

Rapport

Definitieve beoordeling DOT

Beoordeling kostendelen tarieven en financiële
impact DOT

juni 2011

Inhoud

Vooraf	5
1. Inleiding	7
1.1 Context	7
1.2 Voorgenomen besluit over de productstructuur	8
1.3 Oplevering DOT-pakket	8
1.4 Leeswijzer	9
2. Beoordeling kostendelen tarieven DOT	11
2.1 Segmentering zorgproducten	11
2.1.1 Segmentering epilepsie	12
2.1.2 Segmentering audiologie	13
2.2 Kwaliteit kostenbedragen tarieven	14
2.2.1 Beschrijving kostprijsmodel	14
2.2.2 Kwaliteit kostprijzen	14
2.2.3 Kwaliteit profielen	17
2.2.4 Overige aspecten kostendelen tarieven	18
2.2.5 Conclusie kwaliteit kostendelen tarieven	21
2.3 Kapitaallasten en prijsindex	21
2.4 Kwaliteit tarieven Long/Astma	22
2.5 Correctierelease	23
2.6 Conclusie	24
3. Beoordeling impact DOT	25
3.1 Achtergrond en leeswijzer	25
3.2 Impactanalyses NZa	26
3.2.1 Impactanalyses op macroniveau	26
3.2.1.1 Resultaten	26
3.2.1.2 Nadere duiding macro uitkomsten	26
3.2.2 Impactanalyses per categorie	27
3.2.2.1 Resultaten	27
3.2.2.2 Nadere duiding uitkomsten per categorie	27
3.3 Matigende factoren	28
3.4 Conclusie	29
4. Beleidsontwikkeling DOT	31
4.1 Beleidsregel en regeling	31
4.2 Beleidsonderdelen	32
4.2.1 Soorten prestaties	32
4.2.2 Tariefsoorten	33
4.2.3 Dure en weesgeneesmiddelen	33
4.3 Regeling	34
4.3.1 Registreren	34
4.3.2 Afleiden	35
4.3.3 Declareren	35
4.3.4 Informeren	35
4.3.5 Handhaafbaarheid DOT	36
5. Eindoordeel NZa	39
5.1 Opvattingen partijen	39
5.2 Eindoordeel	40

Vooraf

Na het eerdere voorgenomen besluit van 12 april 2011, heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 30 juni 2011 een definitief besluit genomen over DOT. Daarmee staat de invoering van DOT als productstructuur voor de medisch specialistische zorg per 2012 vast. Ook zijn met dit besluit de kostendelen van de tarieven vastgesteld en is bepaald welke producten in 2012 tot het vrije, dan wel het gereguleerde segment zullen behoren.

Tenslotte zijn met dit besluit de nieuwe beleidsregel en regeling 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' vastgesteld per 1 januari 2012, waarmee veel oude beleidsregels en regelingen zullen vervallen.

Met DOT, een afkorting van 'DBC's op weg naar transparantie', wordt in de dagelijkse praktijk zowel het verbeterde stelsel van diagnose behandeling combinaties (DBC's) bedoeld, als het proces van invoering van dat verbeterde stelsel. Binnen DOT worden de DBC's DBC-zorgproducten genoemd. Naast de DBC-zorgproducten heeft de NZa voor 2012 ook overige zorgproducten vastgesteld, zoals add-ons voor de dure en weesgeneesmiddelen en de intensive care zorg.

In dit rapport beschrijft de NZa haar bevindingen en de daaruit voortvloeiende definitieve beoordeling ten aanzien van de productstructuur en de kostendelen van de tarieven, die aan de genoemde besluiten ten grondslag liggen. Dit rapport is het vervolg op het eerdere rapport genaamd 'beoordeling productstructuur DOT' en richt zich vooral op de kostendelen van de tarieven en de impact.

Ook worden een aantal belangrijke beleidselementen beschreven welke in de nieuwe beleidsregel zijn vastgelegd. De regeling 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' beschrijft aan welke verplichtingen zorgaanbieders zich moeten houden en wordt in dit rapport besproken.

De NZa heeft analyses gemaakt van de financiële impact voor ziekenhuizen van de invoering van prestatiebekostiging op basis van DOT. Hoewel deze analyses niets zeggen over de verbetering die DOT ten opzichte van het huidige DBC-systeem met zich meebrengt zijn de analyses wel van belang om de risico's voor veldpartijen in te kunnen schatten. Op basis van deze analyses lijken de effecten op macroniveau gering. Lokaal kunnen de financiële gevolgen groter zijn, zowel in positieve als negatieve zin. Naar de inschatting van de NZa ligt de bron van de effecten vooral bij de vervanging van budget- door prestatiebekostiging en niet bij de invoering van DOT. Het precieze effect is moeilijk in te schatten, maar de NZa ziet wel risico's.

De NZa ziet voldoende oplossingen om deze risico's het hoofd te bieden. Zo kunnen verzekeraars en ziekenhuizen vanaf volgend jaar over 70% van de zorg onderhandelen en hebben zij daarmee de mogelijkheid (en een eigen verantwoordelijkheid) om naar passende oplossingen te zoeken.

Daarnaast is voor 2012 en 2013 voor de ziekenhuiszorg een overgangsregeling opgesteld. In 2012 krijgen ziekenhuizen 95% van het omzetverschil met hun budget verrekend, en in 2013 nog 70%. In deze jaren werkt de NZa samen met DBC-Onderhoud en veldpartijen aan de verdere verbetering van de DBC-zorgproducten. Daarbij wordt onder meer de gespecialiseerde zorg die UMC's leveren, nog beter gedefinieerd.

Met dit besluit is een belangrijke mijlpaal bereikt na de jarenlange ontwikkeling van de nieuwe productstructuur. Brancheorganisaties en onderhoudspartijen hebben op een constructieve manier samengewerkt aan de ontwikkeling. Ik wil alle partijen oproepen de noodzakelijke voorbereidingen te treffen voor de implementatie van DOT.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

1. Inleiding

1.1 Context

Op 16 mei 2011 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het definitieve DOT-pakket en bijbehorende verantwoording van DBC-Onderhoud ontvangen. De NZa heeft dit pakket beoordeeld, waarbij de nadruk ligt op de kostendelen van de tarieven. In combinatie met het eerdere oordeel over de productstructuur DOT¹ leidt dit tot een totaalconclusie over de kwaliteit van DOT. Separaat is ook onderzoek gedaan naar de financiële impact van de invoering van prestatiebekostiging op basis van DOT.

Om veldpartijen voldoende voorbereidingstijd te geven, heeft de NZa het beoordelingsproces zo ingericht dat voor 1 juli 2011 een definitief besluit genomen is over de invoering van DOT per 2012. Aan dit besluit ligt een aanwijzing van de Minister van VWS ten grondslag² liggen. In de aanwijzing wordt zowel de invoering van DOT, als de indeling van segmenten en tariefsoorten geregeld. Deze aanwijzing 'transparante prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012' is opgenomen in bijlage 1.

De NZa hecht grote waarde aan een zorgvuldig besluitvormingsproces en heeft daarom uitgebreid partijen geconsulteerd. Een conceptversie van voorliggende rapportage is gebruikt voor raadpleging van de adviescommissie Cure tweedelijns zorg en GGZ (verder adviescommissie) op 14 juni 2011.³ Opvattingen van de adviescommissie zijn gebruikt om de beoordeling van de NZa aan te scherpen ten behoeve van de definitieve besluitvorming. Parallel aan de adviescommissie is in een viertal technische overleggen (9 februari, 9 mei, 30 mei en 16 juni 2011) de formele regelgeving met veldpartijen besproken, zijnde beleidsregels en regelingen.

De NZa heeft op basis van dit beoordelingsrapport, aangevuld met de opvattingen van de adviescommissie op 30 juni 2011 een definitief besluit genomen over de productstructuur DOT inclusief de kostendelen van de tarieven.

Na deze vaststelling door de NZa zullen later nog twee aanvullingen op het DOT-pakket volgen:

- Momenteel wordt in nauw overleg met veldpartijen gewerkt aan de totstandkoming van de normtijden ten behoeve van de honorariumtarieven. Begin augustus 2011 zullen de concept honorariumtarieven door DBC-Onderhoud worden opgeleverd aan de NZa en veldpartijen. De NZa zal de honorariumtarieven uiterlijk 1 september 2011 vaststellen, waarna DBC-Onderhoud een aangepast DOT-pakket zal uitleveren.
- Op 15 november 2011 zal er door DBC-Onderhoud een correctierelease van het DOT-pakket worden uitgereikt. Dit pakket wordt op 1 oktober te beoordeling voorgelegd aan de NZa. Voor meer informatie hierover wordt verwezen naar hoofdstuk 2.5.

¹ Brief aan VWS, besluit productstructuur DOT, 12 april 2011, kenmerk 11D0013287

² PM: verwijzing opnemen naar aanwijzing

³ Ook in adviescommissie van 9 februari 2011 is het voorgenomen beleid rondom DOT besproken.

1.2 Voorgenomen besluit over de productstructuur

Op 1 maart 2011 heeft NZa de voorlopige DOT-productstructuur 2012 (RS08), exclusief kostentarieven en honoraria, van DBC-Onderhoud opgeleverd gekregen. Om partijen optimale voorbereidingstijd te geven heeft de NZa deze productstructuur in de maanden maart en april al beoordeeld. Deze beoordeling is verwoord in het rapport 'Beoordeling productstructuur DOT'.⁴

Op 12 april 2011 heeft de Raad van Bestuur van de NZa een voorgenomen besluit genomen over de productstructuur van DOT (exclusief tarieven).⁵ De NZa heeft in dit voorgenomen besluit bepaald dat DOT geschikt is om per 2012 te worden ingevoerd als productstructuur voor de medisch specialistische zorg. Het besluit heeft een 'voorgenomen' karakter omdat alleen de producten (productstructuur) zonder de tarieven zijn beoordeeld.

1.3 Oplevering DOT-pakket

Op 16 mei 2011 heeft DBC-Onderhoud het definitieve DOT-pakket inclusief verantwoording opgeleverd. Feitelijk betreft dit de productstructuur zoals op 1 maart reeds door DBC-O opgeleverd (zie paragraaf 1.2), aangevuld met de kostenbedragen en een beeld van de financiële impact. Het gaat hierbij om de volgende onderdelen:

1. Gebruikersdocument deel 1, versie 1 juli
2. Verantwoordingsdocument productstructuur en tarieven pakket 2012. (Dit document wordt later door DBC-O aangepast in Gebruikersdocument deel 2, versie 1 juli)
3. Gebruikersdocument deel 3, versie 1 juli
4. DOT-Boombestanden (Grouper)
5. DOT-Referenties (Grouper)
6. DOT-Toelichting op de Groupertabellen
7. DOT-Aanspraak Code Tabel incl. toelichting
8. DOT-Afsluitreden Tabel incl. toelichting
9. DOT-Registratieregels incl. toelichting
10. DOT-Registratieregul addendum
11. DOT-Specialisme specifieke toelichtingen
12. DOT-RSAD document
13. DOT-WBMV Code Tabel incl. toelichting
14. DOT-Zorgproducten Tabel incl. toelichting
15. DOT-Zorgproductgroepen Tabel incl. toelichting
16. DOT-Zorgproductenviewer (vulling)
17. DOT/DBC-Elektronische Typeringslijst incl. toelichting
18. DOT/DBC-Zorgactiviteiten Tabel incl. toelichting
19. DOT/DBC-Concept Tarieven Tabel incl. honoraria=0, totaal (specifiek NZa variant) incl. toelichting
20. DBC-Eindklasse Tabel incl. toelichting

De tabellen en documenten genoemd onder 1 en 3 t/m 20 zijn te vinden op de website van DBC-Onderhoud.⁶ De gebruikersdocumenten genoemd

⁴ Rapport is te downloaden via www.nza.nl, dossier DBC/DOT.

