijen op grond van hun verantwoordelijkheid/taak worden uitgevoerd. Het monitoren van effecten introductie marktelementen betreft één van de taken van CTG/ZAio. Desgevraagd kan DBC Onderhoud analyses in dit kader uitvoeren.

## **18. Audit**

Toelichting:

Een audit kan op verzoek van CTG/ZAio en DBC Onderhoud worden uitgevoerd (zie verschillende componenten en vindt plaats op basis van nadere afspraken tussen betrokken organisaties).

## **19. Kaderregeling AO/IC**

Toelichting:

Kaderregeling AO/IC wordt door COZIEK opgesteld.

DBC Onderhoud:

- Brengt inhoudelijke expertise in bij opstelling regeling.

CTG/ZAio:

- Brengt expertise in bij opstelling regeling.
- Borgt regeling ex WTG/WMG.

## **20. Validatiemodule**

Toelichting:

De validatiemodule is een essentieel onderdeel van de AO/IC-regeling. Het waarborgt in belangrijke mate een juiste vastlegging van DBC's.

DBC Onderhoud:

- Stelt validatietabellen op.

CTG/ZAio:

- Borgt validatietabellen ex WTG/WMG.

## **21. Referentieziekenhuizen**

Toelichting:

De referentieziekenhuizen leveren op grond van nadere afspraken met NVZ en PWC kostprijsgegevens aan. Dit onderdeel wordt momenteel nader uitgewerkt.

## **22. ICT-ondersteuning**

Toelichting:

Ten behoeve van de registratie en declaratie is ondersteuning op ICT-gebied gewenst.

DBC Onderhoud:

- Overlegt met leveranciers over mogelijkheden tot ondersteuning op ICT-gebied.
- Levert tabellen uit aan gebruikers inclusief versiebeheer en autorisatieprocedures.

## **23. Helpdesk**

Toelichting:

Ten behoeve van ondersteuning van gebruikers en publieksvoorlichting is een helpdesk ingericht.

DBC Onderhoud:

- Voert helpdesk uit.



## **Bijlage 2: Dossiereisen**



*Rapport*

## Dossiereisen publiek onderhoud DBC's

Op \*\*\* uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

*Publicatienummer*

<b><i>Uitgave</i></b>	Een uitgave van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio)  Publiek onderhoud Postbus 2039 3500 GA Utrecht Telefoon) 0900-6606066 E-mail <a href="mailto:info@dbcloket.nl">info@dbcloket.nl</a> Internet <a href="http://www.dbcloket.nl">www.dbcloket.nl</a>
<b><i>Volgnummer</i></b>	25014236
<b><i>Auteur</i></b>	mw. drs. H.E.M. Rodenburg-van Dieten en mw. drs. K.W.J. Koolen
<b><i>Doorkiesnummer</i></b>	Tel. (020) 797 85 48
<b><i>Bestellingen</i></b>	Extra exemplaren kunt u bestellen via <a href="mailto:info@dbcloket.nl">info@dbcloket.nl</a> of telefonisch via onze helpdesk onder nummer 0900-6606066.

**Inhoud:**

*pag.*

	Samenvatting
1	1. Inleiding
2	1.a. Dossiereisen Publiek onderhoud DBC's
3	2. Dossiereisen
3	2.a. Het CVZ
3	2.b. CTG/ZAio
4	3. Dossiereisen Publiek onderhoud
4	3.a. Algemene dossiereisen
4	3.a.1. Algemene dossiereisen
5	3.b. Technische dossiereisen
5	3.b.1. Technische dossiereisen
7	3.c. Medisch inhoudelijke dossiereisen
7	3.c.1. Medisch inhoudelijke dossiereisen in geval er sprake is van pakketbeoordeling
8	3.c.2. Medisch inhoudelijke dossiereisen in geval er geen sprake is van pakketbeoordeling
8	3.d. Financiële dossiereisen
8	3.d.1. Financiële dossiereisen
9	3.e. Dossiereisen m.b.t. kosteneffectiviteitsgegevens
9	3.e.1. Dossiereisen m.b.t. kosteneffectiviteitsgegevens
9	3.f. Afsluiting

***Bijlage(n)***

1. Bijlage bij technische dossiereisen



## 1. Inleiding

1 januari 2005 is de DBC-systematiek voor medisch specialistische zorg van start gegaan. Hieraan is een periode van voorbereiding vooraf gegaan.

### ***Operationalisatie publiek onderhoud***

Teneinde haar taak goed uit te kunnen voeren hebben het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) in 2005 hun procedures ingericht.

### ***Werkwijze Publiek onderhoud***

De procedures van Publiek Onderhoud DBC's staan beschreven in het rapport "Werkwijze publiek onderhoud DBC's" . Dit rapport wordt geplaatst op [www.dbcloket.nl](http://www.dbcloket.nl).

### ***Triagecriteria en dossiereisen***

Daarnaast hebben beide organisaties vanuit hun eigen wettelijke bevoegdheden en bestuurlijke verantwoordelijkheden triagecriteria en dossiereisen opgesteld (zie [www.dbcloket.nl](http://www.dbcloket.nl))<sup>1</sup>. De triagecriteria geven aan welke beoordelingsprocedure een aanvraag of advies<sup>2</sup> publiek DBC-onderhoud doorloopt. De dossiereisen geven de indiener van de aanvraag of het advies een richtsnoer welke informatie de aanvraag of het advies dient te bevatten.

### ***Format DBC-dossier***

Naast de triagecriteria en dossiereisen hebben het CVZ en CTG/ZAio ook een format opgesteld waarin de informatie voortvloeiend uit de dossiereisen aangeleverd dient te worden. Het format van het CVZ en dat van CTG/ZAio staan op [www.dbcloket.nl](http://www.dbcloket.nl)<sup>1</sup>.

### ***Beoordelingskader***

In het document "Format DBC-dossier" van het CVZ staat beschreven op welke wijze de informatie aangeleverd bij de verschillende dossiereisen beoordeeld wordt. CTG/ZAio heeft het beoordelingskader beschreven in het beleidsdocument 'beleidsdocument onderhoud DBC's (zie [www.ctg-zaio.nl](http://www.ctg-zaio.nl)).

### ***Terminologie***

Het document triagecriteria en dossiereisen van het CVZ hanteert de term DBC-dossier terwijl CTG/ZAio in zijn beleidsdocument onderhoud DBC's de term aanvraag of advies gebruikt. In dit gezamenlijke document is gekozen voor de

---

<sup>1</sup> Zolang deze website nog niet in de lucht is staan de documenten van het CVZ op [www.cvz.nl / cijfers&publicaties /rapporten CVZ](http://www.cvz.nl/cijfers&publicaties/rapporten) en de documenten van CTG/Zaio op [www.ctg-zaio.nl](http://www.ctg-zaio.nl)

<sup>2</sup> In het beleidsdocument onderhoud DBC's wordt het onderscheid tussen aanvraag en advies gemaakt, omdat DBC Onderhoud – anders dan veldpartijen – op grond van de WVG geen aanvraag kan indienen bij CTG/Zaio. Derhalve wordt DBC Onderhoud door CTG/ZAio om advies gevraagd. Korthedshalve wordt in dit rapport alleen van de term aanvraag gesproken.

term 'aanvraag publiek DBC-onderhoud'. Een aanvraag kan betrekking hebben op meerdere elementen van het DBC-systeem.

Daar waar citaten uit de oorspronkelijke documenten van het CVZ en/of CTG/ZAio gebruikt worden, wordt de terminologie zoals gehanteerd in betreffend document onveranderd weergegeven.