⁵ Besluit is verwoord in brief aan de minister 'besluit productstructuur DOT', 12 april 2011, kenmerk 11D0013287 en circulaire aan het veld 'voorgenomen besluit DOT', 14 april 2011, kenmerk CI/11/12C / 11D0013719

⁶ Brief NZa aan ZN/NVZ/NFU, 'Uitlevering concept tabellen DOT', d.d. 1 februari 2011, kenmerk 11D0003147

onder 1 t/m 3 vormen gezamenlijk de verantwoording van DBC-Onderhoud van het DOT-pakket 2012.

De informatie voor de beoordeling van de tarieven is verkregen uit het 'verantwoordingsdocument productstructuur en tarieven pakket 2012'. Dit bevat de cijfermatige onderbouwing van de wijzigingen in het DOT-pakket en beschrijft hoe de data voor de tariefberekeningen tot stand zijn gekomen, hoe de DBC-zorgproductprijzen berekend zijn en hoe de effecten van deze nieuwe DBC-zorgproductprijzen in kaart gebracht zijn. Naar aanleiding van het verantwoordingsdocument heeft de NZa aan DBC-Onderhoud aanvullende vragen gesteld. Een aangepaste verantwoording is opgeleverd op 23 mei 2011 (bijlage 2). Nadien zijn er nog diverse aanvullende vragen door DBC-Onderhoud beantwoord, die de NZa een plaats heeft gegeven in deze beoordeling.

In het gebruikersdocument deel 1 wordt een overzicht gegeven van alle wijzigingen in het DOT-pakket RS08. Ook is een korte beschrijving opgenomen van de wijze waarop de wijzigingen zijn verwerkt en welke tabellen hiervoor zijn aangepast. Aangezien de NZa de productstructuur reeds heeft beoordeeld speelt dit document in deze beoordeling geen rol. In het gebruikersdocument deel 3 beschrijft DBC-Onderhoud de ICT-eisen die worden gesteld aan een succesvolle implementatie van het DOT-pakket. Dit deel is vooral bestemd voor automatiseerders en ZIS-leveranciers en zal dus ook niet bepalend zijn voor de beoordeling.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport wordt de beoordeling van DOT weergegeven als basis voor het definitieve besluit door de Raad van Bestuur van de NZa. In deze beoordeling zal de focus liggen op een drietal aspecten:

Beoordeling kostendelen tarieven DOT (hoofdstuk 2)

In dit hoofdstuk worden de kostendelen van de tarieven beoordeeld aan de hand van een aantal beoordelingscriteria, zoals kwaliteit van de kostprijzen, resultaten van de audit en CV-waarde.

Beoordeling impact DOT (hoofdstuk 3)

Dit hoofdstuk beschrijft kort de resultaten van de impactanalyses welke uitgevoerd zijn om de impact van DOT als bekostigingsinstrument onder prestatiebekostiging in kaart te brengen.

Beleidsontwikkeling DOT (hoofdstuk 4)

In hoofdstuk 4 wordt kort stilgestaan bij een aantal ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot DOT. Het betreft specifieke elementen waarover sinds april 2011 meer duidelijkheid is ontstaan.

Tot slot wordt in hoofdstuk 5 de opvattingen van veldpartijen weergegeven gevolgd door de eindbeoordeling.

De volgende bijlagen zijn opgenomen bij het rapport:

- Bijlage 1. Aanwijzing transparante prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012.
- Bijlage 2. Verantwoordingsdocument DBC-Onderhoud productstructuur en tarieven pakket 2012.
- Bijlage 3. Eindrapportage impactanalyse DOT ziekenhuiskostendeel, de impact van DOT onder prestatiebekostiging.
- Bijlage 4. Aanbiedingsbrief Vereniging Astma-centra Nederland (VAN) productstructuur.
- Bijlage 5. Verantwoordingsdocument tarieven DBC's Complex Chronisch Longfalen.

- Bijlage 6. Limitatieve lijst niet vast te stellen kostendelen tarieven DBC-zorgproducten

2. Beoordeling kostendelen tarieven DOT

2.1 Segmentering zorgproducten

Per 2012 zal – naast het vaste segment met een aantal zogenaamde beschikbaarheidvergoedingen – sprake zijn van twee segmenten binnen de DBC-zorgproducten:

- DBC-zorgproducten vallend onder het gereguleerde segment met maximum tarieven ('A-segment');
- DBC-zorgproducten vallend onder het vrije segment waarbij de kostendelen vrij onderhandelbaar zijn ('B-segment')⁷.

Onder het gereguleerde A-segment vallen in 2012 in ieder geval alle zorgproducten niet zijnde DBC-zorgproducten, oftewel de 'overige zorgproducten':⁸

- 1. overige producten (OVP's);
- 2. ondersteunende producten (OP's);
- 3. overige trajecten (OVT's);
- 4. overige verrichtingen;
- 5. add-ons.

Voor de categorieën 1 t/m 4 geldt doorgaans dat de kostendelen van de tarieven niet aangepast worden ten opzichte van 2011, maar alleen zullen worden geïndexeerd. De NZa zal bij de doorontwikkeling van de productstructuur ook deze overige zorgproducten betrekken. Een uitzondering hierop vormen binnen de categorie overige verrichtingen de stollingsfactoren. Deze stollingsfactoren zouden oorspronkelijk een plek krijgen als add-on, maar vanwege technische redenen is er gekozen voor een andere constructie. De tarieven van deze overige verrichtingen zijn gebaseerd op de lijstprijzen per verpakkingseenheid. Ook voor de add-ons IC en dure en weesgeneesmiddelen geldt dat er nieuwe tarieven komen. De tarieven voor de dure en weesgeneesmiddelen worden gebaseerd op de lijstprijs per mg per toedieningsvorm. Deze worden meegenomen in de correctie release van 15 november 2011 (zie hoofdstuk 2.5).

Op 12 april heeft de NZa een advies uitgebracht aan de minister van VWS aangaande welke zorg in vrije segment zou kunnen vallen.⁹ Op basis van dit advies, dat de minister heeft overgenomen, zal het gereguleerde segment naast de 'overige zorgproducten' onderstaande DBC-zorgproductgroepen gaan omvatten.

⁷ Voor de honorariumtarieven gelden in het B-segment maximumtarieven.

⁸ Met uitzondering van enkele ondersteunende producten als fysiotherapie, oefentherapie en logopedie.

⁹ Brief NZa aan minister van VWS, invulling 70% B-segment, 12 april 2011, kenmerk 11D0013269

Tabel 1. DBC-zorgproducten vallend in het gereguleerde segment

DBC-zorgproductgroepen gereguleerde segment naam	productgroeicode
WBMV – Klinische genetica en overige klinische genetica	972800
WBMV – Zenuwstelsel (incl. aanverwante diagnoses)	972802
Infertiliteit (incl. WBMV)	972804
Hart/long/hartlongtransplantatie/stamceltherapie/ritmechirurgie/AICD-implantatie/PTCA/CABG/OpenHartOperatie (incl. WBMV)	979001
Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (incl. WBMV)	979002
Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl. WBMV)	979003
Gespecialiseerde brandwondenzorg	979004
Chronische thuisbeademing	990011
Kindergeneeskunde (exclusief diabetes)	990016
Neonatologie	990017
Complex chronisch longfalen	990022
Revalidatiegeneeskunde	990027
Psychiatrie	990029
Kinderneurologie (excl. Epilepsie)	990030
Palliatieve zorg	990040
Zenuwstelsel – Epilepsie/status epilepticus/convulsies (wd)	69899

Bron: Advies NZa aan minister VWS 12 april 2011

Wanneer aan alle DBC-zorgproducten en overige zorgproducten een productiewaarde wordt toegekend zal het vrije segment per 2012 naar schatting een omvang hebben van 70% van de DOT-omzet (zie tabel 2). Wanneer alleen de DBC-zorgproducten meegenomen worden in de productiewaarde (en de overige zorgproducten buiten beschouwing worden gelaten) betreft het vrije segment circa 85% van de DOT-omzet (zijnde 70/82). Aangezien de tarieven voor de overige zorgproducten slechts zeer beperkt wijzigen (zie paragraaf 2.1.1), zal in de beoordeling de focus primair liggen op de resterende circa 15% DBC-zorgproducten zoals opgenomen in bovenstaande tabel, aangezien alleen deze producten per 2012 nog een gereguleerd kostentarieff zullen kennen.

Tabel 2. Verdeling zorgproducten

Totale productie zorgproducten	100%
Waarvan DBC-zorgproducten in A-segment	Circa 13%
Waarvan DBC-zorgproducten in B-segment	Circa 70%
Waarvan overige zorgproducten in A-segment	Circa 17%
Waarvan overige zorgproducten in B-segment	0%

2.1.1 Segmentering epilepsie

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft op 2 mei jl. een brief aan het ministerie van VWS gestuurd over de epilepsiezorg.¹⁰ In deze brief wordt aangegeven dat ZN het wenselijk vindt dat de epilepsiezorg, zoals die in algemene ziekenhuizen en UMC's wordt geleverd, wordt overgeheveld naar het B-segment. Als argument wordt genoemd dat dan in de tariefstelling rekening gehouden kan worden met zorginnovaties die thans door ziekenhuizen uit de lokale productiegebonden toeslag worden betaald.

De insteek van de NZa bij de advisering aan de minister over het B-segment is geweest, dat de epilepsiezorg niet aan het B-segment is

¹⁰ Brief ZN aan VWS, Advies inzake invulling B-segment, kenmerk B-11-839-gsa1, 2 mei 2011

toegevoegd, omdat de epilepsiezorg nog op de doorontwikkelagenda staat. De doorontwikkeling houdt een samenvoeging van de huidige viertaksboom in een eentaksboom in. Deze doorontwikkeling heeft ook gevolgen voor de epilepsiezorg die in algemene ziekenhuizen en UMC's wordt geleverd. Deze zorg voldoet zodoende niet aan het stabiliteits criterium dat vooraf is opgesteld. Bovendien is in principe het uitgangspunt bij overheveling naar het B-segment dat op zorgproductgroepniveau wordt gekeken of de zorg overgeheveld kan worden (zorgproductgroep volledig in het A-segment óf zorgproductgroep volledig in het B-segment).

ZN geeft aan dat de crux zit in de stelling dat de integratie tot een zogenaamde eentaksboom consequenties zal hebben voor de DBC-zorgproducten zoals die nu in algemene ziekenhuizen en UMC's wordt geboden. Het is denkbaar dat DBC-zorgproducten die nu nog alleen door de epilepsiecentra worden geleverd dan door algemene ziekenhuizen en UMC's zullen worden aangeboden, maar daar veranderen de bestaande DBC-zorgproducten niet door. Dat ze op een andere manier in de boom gehangen worden, is geen reden om ze nu niet in het B-segment te plaatsen.