### ***1.a. Dossiereisen Publiek onderhoud DBC's***

#### ***Eén rapport***

In dit rapport worden de dossiereisen van het CVZ en CTG/ZAio beschreven. Het doel is dat Publiek onderhoud één set dossiereisen hanteert voor de indieners van een aanvraag publiek DBC-onderhoud. De triagecriteria van het CVZ en CTG/ZAio blijven separaat. De triagecriteria bepalen immers of de beoordelingsprocedure marginaal of uitgebreid is .

#### ***Uitgangspunt***

Het uitgangspunt van het rapport 'Dossiereisen publiek onderhoud DBC's' zijn de eisen die het CVZ en CTG/ZAio ieder afzonderlijk opgesteld hebben vanuit hun eigen wettelijke bevoegdheden en bestuurlijke verantwoordelijkheden. De colleges van beide organisaties hebben hun eigen triagecriteria en dossiereisen besproken en goedgekeurd / vastgesteld. Dit rapport waarin de dossiereisen van de twee organisaties zijn samengevoegd, heeft geen goedkeuring / vaststelling door de colleges van het CVZ en CTG/ZAio. De dossiereisen zijn immers inhoudelijk niet gewijzigd, maar slechts samengevoegd tot één document.

#### ***Wijziging***

Indien het nodig is om als gevolg van voortschrijdend inzicht of opgedane ervaring de triagecriteria en/of dossiereisen te wijzigen zijn beide organisaties vrij deze wijzigingen zelfstandig door te voeren. De wijzigingen dienen door het college van betreffende organisatie goedgekeurd / vastgesteld te worden.

De wijzigingen zullen tijdig kenbaar gemaakt worden aan DBC-Onderhoud en vervolgens in het rapport 'Dossiereisen publiek onderhoud DBC's' overgenomen worden.

#### ***Opbouw rapport***

Het eerste hoofdstuk van dit rapport, de inleiding geeft kort de achtergrond van het rapport weer. In hoofdstuk 2 staan de dossiereisen van het CVZ en CTG/ZAio globaal beschreven. Hoofdstuk 3 tenslotte geeft een overzicht van de samengevoegde dossiereisen van Publiek Onderhoud waaraan een aanvraag publiek DBC-onderhoud dient te voldoen alvorens zij tot beoordeling van de aanvraag overgaat.

## 2. Dossiereisen

Zoals in de inleiding beschreven hebben zowel het CVZ als CTG/ZAio dossiereisen opgesteld.

### **2.a. Het CVZ**

Het CVZ heeft vijftien dossiereisen geformuleerd onderverdeeld in 3 categorieën, te weten 1) medisch inhoudelijke informatie, 2) kosteninformatie, en 3) kosteneffectiviteitsgegevens.

### **2.b. CTG/ZAio**

CTG/ZAio heeft veertien dossiereisen opgesteld. Deze eisen zijn ondergebracht in vier categorieën, te weten 1) algemeen, 2) technisch, 3) medisch, en 4) financieel.

### **Overlap**

Om te voorkomen dat beide organisaties door middel van de opgestelde dossiereisen min of meer dezelfde informatie vragen heeft hierover afstemming plaatsgevonden. Zo is overeengekomen dat het CVZ voor wat betreft de kosteninformatie aansluit bij de informatie die CTG/ZAio vraagt bij haar dossiereisen en dat CTG/ZAio voor wat betreft de medische informatie aansluiting zoekt bij de dossiereisen van het CVZ.

Uitzondering hierop vormen die situaties waarin een aanvraag publiek DBC-onderhoud geen pakketbeoordeling betreft maar een systeemwijziging. In die situatie heeft het CVZ geen rol in de beoordeling van de aanvraag maar wordt de aanvraag alleen door CTG/ZAio beoordeeld. Voor een dergelijke aanvraag dienen dan ook de medische dossiereisen van CTG/ZAio in de aanvraag behandeld te worden.

In het volgende hoofdstuk zijn de dossiereisen samengevoegd waarbij een inhoudelijk samenhangende ordening is toegepast.

### **Indien geen pakketbeoordeling**

Indien het CVZ in het frontoffice van Publiek Onderhoud vastgesteld heeft dat een aanvraag geen pakketbeoordeling betreft kan in de aanvraag publiek onderhoud DBC's de informatie behorende bij de medische inhoudelijke dossiereisen achterwegen blijven. Wel dient de informatie behorende bij dossiereisen M10, M15, M18 en M22 (zie paragraaf 3.c.2) in de aanvraag te zijn opgenomen.

Tijdens het maandelijks tripartiteoverleg tussen het CVZ, CTG/ZAio en DBC-Onderhoud is anticipatie op de beslissing

van het CVZ in het frontoffice Publiek onderhoud over het feit of de aanvraag pakketbeoordeling betreft mogelijk. Nadat de aanvraag ingediend is stelt het CVZ in het frontoffice officieel vast of de aanvraag pakketbeoordeling is of niet.

### 3. Dossiereisen Publiek onderhoud

In dit hoofdstuk worden de samengevoegde dossiereisen weergegeven.

**Logische indeling** Bij het samenvoegen van de dossiereisen is gebruik gemaakt van de categorieën die door het CVZ en CTG/ZAio opgesteld zijn.

**Categorieën** De dossiereisen van Publiek Onderhoud zijn onderverdeeld in de volgende 5 categorieën:

1. Algemene dossiereisen (A);
2. Technische dossiereisen (T);
3. Medisch inhoudelijke dossiereisen (M);
4. Financiële dossiereisen (F);
5. Dossiereisen m.b.t. kosteneffectiviteitsgegevens (KE).

In de volgende 5 paragrafen worden de categorieën en bijbehorende dossiereisen weergegeven.

#### **3.a. Algemene dossiereisen**

**Doel** Het doel van de algemene dossiereisen is om een globale indruk te krijgen van achtergrond en herkomst van een aanvraag publiek DBC-onderhoud.

##### **3.a.1. Algemene dossiereisen**

**A1** Beschrijf de urgentie van de beoordeling van het voorstel. Hierbij dient tevens de gewenste ingangsdatum van het voorstel weergegeven te worden.

**A2** Geef aan wie de initiatiefnemer van het voorstel is en wie het dossier steunt (bijv. wetenschappelijke verenigingen, koepels etc.)

**A3** Beschrijf het ingediende voorstel en geef tevens de reden van het voorstel.  
Leidt het voorstel bijvoorbeeld tot:

- het verbeteren van de prestatie-omschrijving?
- een nauwkeuriger kostprijsbepaling?
- het oplossen van lacunes in het systeem?<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Deze dossiereis dekt samen met dossiereis T6 dossiereis 13a en 13b van het CVZ

- A4** Geef aan welk type voorstel het betreft:
- Een voorstel voor een nieuwe DBC of element van het DBC-systeem;
  - Een voorstel voor een gewijzigde DBC of element van het DBC-systeem;
  - Een voorstel voor een te verwijderen DBC of element van het DBC-systeem.

- A5** Waarop heeft het voorstel betrekking<sup>4</sup>?
1. Lijst DBC-bedragen en overige bedragen:
    - 1.1 segment A;
    - 1.2 segment B;
    - 1.3 segment A en B;
    - 1.4 overige trajecten en verrichtingen;
    - 1.5 ondersteunende en overige producten.
  2. Element van het DBC-systeem:
    - 2.1 de kostprijs per verrichting;
    - 2.2 de verrichtingenlijst;
    - 2.3 typeringslijsten en instructies;
    - 2.4 zorgprofielen;
    - 2.5 normtijden;
    - 2.6 gewijzigde casemix;
    - 2.7 de productstructuur;
    - 2.8 de validatiemodule.

### ***3.b. Technische dossiereisen***

**Doel** De informatie die voor de technische dossiereisen aangeleverd dient te worden is met name van belang voor CTG/ZAio en heeft betrekking op het systeem van de DBC's.