Op 12 mei jl. hebben de Epilepsie Vereniging Nederland (EVN) en het Nationaal Epilepsie Fonds (NEF) tevens een brief aan het ministerie van VWS gestuurd.¹¹ In deze brief vragen zij met klem om het verzoek van ZN om epilepsie in het B-segment te plaatsen te honoreren. Gesteld wordt dat binnen de algemene tariefstelling in het A-segment onvoldoende rekening kan worden gehouden met de specifieke zorginnovaties in de epilepsiezorg, bijvoorbeeld de inzet functie van de epilepsieconsulent.

In het technisch overleg van 30 mei 2011 is aan partijen de vraag voorgelegd of epilepsiezorg aangeboden door algemene ziekenhuizen en UMC's dient te worden overgeheveld naar het B-segment. ZN, de NFU en de Orde zijn van mening dat deze zorg overgeheveld moet worden naar het B-segment. De NVZ is van mening dat deze epilepsiezorg in het A-segment moet blijven en vraagt zich af of de beleidsregel innovatie niet kan worden ingezet voor bekostiging van zorginnovaties.

De NZa heeft de argumenten van partijen afgewogen en komt tot de conclusie dat de epilepsiezorg die in algemene ziekenhuizen en UMC's wordt geleverd toch kan worden overgeheveld naar het B-segment. Het betreft twee van de vier takken. Op deze manier kunnen zorginnovaties binnen de epilepsiezorg in de tariefstelling worden meegenomen. Dit is te verkiezen boven de inzet van de beleidsregel innovatie. Deze conclusies is als aanvulling op het reeds eerder verstrekte advies aan VWS doorgegeven.¹²

Deze (marginale) aanpassing van de samenstelling van het B-segment zal nog aan het ministerie van VWS worden voorgelegd. DBC-O zal van de NZa het verzoek krijgen om dit ten behoeve van de correctierelease aan te passen in DOT.

2.1.2 Segmentering audiologie

De Federatie van Audiologische Centra (verder Fenac) heeft middels een brief aan VWS verzocht om het besluit om audiologie over te hevelen

¹¹ Brief EVN en NEF aan VWS, 12 mei 2011

¹² Brief aan VWS, aanvulling op advies B-segment, 10 juni 2011, kenmerk 11 D0021100

naar het vrije B-segment aan te houden.¹³ De Fenac geeft in de brief aan de overheveling graag eerst met de relevante partijen (NZa en ZN) te bespreken. Inmiddels heeft er overleg plaatsgevonden tussen de NZa, Fenac en ZN. De NZa blijft van mening dat deze zorg in het vrije segment zou moeten vallen. De productstructuur voor de audiologie wordt door DBC-Onderhoud en de NZa als stabiel bestempeld. Juist door deze tarieven vrij te geven ontstaat er voor partijen optimale vrijheid om maatwerk afspraken te maken op lokaal niveau. Dit standpunt is als extra onderbouwing van het eerder verstuurd advies aan VWS verstrekt.¹⁴

2.2 Kwaliteit kostenbedragen tarieven

2.2.1 Beschrijving kostprijsmodel

De kostenbedragen van DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment worden op hoofdlijnen als volgt berekend:

- 1. Kostprijsinformatie op het niveau van kostdragers (zorgactiviteiten) wordt berekend op basis van door de NZa vastgesteld calculatieprincipes en getoetst middels een audit.
- 2. De kostprijzen worden vervolgens aangeleverd door een referentiegroep van zorgaanbieders uit diverse instellingscategorieën aan DBC-Onderhoud.
- 3. De gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit worden door DBC-Onderhoud berekend.
- 4. Bij geen of onvoldoende kostprijsgegevens van zorgactiviteiten worden expertkostprijzen van zorgactiviteiten berekend.
- 5. De DIS-gegevens worden bewerkt en gecontroleerd. Dit gebeurt door in vijf stappen de data te bewerken, te weten: periodeselectie, schoning, representativiteitstoets, transformatie en simulatie.
- 6. De gemiddelde profielen per DBC-zorgproduct worden vastgesteld.
- 7. De kostprijzen en profielgegevens worden samengevoegd tot een productkostprijs.
- 8. Indien er minder dan zes productprofielen in het DIS aanwezig zijn is sprake van een expertproduct en wordt er een expertproductprijs berekend.
- 9. Het hele tariefberekeningsproces wordt geauditeerd door een accountant.

De belangrijkste elementen komen in volgende paragrafen terug.

2.2.2 Kwaliteit kostprijzen

De kwaliteit van de kostprijzen hangt onder meer af van de samenstelling van de referentiegroep, kwaliteit van de aanlevering, nauwkeurigheid en CV-waarden en de kwaliteit van de expertkostprijzen. Hieronder wordt de beoordeling aan de hand van deze criteria uitgewerkt.

- Samenstelling referentiegroep en actualiteit kostprijzen

De kostprijzen die gehanteerd zijn bij het berekenen van de tarieven zijn gebaseerd op het jaar 2009 (meest actuele beschikbare jaar) en afkomstig van een referentiegroep met daarin twintig algemene ziekenhuizen. Alleen wanneer er geen kostprijs van een zorgactiviteit

¹³ Brief FENAC aan VWS, Advies inzake invulling B-segment Audiologie, kenmerk FEN/2011/12897, 14 mei 2011

¹⁴ Brief aan VWS, aanvulling op advies B-segment, 10 juni 2011, kenmerk 11 D0021100

aanwezig is uit deze referentiegroep, is er geput uit kostprijsgegevens van twee universitair medische centra (UMC's).

Voor de categorale sectoren epilepsie, revalidatie, audiologie en radiotherapie zijn specifieke zorgactiviteiten (kostendragers) beschikbaar. Voor de DBC-zorgproducten van deze specifieke categorale sectoren zijn de volgende kostprijzen gehanteerd:

DBC-zorgproducten revalidatie

15 van de 23 revalidatiecentra hebben kostprijzen 2009 aangeleverd. Van deze vijftien centra zijn er drie centra uiteindelijk niet meegenomen.

DBC-zorgproducten radiotherapie

Alle zes de radiotherapeutische centra en drie algemene ziekenhuizen (die alleen een deelaanlevering hebben gedaan van radiotherapie) hebben kostprijzen 2009 aangeleverd.

DBC-zorgproducten audiologie

Elf van de dertien audiologische centra hebben kostprijzen 2008 aangeleverd.

DBC-zorgproducten epilepsie

Beide epilepsiecentra hebben kostprijzen 2009 aangeleverd.

Ten opzichte van de tariefberekening 2011 is de referentiegroep ziekenhuizen in omvang gelijk gebleven, namelijk twintig. Wel vonden in de samenstelling van de groep enkele wijzigingen plaats. Waar er voor de tarieven 2011 nog kostprijzen van vier UMC's beschikbaar waren die ter aanvulling dienden, zijn dat er nu nog maar twee. Dit betekent niet automatisch dat de kwaliteit van de kostprijzen 2011 beter was dan voor de tarieven 2012. De calculatieprincipes en werkafspraken die worden gehanteerd door UMC's wijken op een aantal onderdelen sterk af van die van de algemene ziekenhuizen, waardoor de kwaliteit van de kostprijzen van de UMC's in het algemeen niet goed te bepalen is. Dit is ook de reden dat de kostprijzen van UMC's in beginsel niet worden meegenomen.

Behoudens voor audiologie zijn kostprijzen 2009 gehanteerd. Binnen de huidige systematiek van kostprijsberekening en -aanlevering is het hanteren van kostprijzen uit het jaar t-2 qua actualiteit het hoogst haalbare. In de praktijk worden ook vaak kostprijzen uit t-3 gebruikt, omdat het jaarlijks opvragen en bewerken van kostprijzen een zeer bewerkelijk en intensief proces is. Oudere kostprijzen zijn gelet op representativiteit minder wenselijk. Voor audiologie waren geen recentere kostprijzen beschikbaar, maar dit is gelet op de overgang naar het B-segment geen materieel probleem.

– Uitkomsten audit

Uitgangspunt in de beoordeling van deze kostprijzen zijn de calculatieprincipes van de NZa.¹⁵ Naast een toets door DBC-Onderhoud zijn deze kostprijzen geauditeerd door PWC, waarbij dit onderzoek zich met name gericht heeft op de toetsing en naleving van de calculatieprincipes en werkafspraken (zoals de aansluiting bij de jaarrekening).¹⁶ PWC heeft, behalve bij de twee UMC's, geen materiële afwijkingen geconstateerd. Er is daarom besloten de kostprijzen van de UMC's alleen waar nodig als aanvulling mee te nemen.

¹⁵ Zie CU/NR 100.061 'Regeling calculatieprincipes verantwoordingskostprijzen versie 1.0 (R.052-b1)'

¹⁶ Zie Onderzoek calculatieprincipes en kostprijsmodel, fase 1, 14 oktober 2010

Wat betreft de categorale sectoren zijn in 2011 alleen de tarieven van de audiologie aangepast. Bij het kostprijsonderzoek audiologie zijn bij de beoordeling van het DBC-pakket 2011 door de NZa grote twijfels geuit over de kwaliteit van de tarieven audiologie, onder meer vanwege het negatieve oordeel van de accountant. Deze tarieven zijn destijds wel goedgekeurd onder de voorwaarde dat DBC-Onderhoud direct een opvolgend kostenonderzoek zou starten via de reguliere wegen en volgens de vigerende calculatieprincipes.¹⁷ Aangezien audiologie in 2012 onder het vrije segment zal vallen doet deze voorwaarde van de NZa thans niet meer ter zake.

– Nauwkeurigheid

Om de betrouwbaarheid van de kostprijzen te bepalen wordt gewerkt met een nauwkeurigheidspercentage. Hoe lager het nauwkeurigheidspercentage, hoe hoger de betrouwbaarheid van de kostprijzen. Voor de kostprijzen 2009 is een nauwkeurigheidspercentage berekend van 16,2% bij een betrouwbaarheid van 95%.¹⁸ Alhoewel dit nog niet aan de richtlijn van de NZa voldoet (maximaal een nauwkeurigheidspercentage van 10%) is het een stabiel percentage ten opzichte van vorig jaar en een verbetering ten opzicht van de kostprijzen 2007. Om in de toekomst verdere verbeteringen mogelijk te maken is de NZa in overleg met DBC-Onderhoud en veldpartijen bezig het huidige kostprijsmodel inclusief aanlevering vanuit aanbieders aan te passen.

Tabel 3. Overzicht nauwkeurigheidspercentages algemene ziekenhuizen

Jaar tarieven	Kostprijzen jaar	Nauwkeurigheidspercentage
DBC 's 2010	2007	18,3%
DBC 's 2011	2008	16,1%
DOT 2012	2009	16,2%

Bron: Verantwoordingsdocument productstructuur en tarieven pakket 2012 versie 1.1, DBC-Onderhoud

Voor de categorale groepen die nog gereguleerde tarieven hebben in 2012 gelden percentages welke ruim binnen de richtlijnen van de NZa vallen. Dit heeft hoofdzakelijk te maken met de representativiteit van de referentiegroep. Zo hebben van de radiotherapeutische centra en van de epilepsiecentra alle instellingen aangeleverd.