#### ***3.b.1. Technische dossiereisen***

- T6** Beschrijf met behulp van de impactanalyse<sup>5</sup> de aard en omvang van de technische veranderingen op de onderstaande onderdelen van het DBC-systeem<sup>6</sup> (de bijlagen waarnaar verwezen wordt in deze dossiereis zijn terug te vinden de bijlage van dit rapport):
- a. wat zijn de effecten op de verrichtingenlijst? Indien er wijzigingen in de verrichtingenlijst optreden -> **vul bijlage a.1 in.**
  - b. Wat zijn de effecten op de kostprijs per verrichting?

---

<sup>4</sup> Deze dossiereis is niet relevant voor het advies dat het CVZ, op basis van de beoordeling van de aanvraag, uitbrengt aan de minister van VWS. De informatie die gevraagd wordt is alleen relevant voor CTG/Zaio.

<sup>5</sup> Zie toelichting over impactanalyse in beleidsdocument onderhoud DBC's van CTG/Zaio.

<sup>6</sup> Deze dossiereis dekt samen met dossiereis A3 dossiereis 13a en 13b van het CVZ

Indien er wijzigingen in kostprijzen van verrichtingen optreden -> **vul bijlage b.2 in.**

- c. Wat zijn de effecten op de zorgprofielen? Indien er wijzigingen in zorgprofielen optreden -> **vul bijlage c.3 in.**
- d. Wat zijn de effecten op de normtijden? Indien er wijzigingen in de normtijden optreden -> **vul bijlage d. 4 in.**
- e. Wat zijn de effecten op de casemix? Indien er casemix-wijzigingen optreden -> **vul bijlage e. 5 in.**
- f. Wat zijn de effecten op de typeringslijsten en-instructies?
- g. Wat zijn de effecten op de productstructuur? Is er bijv. een reden om de indeling in productgroepen te wijzigen? (onderbouwen met simulatie).
- h. Wat zijn de effecten op de tarieflijst met DBC's / productgroeptarieven? (onderbouwen met simulatie).
- i. Wat zijn de effecten op de tarieflijst ondersteunende en overige producten? (onderbouwen met simulatie).
- j. Wat zijn de effecten op de tarieflijst trajecten?
- k. Wat zijn de overige effecten?
- l. Welke tabellen zullen veranderen door invoering van dit voorstel?

**77**

Geef n.a.v. de impactanalyse de volgende informatie:

- 1. De frequentie van het voorkomen van de DBC's / verrichtingen waarin wijzigingen optreden;
- 2. Op welke categorie instellingen en hoeveel instellingen zal het voorstel invloed hebben?

**78**

Geef een beschrijving van de toepasbaarheid van het voorstel in het systeem:

- In hoeverre past het voorstel in het huidige administratieve systeem van aanbieders en verzekeraars?
- Hoeveel tijd is gemoeid met het invoeren van het voorstel?
- Moet de validatiemodule naar aanleiding van het voorstel aangepast worden?.

**79**

Zijn er alternatieve oplossingen voor het voorstel? Zo ja, waarom is ervoor gekozen om een nieuwe DBC of element in het DBC-systeem te maken danwel een bestaande DBC of element te wijzigen? Geef een korte beschrijving van de alternatieve oplossing(en).

### ***3.c. Medisch inhoudelijke dossiereisen***

#### ***Doel***

De informatie die aangeleverd bij de medisch inhoudelijke dossiereisen geeft onder andere inzicht in welke zorg een aanvraag publiek DBC-onderhoud omvat, voor welke patiënten de aanvraag bestemd is en hoeveel patiënten mogelijk van de zorg die de aanvraag omvat gebruik zullen maken.

Indien het CVZ in het frontoffice van Publiek Onderhoud vaststelt dat een aanvraag pakketbeoordeling betreft dienen alle medisch inhoudelijke dossiereisen te worden ingevuld. Indien geen sprake is van pakketbeoordeling kan in de aanvraag publiek onderhoud DBC's worden volstaan met beperkte medisch inhoudelijke informatie (zie paragraaf 3.c.2.).

#### ***3.c.1. Medisch inhoudelijke dossiereisen in geval er sprake is van pakketbeoordeling***

#### ***M10\****

Beschrijf de voorgestelde DBC en de bestaande- en zorginhoudelijk aanpalende DBC's<sup>7</sup>.

#### ***M11***

Gegevens over een mogelijke wijziging in diagnose(indicatie) de diagnostiek of de behandeling ten opzicht van de huidige situatie.

#### ***M12***

Beschrijving van de indicatie: welke (sub)groep van patiënten komt voor de (be)handeling in aanmerking?

#### ***M13***

Informatie over de ziektelast behorende bij de aandoening waarvoor de DBC ingezet wordt.

#### ***M14***

Beschrijving van de thans gangbare (be)handelingen in Nederland bij de beoogde indicatie waar dit een vervanging/ alternatief voor beoogt te zijn

#### ***M15\****

Gegevens over de veiligheid en effectiviteit bij betreffende indicatie van de DBC en de informatie waarop dit gebaseerd is<sup>8</sup>.

#### ***M16***

Informatie over lopende studies die relevante gegevens zullen opleveren over de veiligheid en effectiviteit van de DBC.

#### ***M17***

Schatting van het aantal personen dat jaarlijks in Nederland in aanmerking zou komen voor de (be)handeling.

---

<sup>7</sup> Deze dossiereis dekt ook dossiereisen M10, M11 en M12 van CTG/ZAio.

<sup>8</sup> Deze dossiereis dekt ook dossiereis M10 van CTG/ZAio.

- M18\*** Beschrijving van de technologie, inclusief de rationale: via welk werkingsmechanisme komen effecten (vermoedelijk) tot stand, en welke ondersteuning is hiervoor?<sup>9</sup>.
- M19** Relevante aanvullingen vanuit de beroepsgroep en / of patiëntenorganisaties op datgene wat via de literatuur over dit onderwerp bekend is.
- M20** Informatie over de vraag of de aandoening mede een gevolg is van bewuste individuele keuzes.
- M21** Informatie over ontwikkelingen (nu of toekomstige) die van belang zijn voor de advisering over dit onderwerp.
- M22\*** Heeft het voorstel effect op de toegankelijkheid van de zorg? en/of op de keuzemogelijkheid voor de patiënt en/of zorgverzekeraar? Zijn er als gevolg van invoering van het voorstel verschuivingen te verwachten van en naar de 1<sup>e</sup> lijns zorg? Zo ja, beschrijf deze.

*3.c.2. Medisch inhoudelijke dossiereisen in geval er geen sprake is van pakketbeoordeling*

Indien het CVZ in het frontoffice van Publiek Onderhoud vaststelt dat een aanvraag geen pakketbeoordeling betreft dienen alleen de medisch inhoudelijke dossiereisen M10, M15, M18 en M22 in de aanvraag opgenomen te zijn. Deze dossiereisen komen overeen met de medisch inhoudelijke dossiereisen M10, M11 en M12 van CTG/Zaio.

**3.d. Financiële dossiereisen**

- Doel** Met behulp van de informatie die in een aanvraag publiek DBC-onderhoud opgenomen dient te worden bij de financiële dossiereisen krijgt Publiek onderhoud inzicht in de kostenopbouw van de aanvraag.

*3.d.1. Financiële dossiereisen*

- F23** Welke financiële effecten zullen er optreden voor bepaalde instellingen, zorgverzekeraars, specialisten, eerstelijnszorg of patiënten wanneer het voorstel wordt ingevoerd?
- F24** Beschrijf de te verwachten financiële macro-effecten van de invoering van het voorstel en geef hiervoor een onderbouwing.