Tabel 4. Overzicht nauwkeurigheidspercentages categorale instellingen

Sector	Kostprijzen jaar	Nauwkeurigheidspercentage
Revalidatie	2009	8,1%
Radiotherapie	2009	0,0%
Epilepsie	2009	0,0%

Bron: Verantwoordingsdocument productstructuur en tarieven pakket 2012 versie 1.1, DBC-Onderhoud

¹⁷ Zie 'beoordelingsdocument DBC-pakket 2011'

¹⁸ Een nauwkeurigheidspercentage van 16,2% bij een betrouwbaarheid van 95% betekent dat de werkelijke kostprijs van de zorgactiviteiten met een kans van 95% in een interval van 16,2% rondom het streekproef gemiddelde uit de werkgroep kostprijzen ligt. Anders gezegd, stel dat het steekproefgemiddelde gelijk is aan 100, dan betekent een nauwkeurigheid van 16,2% bij een betrouwbaarheid van 95%, dat de werkelijke kostprijs met een kans van 95% in het interval (83,8 116,2) ligt. De totale kans dat de gemiddelde kostprijs buiten dit interval ligt is derhalve 5%.

– CV-waarde kostprijzen

De CV-waarde geeft een indicatie van de homogeniteit van (in dit geval) de kostprijzen. Verderop in deze beoordeling komt dit begrip nog eens terug als het gaat om de tarieven. Hoe lager de CV-waarde hoe homogener de kostprijs. Als norm voor de kostprijzen wordt een CV-waarde van 0,5 aangehouden. 67% van de kostprijzen voldoet aan deze CV-waarde. Dit is een redelijk resultaat aangezien dit staat voor 87% van de productiewaarde. Als aandachtspunt benoemt de NZa wel het aantal waarnemingen per zorgactiviteit. Zo zijn er relatief veel kostprijzen van zorgactiviteiten waar maar van één instelling een kostprijs is aangeleverd (16%). Dit wordt deels veroorzaakt door toevoeging van 165 UMC-kostprijzen die allemaal voorkomen met één of twee waarnemingen omdat er maar twee UMC's in de referentiegroep zitten.

– Expert kostprijzen

Opvallend is verder het grote aantal kostendragers waarvan geen kostprijzen beschikbaar zijn uit de referentiegroep van twintig algemene ziekenhuizen en de twee UMC's. Het betreft ruim 800 zorgactiviteiten. 397 van deze zorgactiviteiten kwamen niet voor in DIS of in de NFU-dataset en hier was ook geen kostprijs van 2008 over beschikbaar. Hier is dan ook geen kostprijs voor bepaald. De overige activiteiten zijn middels een stappenplan voorzien van een expertkostprijs. Zo zijn hiervoor kostprijzen uit 2008 gebruikt, NFU-data en kostprijzen van vergelijkbare activiteiten. De NZa ziet hier een belangrijk doorontwikkelpunt.

2.2.3 Kwaliteit profielen

– Basisdata profielen

Voor de berekening van de productprijzen is gebruik gemaakt van de DBC-profielen uit de DIS Ronde 20 dataset. Deze dataset is gebaseerd op DIS gegevens van afgesloten DBC-trajecten over de periode januari 2007 t/m oktober 2010. De Ronde 20 dataset bevat DIS gegevens die zijn aangeleverd door alle ziekenhuizen (8 UMC's en de 85 algemene en topklinische ziekenhuizen) en zorgaanbieders uit de andere categorieën instellingen zoals de categorale sectoren. Voor de productberekening zijn de profielen meegenomen van de volgende instellingscategorieën:

- algemene ziekenhuizen;
- topklinische ziekenhuizen;
- UMC's;
- epilepsiecentra;
- revalidatiecentra;
- audiologische centra;
- radiotherapeutische centra.

Van de overige instellingen uit het DIS, zoals de zelfstandige behandelcentra, worden de profielen niet gebruikt voor de productprijsberekening.

– Bewerkingen en controles

In het beoordelingsrapport 'Beoordeling productstructuur DOT' is de NZa reeds uitgebreid ingegaan op de bewerkingen die door DBC-Onderhoud uitgevoerd zijn op de DIS ronde 20 dataset. Voor de product- en tariefontwikkeling zijn dezelfde DIS gegevens gebruikt, dus zal hier niet opnieuw op ingegaan worden.

Als doorontwikkelpunt heeft de NZa in haar beoordeling van de productstructuur het volgende gesteld:

'De NZa hecht grote waarde aan een representatieve en kwalitatief goede dataset. De bewerkingen van de dataset zijn cumulerend en technisch van aard. In de toekomst moet transparantie van de

*bewerkingen derhalve een prominente rol krijgen. Als onderdeel daarvan moet aangetoond worden wat na de calibratie-effecten de resterende productiemassa is per DBC-zorgproduct. Deze aandachtspunten zouden al een plaats moeten krijgen in de verantwoordingsinformatie van de DBC-tarieven 2012.*¹⁹

– Productie per DBC-zorgproduct

In de verantwoording van DBC-Onderhoud is een eerste stap gemaakt met het inzichtelijk maken van de productiemassa per DBC-zorgproduct. De NZa heeft in een eerdere beoordeling van DOT aangegeven dat er per (geclusterd) DBC-zorgproduct minimaal sprake moet zijn van 400 patiënten.²⁰ DBC-Onderhoud heeft berekend dat dit in ongeveer 50% van de DBC-zorgproducten het geval is. Deze DBC-zorgproducten vormen echter 90% van de productwaarde.

Als tweede richtlijn hanteert de NZa dat een DBC-zorgproduct minimaal een productiewaarde van € 3,5 miljoen moet vertegenwoordigen.²¹ Slechts 13,5% van de DBC-zorgproducten haalt deze productwaarde, maar dit is dan ook tegelijk 80% van de totale productiewaarde. Verder wordt hierbij opgemerkt dat dit een berekening exclusief honoraria is, waardoor dit percentage iets toe zal nemen wanneer de honoraria zijn vastgesteld.

DBC-Onderhoud noemt een aantal redenen voor deze te lage productie per DBC-zorgproduct waaronder:

- Outlier problematiek; onder meer door klinische DBC's op te knippen in klinisch kort, middel en lang op basis van gemiddelde ligduur, ontstaan er ook relatief veel producten voor 'outliers'.
- Beperkte omvang zorg; er zijn nog relatief veel (sub)specialismen met een eigen structuur binnen DOT (Pre-MDC's). Deze hebben vaak een geringe omzet. Te denken valt aan allergologie, klinische genetica en consultatieve psychiatrie.
- Zeer gespecialiseerde zorg of zorg met hoge kosten; te denken valt aan WBMV-zorg of het plaatsen van dure hulpmiddelen. Om deze producten toch herkenbaar en homogeen te houden bestaan hier relatief veel DBC-zorgproducten voor met weinig massa of productiewaarde.

De kaders van de NZa ten aanzien van productiemassa per zorgproduct zijn bedoeld als richtlijn en niet als digitale norm. Afwijkingen zijn mits goed onderbouwd mogelijk, ook om te voorkomen dat bepaalde zorg niet declarabel is. De NZa acht de toelichting van DBC-Onderhoud op de afwijkingen van de richtlijnen afdoende, aangezien hierin een duidelijk afweging is gemaakt tussen hanteerbaarheid (aantal DBC-zorgproducten) en medische herkenbaarheid. Voor de toekomst zal de NZa DBC-Onderhoud vragen om deze afweging steeds expliciet en inzichtelijk te blijven maken.

2.2.4 Overige aspecten kostendelen tarieven

– Audit

DBC-Onderhoud laat op verzoek van de NZa bij elke release waarin tarieven worden aangepast een externe audit uitvoeren. Deze audit gaat

¹⁹ Onder productiemassa kan een aantal worden verstaan, dus een aantal patiënten per DBC-zorgproduct, maar ook een omzet. Dus een bedrag in euro's aan omzet per DBC-zorgproduct.

²⁰ Brief NZa 'Voorlopige beoordeling DOT productstructuur' 16 februari 2009 (kenmerk 09d0005559/A-44).

²¹ Visiedocument 'Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem' november 2006

over alle procesonderdelen binnen DBC-Onderhoud die uitmonden in de uiteindelijke tarieven A-segment voor 2012. Dit betreft:

- het samenstellen van de dataset;
- het simuleren van de nieuwe registratieregels;
- de verwerking van de effecten van de nieuwe productstructuur, casemix en profielen;
- het samenstellen van de landelijke kostprijzen en expertprijzen;
- het samenstellen van de definitieve prijslijst.

Op 27 juni 2011 heeft DBC-Onderhoud de resultaten van de externe audit (uitgevoerd door KPMG) bekend gemaakt aan de NZa.²² De audit geeft overwegend positieve conclusies over de bewerkingen die zijn uitgevoerd om te komen tot tarieven. Zo geeft de audit aan dat de simulatie (die nodig was omdat DBC's andere doorlooptijden hebben dan DBC-zorgproducten) zorgvuldig is uitgevoerd. Ook wordt in de audit aangegeven dat het opstellen van de casemix en de profielen, het proces voor het opstellen van de landelijke kostprijstabellen en het gebruik van experttarieven én de productprijsberekening juist en volledig zijn uitgevoerd.

Wel worden een aantal aandachtspunten genoemd waar ook de NZa bij de doorontwikkeling van DOT nadrukkelijk aandacht voor zal vragen aan DBC-Onderhoud. Het betreft punten rondom het beheer van de productstructuurtabellen en de controles die DBC-Onderhoud uitvoert op de tarieven. Er worden door de auditor ook kritische opmerkingen geplaatst bij de door DBC-Onderhoud ontwikkelde besluitvormingsprocessen voor het tot stand brengen van de prijs per zorgactiviteit. De NZa zal hier nadrukkelijk aandacht voor vragen.

– Expertproducten

Binnen DOT is er sprake van 4.391 DBC-zorgproducten (exclusief uitvalproducten), waarvan 588 expertproducten. De zorgproducten (inclusief expertproducten) zijn in 3.669 clusters gegroepeerd. Daarnaast zijn er 928 uitvalproducten.

Er is sprake van een expertproduct als er in de DIS-data minder dan zes huidige DBC-trajecten aanwezig zijn. Hier wordt dan middels een alternatieve methode een tarief voor berekend. Er zijn verschillende methoden gehanteerd om voor deze 588 expertproducten een tarief te berekenen. In onderstaande tabel is een overzicht inclusief toelichting van de expertproducten weergegeven.

Tabel 5. Overzicht expertproducten

Categorie	Aantal	Toelichting
Brandwonden	13	Voor deze producten is gebruik gemaakt van kostprijzen van de brandwondencentra
Donormapping en toewijzing	394	Deze methode zoekt andere producten op basis waarvan het tarief berekend kan worden, drie methoden: 1) gebruik maken van identieke sjablonen (zelfde zorg bij andere doelgroep bijvoorbeeld) 2) Klinisch Zonder Dagen producten berekenen door van de klinische producten de kostprijzen van de verpleegdagen af te trekken. 3) Overnemen profiel vergelijkbare producten

²² Resultaten onderzoek RS08, juni 2011 – KPMG accountants tbv DBC-O.

NFU dataset	110	De profielen uit de DOT monitor van de NFU in combinatie met de landelijk kostprijzen.
Transplantatie	41	Transplantatietarieven komen terug in correctierelease. Tarieven volgen later.
Palliatieve zorg	6	Kenniscentra voor palliatieve zorg hebben een expertprofiel gemaakt op basis van de richtlijnen
Stamceltransplantatie	15	In samenwerking met de wetenschappelijke vereniging is kostprijs bepaald
Thuisbeademing	9	Hier is een separaat kostprijsonderzoek voor uitgevoerd
Totaal	588	

Bron: verantwoordingsdocument DBC-Onderhoud

Met het oog op de volledigheid van de productstructuur is het noodzakelijk om voor bepaalde producten experttarieven te hanteren. Het gevolgde proces door DBC-Onderhoud en het feit dat de noodzakelijke informatie is aangeleverd door partijen die zich specialiseren in betreffende zorg, is voor de NZa gelet op de introductie van een volledig nieuwe systematiek voor deze keer acceptabel omdat er op dit moment geen alternatief voorhanden is. In de doorontwikkeling verdienen deze experttarieven echter specifieke aandacht en dient getoetst te worden of de tarieven voldoende betrouwbaar zijn. De NZa heeft in haar vorige beoordeling al aangegeven dat vermindering van het aantal expertproducten noodzakelijk is. Met het beschikbaar komen van directe DOT-data moet dit ook mogelijk zijn.

– Clusteringen

Binnen de productstructuur DOT wordt op een aantal plaatsen gebruik gemaakt van clusteringen van DBC-zorgproducten. De NZa heeft bij de beoordeling van de productstructuur aangegeven dat afhankelijk van nadere analyses door DBC-Onderhoud en/of praktijkervaringen met DOT de NZa de clustering zal laten aanpassen door DBC-Onderhoud.

Deze clustering betekent automatisch dat ook de tarieven van deze DBC-zorgproducten geclusterd worden. DBC-Onderhoud heeft in de onderbouwing van de tarieven een nadere toelichting gegeven op de clusteringen.

De clustering is tot stand gekomen door uitvraag in de boomstructuur via identieke sjablonen. Het gaat binnen DOT om twee grote en nog een negen kleine clusteringen. De clusteringen zijn in samenspraak en op verzoek van de betrokken zorgaanbieders aangebracht. De grote clusteringen zijn de medicinale oncologie en de wervelkolom. De medicinale oncologie is verspreid over twaalf zorgproductgroepen binnen ICD hoofdstuk 2, Nieuwvormingen. De wervelkolom clustering is toegepast in zeven zorgproductgroepen. Er is om drie redenen gekozen voor het clusteren:

- De hoofdreden is om medisch identieke DBC-zorgproducten die door de ICD-systematiek over een aantal hoofdstukken waren verspreid, aan elkaar te koppelen.
- De tweede reden is dat door de toepassing van de ICD10 indeling er zonder clustering bij DBC-zorgproducten met weinig volume een grote versnippering zou optreden.
- De derde reden is van technische aard. In de ontwikkelomgeving was het in een paar gevallen niet mogelijk om een bepaalde uitvraag te realiseren. Dubbele uitvraag en daarna clusteren loste dat probleem op. Voorbeelden hiervan zijn audiologie en radiotherapie.

De NZa acht deze toelichting voor nu voldoende. Mocht door praktijkervaringen blijken dat de clustering niet wenselijk is, dan houdt de NZa de mogelijkheid open om de clustering in de toekomst aan te passen. DBC-O zal worden verzocht dit zorgvuldig te monitoren.

2.2.5 Conclusie kwaliteit kostendelen tarieven

In het verleden is door de NZa geconstateerd dat het huidige kostprijsmodel alsmede het proces van aanlevering van kostprijsgegevens door veldpartijen beperkingen kent. De NZa is inmiddels in samenwerking met DBC-O een traject gestart om samen met veldpartijen te bezien welke verbeteringen aangebracht kunnen en moeten worden. Uiteindelijk zal dit leiden tot aangepaste regelgeving inzake kostprijzen en tariefprincipes in den brede.

De beoordeling van de tarieven 2012 kan niet los van de bovenstaande lange termijn ontwikkeling bezien worden. Ook is het goed om te realiseren dat er (in termen van omzet) nog voor slechts 15% van de DBC-zorgproducten tarieven worden vastgesteld. Deze zorgproducten betreffen veelal 'geavanceerde' zorg, waarvoor het vaststellen van goede tarieven soms maatwerk is, zeker in een volledig aangepaste productstructuur. Binnen deze context kan er naar de mening van de NZa positief geoordeeld worden over de kwaliteit van de gereguleerde tarieven:

- De kostprijzen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op het jaar 2009, hetgeen binnen de mogelijkheden van het huidige model van aanleveren en vaststellen van kostprijzen voldoende actueel is;
- De omvang van de referentiegroep is gelijk gebleven in verhouding tot voorgaande jaren en dat wordt op dit moment gelet op de vrijwillige aanlevering als voldoende beoordeeld;
- De nauwkeurigheid van de kostprijzen is in lijn met de eerdere releases;
- De CV-waarde van de kostprijzen alsmede de kwaliteit van de tarieven is voldoende;
- De productieomvang is voor de meerderheid van de omzet passend en de uitzonderingen hierop zijn afdoende onderbouwd.

Er is voor toekomstige pakketuitleveringen wel een aantal doorontwikkelpunten te benoemen, die door de NZa ook aan DBC-O meegegeven worden:

- De kostenbedragen van de overige zorgproducten dienen in het pakket 2013 geactualiseerd te worden;
- Het aantal kostprijzen met beperkt aantal waarnemingen, alsmede expert kostprijzen, dient in de toekomst substantieel verminderd te worden;
- Ten aanzien van de productiemassa dient door DBC-O in navolgende pakketten een expliciete en inzichtelijke afweging gemaakt te blijven worden tussen hanteerbaarheid (aantal producten) en medische herkenbaarheid;
- De kwaliteit van de experttarieven dient in volgende pakketten te worden getoetst.

Een deel van deze punten valt samen met het lopende traject om te komen tot betere kostprijzen. De overige punten dienen separaat door DBC-O opgepakt te worden.

2.3 Kapitaallasten en prijsindex

Aangezien de kostendelen van de tarieven 2012 gebaseerd zijn op kostprijzen 2009, is er door DBC-Onderhoud in de tarieven voor 2010 en 2011 reeds een prijsindex toegepast. De prijsindex voor 2012 wordt

toegevoegd in de correctierelease, aangezien deze momenteel nog niet bekend is. Het Ministerie van VWS dient hiervoor het voorcalculatorisch cijfer beschikbaar te stellen.

Verder is ook het standaard kapitaallastenpercentage toegevoegd aan de kostendelen van de tarieven. Over de jaren heen is het aandeel kapitaallasten binnen het budget stabiel te weten, 87,5% kostendeel en 12,5% kapitaallasten. De NZa wil in de toekomst toe naar een gedifferentieerde opslag voor kapitaallasten. Momenteel is hierover nog onvoldoende informatie beschikbaar. Onderstaande tabel zijn de gehanteerde percentages weergegeven.

Tabel 6. Overzicht kapitaallastenpercentage en prijsindex

Naam	Percentage
Kapitaallasten	1,08695652
Kapitaallasten radiotherapie	1,2
Prijsindex 2010	1,0156
Prijsindex 2011	1,014
Prijsindex 2012	Volgt in correctierelease

Bron: Verantwoordingsdocument productstructuur en tarieven pakket 2012 versie 1.1, DBC-Onderhoud

– Kapitaallasten radiotherapie

Onderzoek van de NZa uit 2010 wijst uit dat het gebruik van het huidige gemiddelde cijfer voor kapitaallasten een concreet aanwijsbare en kwantificeerbare onderdekking geeft als het gaat om radiotherapeutische verrichtingen. Daarom heeft de NZa met ingang van 2011 een afwijkend percentage kapitaallasten op de kostendelen van de tarieven gehanteerd, namelijk 20%. Dit was een tijdelijke maatregel voor 2011 waarbij is aangegeven dat er jaarlijks door de NZa geëvalueerd zal worden of deze afwijking nog in stand gehouden moet worden. In zijn algemeenheid geldt dat de differentiatie van de kapitaallastcomponent een onderdeel vormt van de doorontwikkelagenda van DBC-zorgproduct tarieven. Aangezien de DBC-zorgproducten overgeheveld worden naar het vrije segment zal de NZa deze evaluatie achterwege laten, aangezien een keuze voor 2012 niet meer nodig is.

2.4 Kwaliteit tarieven Long/Astma

Voor de DBC's 'complex chronisch longfalen' is een apart traject afgesproken. Het betreft zes instellingen voor derdelijns longastmazorg, verenigd in de VAN. Capgemini Consulting heeft dit traject uitgevoerd. In april en mei 2011 hebben de finale besprekingen met Cap Gemini plaatsgevonden. De bevindingen zijn vastgelegd in een rapportage (zie bijlage 4 en 5).

Binnen de VAN-instellingen wordt een modulaire structuur gehanteerd die aansluit bij de medische besluitvorming. Na een diagnostisch assessment worden behandeldoelen geformuleerd aan de hand waarvan door de arts tot de inzet van modules wordt besloten. De DBC-structuur voor complex chronisch longfalen is langs die weg in een dertigtal producten adequaat te beschrijven met CV-waarden die voldoen aan criteria van de NZa (< 0,5).

De nu gepresenteerde structuur en kostprijzen worden door de NZa als geschikt voor gebruik in 2012 (declaratie, in 2012 nog budgettering) beoordeeld, maar kunnen niet los worden gezien van gesignaleerde ontwikkelpunten en de noodzakelijke doorontwikkeling. Belangrijkste doorontwikkelpunten zijn:

- volledige zorgactiviteitenregistratie;
- tariefstelling assessment en afgebroken behandeling;
- auditering proces profielen en kostprijzen t.b.v. 2013;
- evaluatie modulen;
- check op ongewenste prikkels, waaronder het afbreken behandeling en het onderscheid dagbehandeling/klinisch.

2.5 Correctierelease

Zoals beschreven in de inleiding zal er op 1 oktober 2011 door DBC-Onderhoud aan de NZa een correctierelease worden opgeleverd ten behoeve van besluitvorming van de NZa op uiterlijk 15 november 2011. Deze correctierelease bevat hoofdzakelijk technische correcties die de nu voorliggende prestaties en tarieven niet of beperkt raken. Hierbij valt te denken aan correcties in zorgactiviteiten, toevoegen van innovaties en correcties/aanvullingen in WBMV-vergunningen en aanspraakduidingen.

Daarnaast bevat de correctierelease een aantal nieuwe tarieven. Dit betreft zaken waarvoor bij de vaststelling van het voorliggende pakket onvoldoende informatie beschikbaar is, zaken die niet pasten binnen het tijdspad van DBC-Onderhoud en fouten die recent naar boven zijn gekomen. De nieuwe tarieven betreffen een limitatieve lijst welke is weergegeven in tabel 7 en op productniveau in bijlage 6 bij dit beoordelingsrapport.