---

<sup>9</sup> Deze dossiereis dekt ook dossiereisen M10, M11 en M12 van CTG/Zaio.



### ***3.e. Dossiereisen m.b.t. kosteneffectiviteitsgegevens***

***Doel***

De informatie die ten behoeve van deze dossiereisen wordt ingediend geeft inzicht in de kosteneffectiviteit van betreffende aanvraag publiek DBC-onderhoud.

#### ***3.e.1. Dossiereisen m.b.t. kosteneffectiviteitsgegevens***

***KE 25***

Kosteneffectiviteitsgegevens

***KE 26***

Gegevens over de opportuniteitskosten

### ***3.f. Afsluiting***

Onderhavig rapport is een weergave van de dossiereisen van het CVZ en CTG/ZAio zoals beide organisaties deze afzonderlijk eind 2004, begin 2005 hebben opgesteld.

***Wijzigingen mogelijk***

Het is mogelijk dat op grond van opgedane ervaringen en voortschrijdend inzicht één van beide of beide organisaties besluiten hun dossiereisen te wijzigen. Deze wijzigingen zullen tijdig openbaar gemaakt worden en verwerkt worden in dit rapport.

## Bijlage bij Dossiereisen Publiek onderhoud DBC's

---

### a.1 Wijziging van de verrichtingenlijst

- A 1.1 Is er sprake van (een) (meerdere keuzes zijn mogelijk):
- o Nieuwe verrichting
  - o Innovatieve verrichting. (toetsing door CVZ zal plaatsvinden)
  - o Uitsplitsing van een verrichting. Van welke verrichting is dit een uitsplitsing?
  - o Samenvoeging van verrichtingen. Van welke verrichtingen is dit een samenvoeging?
  - o Verwijdering van een verrichting.
  - o Essentiële verrichting.
- A 1.2 Door welk specialisme is de verrichting aangevraagd?
- Zal de verrichting ook door andere specialismen geregistreerd worden?
- Maakt de verrichting onderdeel uit van de DBC van een poortspecialisme als overig of ondersteund product? Zo ja, bij welk specialisme?
- A 1.3 Betreft het verzoek tot wijziging van een verrichting ten behoeve van de registratie of ook voor de declaratie? Wanneer het ook declaraties betreft dienen ook de vragen bij kostprijs per verrichting beantwoord te worden.
- Wat is de reden om de verrichting alleen voor de registratie te gebruiken?
- T 1.1 Geef een toelichting welke gevolgen de wijziging heeft op de verschillende onderdelen en het totaal van het DBC-systeem. Indien deze effecten al blijken uit de impactanalyse (zie T6) kunt u volstaan met een verwijzing hiernaar.
- a. In welke DBC's komt de verrichting voor?
  - b. Leidt de wijziging tot substitutie van andere verrichtingen (komt de verrichting in de plaats van andere verrichtingen, worden bepaalde verrichtingen minder gedaan?) Zo ja, noem de verrichtingen en kwantificeer het substitutie-effect.
  - c. Kunnen er verrichtingen komen te vervallen?
- M 1.1 Geef een voorstel tot een verrichtingen code en bijbehorende omschrijving.

### b.2 Wijziging van de kostprijs per verrichting

- A 2.1 Geef ten aanzien van de wijziging in de kostprijs per verrichting de volgende informatie (invullen per verrichting met gewijzigde kostprijs):
- a. verrichtingencode van de verrichting waarop de kostprijswijziging betrekking heeft.
  - b. kostenonderbouwing (directe kosten, overhead).
  - c. een toelichting op de wijze waarop de kosten zijn toegerekend?
- T 2.1 Geef een toelichting welke gevolgen de wijziging heeft op de verschillende onderdelen en het totaal van het DBC-systeem. Indien deze effecten al blijken uit de impactanalyse (zie T6) kunt u volstaan met een verwijzing hiernaar.
- a. In welke DBC's komt de verrichting voor?
  - b. Treden er (naar verwachting) als gevolg van de wijziging in de kostprijs van de verrichting wijzigingen op in zorgprofielen / verschuivingen binnen of tussen DBC's? Zo ja, noem de DBC's en specificeer de wijzigingen.