Tabel 7. Aandachtspunten tarieven (limitatieve lijst, zie ook bijlage 6)

Categorie	Aantal
AICD	4
Epilepsie	148
Kinderneurologie	35
Transplantaties	88
Klinische genetica	5
Klinisch zonder dagen	30
Nultarief	3
Revalidatie ICC	1
Revalidatie SRB	4
Totaal	318

Bron: DBC-Onderhoud

Ook voor een aantal overige zorgproducten zijn er nog aandachtspunten voor de tarieven. Het betreft onder meer het volgende:

- Add-ons dure en weesgeneesmiddelen moeten nog voorzien worden van tarieven op basis van lijstprijzen op basis van gebruikte hoeveelheid per milligram per toedieningsvorm;
- Add-ons IC moeten nog voorzien worden van herijkte tarieven.
- Voor de audiologische producten zal de lijst met landelijke normtijden worden aangepast.

Verder zullen alle gereguleerde tarieven nog worden geïndexeerd.

Tot slot zal het B-segment nog worden aangepast voor epilepsie in de landelijke tabellen (zie hoofdstuk 2.1.1). In de beleidsregel van de NZa is het B-segment al wel juist weergegeven.

Het definitieve besluit van de NZa voor de invoering van DOT, op 30 juni 2011, is dus exclusief deze aspecten. Goed om op te merken is dat de NZa normaliter jaarlijks maar één pakket met een substantieel aantal beleidsmatige aanpassingen vaststelt, om veranderingen in de sector beheersbaar te houden. Gelet op de majeure wijziging door de invoering van DOT wordt er met bovenstaande aanpak van een correctierelease eenmalig van deze lijn afgeweken.

De NZa zal DBC-O verzoeken de correctierelease ook in concept aan het veld uit te leveren op 1 oktober 2011.

Veldpartijen zullen in de tweede helft van het jaar intensief aan de slag gaan met de implementatie van DOT. Niet uit te sluiten is dat er op basis van deze ervaringen nieuwe doorontwikkelpunten en/of noodzakelijke correcties aan het licht komen. Deze elementen zullen in de verschillende releases die nog lopende 2012 zullen volgen worden opgenomen. Deze punten zullen door de NZa meegenomen worden bij het opstellen van de doorontwikkelagenda in samenwerking met DBC-Onderhoud.

2.6 Conclusie

Binnen de context van een beperkt gereguleerd segment en het reeds opgestarte traject ten aanzien van verbetering van de kostprijzen, kan er naar de mening van de NZa positief geoordeeld worden over de kwaliteit van de gereguleerde tarieven. Er zijn voor toekomstige pakketuitleveringen wel een aantal doorontwikkelpunten te benoemen, welke voor een deel meelopen in het reeds opgestarte traject om te komen tot betere (aanlevering van) kostprijzen. Voor zover dit niet het geval is, zal DBC-O worden verzocht om deze separaat op de doorontwikkelagenda te plaatsen en op te pakken. Een aantal tarieven kunnen thans nog niet worden vastgesteld en zullen meelopen in de correctierelease. Voor het overgrote deel kunnen de kostendelen van DOT nu worden vastgesteld.

De beoordeling van de tarieven is daarmee een bevestiging van het oordeel van de NZa uit april 2011, namelijk dat DOT een substantiële verbetering is ten opzichte van de huidige DBC-productstructuur en invoering per 2012 daarmee wenselijk is.

3. Beoordeling impact DOT

3.1 Achtergrond en leeswijzer

In hoofdstuk 2 is geconcludeerd dat de beoordeling van de tarieven een bevestiging is van het oordeel van de NZa uit april 2011, namelijk dat DOT een substantiële verbetering is ten opzichte van de huidige DBC-productstructuur en invoering per 2012 daarmee wenselijk is. Deze beoordeling heeft dan ook geleid tot een positief besluit door de Raad van Bestuur van de NZa op 30 juni 2011.

De invoering van DOT per 2012 zal echter plaatsvinden onder een systeem van prestatiebekostiging en niet meer onder het FB. Hoewel de uitwerking van dit systeem van prestatiebekostiging in een separaat traject plaatsvindt, heeft de NZa gemeend om in deze beoordeling van DOT aandacht te moeten besteden aan de financiële impact van de invoering van DOT als bekostigingsinstrument. Hoewel deze analyses niets zeggen over de verbetering die DOT ten opzichte van het huidige DBC systeem met zich meebrengt (deze toets heeft in hoofdstuk 2 plaatsgevonden) zijn de analyses wel van belang om de risico's voor veldpartijen in te kunnen schatten. Dit aspect staat in hoofdstuk 3 centraal.

DBC-Onderhoud heeft in haar verantwoording een beeld geschetst van de financieringseffecten van DOT ten opzichte van die van de huidige DBC's (hoofdstuk 5 van bijlage 2). De effecten die hier te zien zijn betreffen zuiver financieringseffecten, de werkelijke bekostiging vindt momenteel immers plaats middels het FB (A-segment) en vrije prijsvorming (B-segment). Daarom wordt in dit rapport niet specifiek op deze analyse ingegaan.

In opdracht van de NZa en met ondersteuning van DBC-Onderhoud heeft Deloitte een impactanalyse gemaakt waarbij de huidige bekostiging is afgezet tegen een gesimuleerde bekostiging op basis van DOT. Hierbij is voor de huidige bekostiging uitgegaan van de werkelijke budgetten 2009 en de werkelijk gerealiseerde omzet B-segment 2009. Dit is afgezet tegen een gesimuleerde productie op basis van DOT.

In paragraaf 3.2 worden de belangrijkste bevindingen van deze impactanalyses van Deloitte weergegeven en geduid. Hierbij zal naar voren komen dat op macroniveau het verwachte effect van de invoering van prestatiebekostiging middels DOT beperkt is. Wel zal blijken dat op individueel niveau effecten zowel opwaarts als neerwaarts kunnen afwijken van dit macrobeeld. Speciale aandacht gaat daarbij uit naar de UMC's, waar op basis van de uitgevoerde analyses de inkomsten een forse daling laten zien. Hierbij zal worden aangegeven dat dit effect (al dan niet deels) kwalitatief te verklaren is, waardoor het daadwerkelijke effect naar verwachting kleiner zal zijn. Tot slot zullen in paragraaf 3.3 de risico's worden geduid ten opzichte van een dynamische omgeving waarin partijen door de overheid lokaal ruimte wordt geboden om zelf risico's af te vangen en de overheid met generiek beleid de risico's op korte termijn grotendeels afvangt.

3.2 Impactanalyses NZa

Zoals gesteld heeft Deloitte in opdracht van de NZa en met ondersteuning van DBC-O de huidige bekostiging (budget 2009 + gerealiseerde B omzet 2009) afgezet tegen een gesimuleerde bekostiging op basis van DOT. Om de impact van de invoering van prestatiebekostiging middels DOT op een juiste wijze in beeld te brengen, zijn de FB opbrengsten uit 2009 gecorrigeerd voor een aantal ex-post bekostigingsmaatregelen (zoals doelmatigheidskortingen en taakstellende kortingen). Een uitgebreide beschrijving van de aanpak van dit onderzoek, alsmede de uitkomsten, staan verwoord in bijlage 3 van dit beoordelingsdocument.

Ten algemene is het goed om het volgende op te merken over de uitkomsten van de impactanalyses. In de impactanalyses worden de best mogelijke prognoses gegeven op basis van de meest recent beschikbare data. Deze dataset kent beperkingen, in de zin dat de data soms onvolledig is. Op sommige onderdelen is getracht de data op basis van aannames middels technische correcties representatiever te maken. Verder is er in de analyses gebruik gemaakt van veronderstellingen. Door beperkingen in de dataset, gehanteerde aannames en gebruikte veronderstellingen kennen de uitkomsten een zekere onzekerheidsmarge. Omdat betere analyses op dit moment niet mogelijk zijn en het waarschijnlijk tot medio 2012 zal duren voordat betere (ervarings)cijfers beschikbaar zijn, is het wel zaak om de uitkomsten met enige voorzichtigheid te interpreteren.

3.2.1 Impactanalyses op macroniveau

3.2.1.1 Resultaten

De impact op macroniveau wordt in onderstaande tabel weergegeven. Er is sprake van een verschil van -4,7%.

Tabel 8. Macro-effect

Omzet FB+B	Omzet DOT	Vershil in %
€ 12.057 mln	€ 11.492 mln	-4,7%

Bron: Impactanalyse DOT

3.2.1.2 Nadere duiding macro uitkomsten

Op macroniveau is er een beperkt negatief effect zichtbaar.

Er zijn meerdere redenen om aan te nemen dat er eerder sprake zal zijn van een overschatting dan een onderschatting van dit negatieve effect. Deze redenen zijn met name kwalitatief van aard; waar mogelijk zal indicatief een kwantitatieve inschatting gegeven worden:

- In de impactanalyse is aan de DOT-omzet kant alleen de omzet meegenomen op basis van DBC-zorgproducten. Behoudens IC en dure geneesmiddelen zijn alle overige zorgproducten buiten beschouwing gelaten. Voor IC en dure geneesmiddelen is de veronderstelling gebruikt dat de huidige budgetvergoeding gelijk is aan de toekomstige vergoeding. Gelet op de huidige onderregistratie van dure geneesmiddelen lijkt ook dit een onderschatting te zijn.
- Aan de DOT-omzet kant wordt in het B-segment uitgegaan van rekenprijzen. In de praktijk kan men hier lokaal specifieke prijsafspraken over maken met de zorgverzekeraar. Ervaringen uit het verleden laten zien dat de werkelijk onderhandelde tarieven op

macroniveau in ieder geval op korte termijn hoger liggen dan de rekenarieven.²³ In de DOT situatie zal er – hoewel lastig te voorspellen hoe partijen zich gaan gedragen – mogelijk ook een opwaartse afwijking te zien zijn.

- De uitgevoerde analyses die hier worden gerapporteerd betreffen de ziekenhuiscomponent en niet de honorariumcomponent. Uit eerder onderzoek²⁴ blijkt dat er op de honorariumcomponent een overdekking bestaat van circa € 100 miljoen.
- De gebruikte data voor het B-segment bevatten ook de honoraria van de medisch specialisten in loondienst. Dit als gevolg van het feit dat juiste en volledige separatie niet mogelijk was. Naar schatting is deze B-segment honorariaomzet, opgenomen onder de post FB + B-segment, € 145 miljoen.²⁵
- Als gevolg van de uitbreiding van het B-segment in 2009 heeft er in 2010 een correctie plaatsgevonden om het FB uit 2009 volledig te schonen. Dit staat ook wel bekend als 'overloop DBC's problematiek'. De impact hiervan wordt voorzichtig ingeschat op € 200 miljoen²⁶.

Het netto effect van deze elementen is, door de indicatieve aard van de cijfers in combinatie met de onzekerheid in de basisraming van –4,7%, niet te bepalen. Er lijkt evenwel op macroniveau sprake te zijn van een redelijke aansluiting tussen huidige bekostiging en prestatiebekostiging op basis van DOT.

3.2.2 Impactanalyses per categorie

3.2.2.1 Resultaten

Het resultaat per categorie aanbieder wordt in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 9. Effect per categorie (x € 1 miljoen)

Categorie	Omzet FB+B	Omzet DOT	Vershil in %
UMC's	€ 2.529	€ 1.859	-26,5%
Topklinische ziekenhuizen	€ 4.107	€ 4.048	-1,4%
Algemene ziekenhuizen	€ 5.463	€ 5.584	2,2%

Bron: impactanalyse DOT

3.2.2.2 Nadere duiding uitkomsten per categorie

Zowel voor algemene (+2,2%) als voor topklinische ziekenhuizen (-1,4%) lijkt er in lijn met het macrobeeld sprake van een redelijke aansluiting tussen huidige bekostiging en prestatiebekostiging op basis van DOT.

Specifieke aandacht is noodzakelijk voor de UMC's, waar op basis van de impactanalyses een effect van –26% zichtbaar is. In lijn met de constatering in paragraaf 3.2.1.2, maar relatief in sterke mate van toepassing op UMC's, lijkt de kans aanzienlijk dat dit effect in de praktijk minder groot zal zijn. Zo leveren UMC's relatief veel dure geneesmiddelen, hebben UMC's veel medisch specialisten in loondienst, behaalt men nu een relatief hoge overdekking op de honoraria en komt een groot deel van de honorariumopbrengst die nu nog in het B-segment

²³ Marktscan Medische Specialistische zorg, NZA, januari 2011, pagina 24 tabel 16

²⁴ Kwaliteit van Gereguleerde DBC tarieven, Prismant 2010.

²⁵ Op basis van inzichten uit de uitvraag van de NZa in het kader van beheersmodel medisch specialisten.

²⁶ Gebaseerd op onderbouwing overschrijding 2009 (omvang € 314 miljoen).

zit verwerkt ten gunste van UMC's. Hiermee rekening houdend is het volgens de NZa reëel dat het effect voor UMC's (substantieel) minder negatief is dan de basisraming van -26%.

Daarnaast zijn er voor UMC's nog enkele aanvullende verklaringen te geven, die het grote negatieve effect voor deze categorie verder zouden kunnen verklaren:

- Eén UMC heeft een zeer afwijkende productie, welke veroorzaakt zou kunnen zijn door slechte registratie of aanlevering aan DIS. Wanneer deze instelling niet meegenomen zou worden in de analyse zou het negatieve effect van -26% reeds beduidend lager uitvallen.
- De huidige systematiek van toedeling van budgetten is op basis van de verdeling van vaste en variabele kosten. In UMC's is naar verwachting de component vaste kosten hoger. Bij overschakeling naar een bekostiging op variabele productie valt te verwachten dat UMC's per saldo lager uitkomen. Mogelijk heeft dit ook te maken met de inrichting van de huidige referentiegroep die kostprijzen aanleveren voor de tarieven, waarin geen UMC's vertegenwoordigd zijn terwijl de productie relatief vaak bij UMC's voorkomt. Een andere verklaring kan zijn dat UMC's onder het FB relatief zware parameters kennen, die men in een wereld met 70% vrije prijsvorming lokaal moet zien uit te onderhandelen met de zorgverzekeraars.
- UMC's hebben in NFU verband onderzocht dat een gedeelte van de huidige zorgproductie nog niet tot declarabele DBC's leidt. Betere registratie onder DOT zal dit verschil naar verwachting aanzienlijk verminderen.

Ook hier is het netto effect van de diverse elementen ten opzichte van de basisraming van -26% erg lastig in te schatten. Ondanks de nuanceringen is het duidelijk dat er bij de UMC's een risico is op het niet voldoende aansluiten van de inkomsten op basis van DOT ten opzichte van de huidige inkomsten in het FB en B-segment.

Opgemerkt dient te worden dat dit risico niet voorkomen kan worden door het hanteren van de vigerende DBC-systematiek als basis voor de invoering van prestatiebekostiging. De negatieve basisraming zou dan nog groter hebben uitgepakt voor UMC's, aangezien specialistische productie niet goed in het DBC-systeem is opgenomen. Bovendien zouden de DBC omzetten door het hanteren van nieuwe profielen en kostprijzen bij gelijkblijvende productie zijn gedaald. Dit komt ook naar voren uit de analyses van DBC-O. Oftewel, de risico's die bij UMC's (en eventuele andere individuele aanbieders) zichtbaar zijn, zijn niet toe te rekenen aan de introductie van DOT als productstructuur.

In de rapportage van Deloitte zijn ook inschattingen gepresenteerd van de impact op instellingsniveau. Hieruit blijkt dat de variatie aanzienlijk is. Een groot deel van de instellingen (55%) kent minder dan 10% verschuivingen, positief dan wel negatief. Bij 25% van de instellingen is er sprake van een daling van inkomsten van meer dan 10%. Gezien het feit dat individuele analyses extra gevoelig zijn voor gebruikte data en gehanteerde aannames en veronderstellingen, is de voorspellende waarde van deze cijfers beperkt. De cijfers tonen echter wel aan dat er op individueel niveau risico's kunnen zijn.

3.3 Matigende factoren

Uit de impactanalyses blijkt dat er op macroniveau een redelijke aansluiting is te verwachten tussen huidige inkomsten en inkomsten onder een systeem van prestatiebekostiging met DOT. Dat geldt ook

voor de categorieën algemene ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen als geheel. Op individueel niveau en in het bijzonder voor UMC's zijn echter risico's waarneembaar.

De risico's die bij UMC's en andere individuele aanbieders zichtbaar zijn, zijn niet toe te rekenen aan de introductie van DOT als productstructuur. Dat ligt anders voor de vervanging van het budgetstelsel door prestatiebekostiging. Ten algemene is het goed om op te merken dat een wijziging in de bekostiging hoe dan ook tot aanzienlijke en uiteenlopende effecten zal leiden. Wanneer dit gebaseerd is op een kwalitatief goede productstructuur die de onderliggende kosten van instellingen op een goede manier weerspiegelt, zijn dit echter ook juist gewenste effecten. Bedenk hierbij dat het huidige FB de afgelopen jaren slechts beperkt is onderhouden en daarmee beperkt representatief is.

Dit neemt niet weg dat het belangrijk is dat zorgaanbieders de tijd en ruimte moeten krijgen om zich aan te passen aan de veranderende omstandigheden en dat het risico van eventuele resterende lacunes in het stelsel niet eenzijdig bij veldpartijen neergelegd kan worden. In dat licht is het goed om de risico's in de context van de totale bekostiging per 2012 te bezien.

Vanaf 2012 zal een aantal generieke risicobeperkende maatregelen van toepassing zijn, zoals de overgangsregeling kapitaallasten, maar met name het transitiemodel. Met een transitiebedragmodel van 95% in 2012 zijn risico's voor aanbieders als gevolg van het afschaffen van het budgetstelsel beperkt.

Per 2012 wordt het B-segment uitgebreid naar 70%. Dit biedt partijen de mogelijkheid om lokaal tot passend maatwerk te komen en effecten zodoende te mitigeren. Partijen en daarbij in het bijzonder de zorgverzekeraars hebben nadrukkelijk een eigen verantwoordelijkheid om binnen deze ruimte te zoeken naar passende oplossingen. Het op grote schaal loslaten van prijsregulering biedt ruimte voor decentrale onderhandelingen en aanpassing op specifieke groepen en specialisatie van aanbieders. Waar er sprake is van specifieke omstandigheden in de portefeuille van aanbieders, zoals bij UMC's, kunnen verzekeraars daar met zorgaanbieders adequate compensatie voor afspreken.

Aanpassing via onderhandeling geldt overigens niet alleen bij de neerwaartse risico's, maar nadrukkelijk ook voor de opwaartse (macro) risico's. Uit de impactanalyses blijkt immers ook dat er bij bepaalde instellingen een positief effect optreedt. Ook daar heeft de verzekeraar de rol om via prijsonderhandelingen opbrengsten en kosten in redelijke balans te brengen.

Voor de overheid ligt de opgave om de DOT-systematiek de komende jaren door te ontwikkelen, met name waar het betreft het segment waar tarieven gereguleerd blijven. Daarbij zal de focus naar verwachting liggen op de meer gespecialiseerde zorg. Partijen hebben de mogelijkheid en verantwoordelijkheid om hier tijdig passende en onderbouwde input voor te leveren.

3.4 Conclusie

Hoewel de uitgevoerde impactanalyses een aanzienlijke onzekerheidsmarge kennen, is het duidelijk dat de overgang van het huidige stelsel (FB en een vrij B-segment) naar prestatiebekostiging op basis van DOT-zorgproducten op lokaal niveau tot risico's kan leiden.

De exacte omvang van de risico's is lastig te bepalen. Wel is duidelijk dat UMC's het grootste risicoprofiel kennen.

De risico's zijn niet toe te rekenen aan de introductie van DOT als productstructuur, de effecten zouden ook onder het DBC-systeem opgetreden zijn. Naar de inschatting van de NZa ligt de bron van effecten meer bij de vervanging van budget door prestatiebekostiging en draagt de invoering van DOT door de betere dekkendheid juist voor UMC's bij aan een betere aansluiting tussen kosten en opbrengsten.

Voor de korte termijn zal het transitiebedrag demping bieden, structureel is het, gezien het zeer grote vrije segment, in de macht van partijen zelf om opbrengsten en kosten waar nodig in balans te brengen. Daarmee hebben zij hun risico's grotendeels in eigen hand. Parallel zal de overheid werken aan de doorontwikkeling van DOT, waar ook partijen nadrukkelijk een verantwoordelijkheid in hebben.

4. Beleidsontwikkeling DOT

4.1 Beleidsregel en regeling

Zoals al in het eerdere rapport 'Beoordeling productstructuur DOT' is aangekondigd streeft de NZa er naar om haar regelgeving met betrekking tot DOT in één document ('Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg') samen te voegen en zo de interne samenhang en de hanteerbaarheid van de regelgeving te vergroten. De kern van dit document zal worden gevormd door de onderdelen 'beleid' en 'regelingen'. Het eerstgenoemde onderdeel beschrijft op welke wijze de NZa haar wettelijke bevoegdheden invult, het tweede beschrijft de verplichtingen die op zorgaanbieders rusten. Omdat de wijze waarop volgens de Wmg de officiële publicatie plaats moet vinden voor de twee onderdelen verschilt (regelingen moeten inhoudelijk in de Staatscourant worden gepubliceerd, beleid niet) zullen deze twee onderdelen overigens formeel als afzonderlijk document blijven functioneren, te weten:

- Beleidregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2035)
- Regeling prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (NR/CU-205)

Goed om op te merken is dat deze beleidregel en regeling parallel aan de doorontwikkeling van de productstructuur en tarieven de komende jaren ook doorontwikkeld zal moeten worden.

De invoering van de beleidsregel en regeling 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' zal het merendeel van de huidige beleidsregels en regelingen op het gebied van DBC's vervangen. Dit zijn onder meer de volgende beleidsregels:

- heffingsrente (CI-1096);
- DBC-tarieven en overige tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2012);
- honorariumbedragen DBC's medisch specialistische zorg (BR/CU-2031);
- verrichtingenlijst ten behoeve van DBC's (BR/CU-2020);
- kostenbedragen DBC's medisch specialistische zorg A-segment (BR/CU-2009);
- trendmatige aanpassing kostenbedragen (CI-1122);
- samenstelling van het B-segment (CI-1068);
- verplichte DBC-registratie (BR/CI-905);
- dure geneesmiddelen (BR/CU-2017);
- weesgeneesmiddelen (BR/CU-2018)

En de volgende regelingen:

- validatiemodel (CU/NR-100.004);
- regeling standaardprijzlijst B-segment (CU/NR-100.056);
- declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (NR/CU-201);
- informatieverstrekking DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (CI/NR-100.073)
- Tarifiering onderlinge dienstverlening (CI/NR-100.074);
- Administratieve organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en facturering (CU/NR-100.060);
- Kaderregeling AO/IC categoriaal inzake DBC-registratie (CI/NR-100.035).