- M 2.1 Indien er sprake is van een wijziging van de kostprijs van een bestaande verrichting: wordt de kostprijswijziging veroorzaakt doordat de verrichting op een andere wijze wordt uitgevoerd (bv. met andere techniek of een ander middel)
- F 2.1 Is de verrichting qua kostenbeslag vergelijkbaar met andere of is er een verband met andere verrichtingen? Zo ja, welke?

### **c.3 Wijziging van de zorgprofielen**

- A 3.1 Geef ten aanzien van de wijziging in het zorgprofiel de volgende informatie (invullen per gewijzigde DBC):
- DBC-prestatiecode van de gewijzigde DBC. Bij nieuwe DBC: voorstel voor nieuwe code.
  - volledige zorgprofiel van de gewijzigde DBC (onderliggende verrichtingen, % voorkomen en aantal verrichtingen)
  - voorstel normtijd gewijzigde DBC
  - gemiddelde kostprijs van de gewijzigde DBC
  - spreiding (standaarddeviatie) van de kosten van de betreffende DBC
- T 3.1 Geef een toelichting welke gevolgen de wijziging heeft op de verschillende onderdelen en het totaal van het DBC-systeem. Onderbouw de wijzigingen zoveel mogelijk met een simulatie.
- Treden er als gevolg van de aanpassing van het zorgprofiel wijzigingen op in verwante profielen? Zo ja, geef deze wijzigingen aan.
  - Treden er effecten op in de overige normtijden? Zo ja welke?
  - Indien nieuwe DBC: in welke productgroep zou de DBC het beste kunnen worden ingedeeld en waarom?

### **d.4 Wijziging van de normtijden**

- A 4.1 Geef ten aanzien van de wijziging van de DBC of O(V)P de volgende informatie (invullen per gewijzigde DBC):
- De DBC-prestatiecode van de DBC.
  - Voorstel van de normtijd van de DBC of O(V)P.
- T 4.1 Treden er effecten op in de normtijden van andere DBC's? Zo ja welke?
- M 4.1 Geeft u een onderbouwing van het voorstel van de normtijd. Hoe bent u tot de betreffende normtijd gekomen? Onderbouwen met literatuur.

### **e.5 Wijziging van de casemix**

- A 5.1 Geef ten aanzien van de casemix-wijziging de volgende informatie:
- codes van de DBC's waarop de casemix-wijziging betrekking heeft met per DBC het bijbehorend casemix-aandeel. Onderbouwen met simulatie.
  - wat is de oorzaak van de casemix-wijziging? Wordt de casemix-wijziging bv. veroorzaakt door substitutie van DBC's of door innovatie (zie ook M5.1)?
- M 5.1 Is er een medische verklaring voor de casemix-wijziging (is de casemix-wijziging bv. het gevolg van innovatie of een gewijzigde patiëntenpopulatie)? Zo ja, omschrijf deze.



## **Bijlage 3: Lijst van afkortingen**



## Afkorting

CTG/Zaio	College tarieven gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting
CvV	Classificatie van Verrichtingen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC's	Diagnose Behandel Combinaties
DRG	Diagnosis Related Group
FB	Functiegerichte Budgettering
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
ICD	International Classification of Diseases
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie
LMR	Landelijke Medische Registratie
Nza (i.o.)	Nederlandse Zorgautoriteit (in oprichting)
SDO	Stichting DBC-Onderhoud
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
WV	Wetenschappelijke Vereniging (van medisch specialisten)
ZBC's	Zelfstandige BehandelCentra
Zfw	Ziekenfondswet
Zvw	Zorgverzekeringswet