4.2 Beleidsonderdelen

De beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' zal met name regelen welke soorten prestaties er zijn en welke tariefsoort daarvoor geldt, en dient als basis voor de tariefbeschikkingen die aangeven welke tarieven individuele zorgaanbieders in rekening mogen brengen. In dit hoofdstuk wordt verder nog bij enkele specifieke beleidsonderdelen uit de beleidsregel stil gestaan.

4.2.1 Soorten prestaties

De prestaties voor de medisch specialistisch zorg worden onderverdeeld in twee soorten zorgproducten, te weten:

- 1. DBC-zorgproducten
- 2. Overige zorgproducten

DBC-zorgproducten zijn onderverdeeld in verschillende DBC-zorgproductgroepen. De basis voor deze indeling zijn de hoofd- en subhoofdstukken van de ICD10. Elke zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom voor de afleiding tot DBC-zorgproducten. Bij de ontwikkeling van de productstructuur is gebleken dat niet alle zorg in te delen is in ICD10 hoofdstukken. Een aantal DBC-zorgproductgroepen zijn daarom niet ingedeeld op basis van ICD10. Dit worden ook wel de PreMDC-zorgproductgroepen genoemd. Zodra mogelijk zullen de PreMDC-zorgproductgroepen ondergebracht worden in de ICD10 hoofdstukken.

De prestaties binnen de medisch specialistisch, niet zijnde DBC-zorgproducten, worden overige zorgproducten genoemd. Overige zorgproducten bestaan uit een vijftal soorten prestaties:

- add-ons;
- ondersteunende producten (OP's);
- overige producten (OVP's);
- overige trajecten;
- overige verrichtingen.

Add-ons zijn overige zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die additioneel bij een DBC-zorgproduct worden gedeclareerd. Alleen zorg op de Intensive Care (IC) en de dure en weesgeneesmiddelen zijn een add-on. Het betreft overige zorgproducten die onvoorspelbaar en incidenteel van aard zijn, maar waaraan wel substantiële meerkosten verbonden zijn. Add-ons zijn ontwikkeld om geen verstoring effect op te laten treden in de homogeniteit van de DBC-zorgproducten.

Ondersteunend producten (OP's) en Overige Producten (OVP's) vallen onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OP en OVP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een niet-poortspecialisme (OP) of poortspecialisme (OVP) op verzoek van de eerste lijn of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt (zoals kaakchirurgie), of voor verpleging in de thuissituatie in het kader van medisch specialistisch zorg.

Ook een overig traject valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een overig traject is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de declaratie-eenheid een dag is zoals gezonde zuigelingen en verkeerde-beddagen. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

Een overige verrichting valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Onder overige verrichtingen wordt verstaan: losse declarabele

verrichtingen die niet te definiëren zijn als OVP, OP of overige traject. Te denken valt aan kaakchirurgische verrichtingen of stollingsfactoren.

Voor een aantal overige zorgproducten zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen of aanvullende voorwaarden in de beleidsregel opgenomen.

4.2.2 Tariefsoorten

DBC-zorgproducten worden onderverdeeld in twee segmenten:

- Het gereguleerde segment met maximum tarieven voor de kostendelen.
- Het vrije segment, waarbij de kostendelen vrij onderhandelbaar zijn.

Tot het gereguleerde segment behoren ook de overige zorgproducten, te weten; add-ons, ondersteunende producten (OP's), overige producten (OVP's), overige trajecten, overige verrichtingen.

Uitzondering hierop vormen de volgende OP's:

- extramurale dieetadvisering (290164 en 290165);
- fysiotherapie (193001 T/M 193010, 193015 T/M 193020, 193025 T/M 193030, 193081);
- oefentherapie (193031 t/m 193037 en 192955 t/m 192959).

Deze OP's behoren tot het vrije segment.

4.2.3 Dure en weesgeneesmiddelen

De add-ons dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) milligram per toedieningsvorm of in units (E) per toedieningsvorm. De gebruikte hoeveelheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld in het geval een verpakking voor meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling). Deze aanpassingen in de omschrijvingen zullen verwerkt worden in de correctierelease van 15 november 2011. Het uitgangspunt voor de add-ons zijn de huidige beleidsregels 'dure geneesmiddelen' en 'weesgeneesmiddelen'. Alle geneesmiddelen in combinatie met de bijbehorende indicaties, die op 1 juni 2011 op de stofnamenlijst van de genoemde beleidsregels staan, zijn met ingang van 2012 een add-on. Dit impliceert dat dit ook geldt voor indicaties die de komende periode van de beleidsregel worden verwijderd. Dit is noodzakelijk omdat het niet meer mogelijk is om deze indicaties in de DBC-zorgproducten op te nemen voor 2012.

Alle kosten van geneesmiddelen die niet vallen onder de genoemde beleidsregels (inclusief off-label) zijn door DBC-O meegenomen in de tariefberekening van de DBC-zorgproducten. Dit impliceert dat ondanks dat niet voor ieder indicatie (zoals off-label gebruik) een add-on is vastgesteld, de dekkinggraad van de dure en weesgeneesmiddelen per 2012 minimaal gelijk is aan die op grond van de beleidsregel (per 1 juni 2011). Bovendien worden middelen of indicaties die na 1 juni 2011 worden toegevoegd op de beleidsregels én de door VWS aangewezen geneesmiddelen (bijv. TNF-alfaremmers) ook als add-on toegevoegd.²⁷

Alle geneesmiddelen die tussen 1 juni 2011 en 31 december 2011 worden toegevoegd op de stofnamenlijst van genoemde beleidsregels, worden in de eerstvolgende uitlevering van de prestaties en tarieven in 2012 meegenomen. Deze add-ons krijgen in de uitlevering een ingangsdatum van 1 januari 2012.

²⁷ Middelen en/of indicaties die na 1 juni nog worden afgevoerd van de beleidsregel blijven per 2012 een add-on.

Per 1 januari 2012 worden een aantal geneesmiddelen overgeheveld uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) en zullen additioneel door de NZa worden gedefinieerd als add-on. Het betreft de middelen die vallen in de groep TNF alfaremmers en de stofnamen abatacept, anakinra en ustekinumab. Ook deze wijzigingen zullen in de correctierelease verwerkt worden.

De NZa werkt in de tweede helft van 2011 verder aan het beleid omtrent de beleidsregelcriteria voor toelating als add-on. Aanvragen van nieuwe dure geneesmiddelen of toevoegingen van nieuwe indicaties aan een bestaand duur geneesmiddel zullen door de NZa worden getoetst aan de nog te ontwikkelen beleidsregelcriteria van de NZa. Hierin speelt de vormgeving van de voorwaardelijk financiering door VWS mogelijk ook een rol.

4.3 Regeling

De regeling 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' beschrijft het inhoudelijke deel aan welke verplichtingen zorgaanbieders zich moeten houden. Er is daarbij gekozen voor een indeling naar de verschillende stappen van het RSAD-model: Registreren (RS), Afleiden (A), Declareren (D). Daar is nog de stap 'informereren' aan toegevoegd om duidelijk te maken wat de informatieverplichting van zorgaanbieders is bij declaraties. Daarbij wordt ook geregeld wat de voorwaarden zijn voor het opleveren van een standaardprijslijst.

Deze regelingen zullen er mede voor moeten zorgen dat de DOT-systematiek te handhaven is. Daar wordt verderop in dit hoofdstuk op ingegaan. Eerst worden enkele specifieke onderdelen uit de regeling besproken die is ingedeeld in de volgende 4 onderdelen:

- Registreren
- Afleiden
- Declareren
- Informeren

Met de invoering van DOT en prestatiebekostiging wordt wat betreft de NZa voldaan aan de randvoorwaarden om de gedetailleerde voorschriften van de regeling Administratieve organisatie en interne controle voor de somatiek af te schaffen²⁸ en zo administratieve lasten te beperken en verantwoordelijkheden bij het veld te beleggen. De verplichtingen van veldpartijen op dit vlak blijven vanzelfsprekend van kracht, maar de wijze waarop zij hier vorm aan geven wordt niet door de NZa gecontroleerd. Wel wordt het eindresultaat voorgeschreven.

4.3.1 Registreren

In het onderdeel registreren is de inhoud van het document Registratieregels, zoals opgesteld door DBC-Onderhoud in overleg met partijen, integraal opgenomen. Om deze registratieregels juridisch houdbaar te maken in relatie tot de handhaafbaarheid, heeft de NZa deze registratieregels beperkt tekstueel aangepast. De NZa heeft daarnaast na afstemming met partijen diverse algemene registratiebepalingen toegevoegd.

²⁸ Conform het besluit van de NZa op 8 september 2008.

4.3.2 Afleiden

De NZa acht het noodzakelijk dat DBC-zorgproducten op de juiste wijze worden afgeleid. In dit kader heeft de NZa in haar regelgeving vastgelegd dat DBC-zorgproducten volgens bepaalde voorwaarden en specificaties moeten worden afgeleid. De NZa zal evenwel niet opleggen dat de landelijke grouper moet worden gebruikt en dat lokale groupers gecertificeerd moeten worden. Ten aanzien van dit laatste aspect acht de NZa het een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om over de borging van deze regelgeving met zorgaanbieders passende afspraken te maken.

4.3.3 Declareren

De NZa acht het een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om passende afspraken te maken over bevoorschotting, om eventuele liquiditeitsproblemen te voorkomen. In verband met de vaste doorlooptijden van DBC-zorgproducten (DBC-zorgproducten worden afhankelijk van het type product op standaardmomenten afgesloten, bijvoorbeeld 90 dagen na opening) is dit van extra belang. Voor zorgaanbieders die *geen overeenkomst* hebben met een zorgverzekeraar heeft de NZa in haar regelgeving een terugvaloptie opgenomen. Op basis van deze en enkele andere voorwaarden in de regelgeving heeft de zorgaanbieder dan de mogelijkheid om het DBC-zorgproduct te declareren aan de zorgverzekeraar vóór de op basis van de sluitingsregels vastgestelde sluitingsdatum.

Met partijen is gesproken over het soort overeenkomst wat in deze terugvaloptie wordt bedoeld. Onder overeenkomst wordt in deze verstaan een overeenkomst voor de levering van (bepaalde) zorg. De NZa gaat er hierbij vanuit dat partijen zo nodig als onderdeel van dit contract bevoorschottingsafspraken maken. Partijen, met name ZN en ZKN, hebben aangegeven in de regelgeving liever over een 'bevoorschottingsovereenkomst' te spreken, zodat gebruiken van de terugvaloptie eerder mogelijk is. De NZa acht het echter onwenselijk om de ruimte voor eerder declareren vergaand op te rekken. Een belangrijke overweging hiervoor is dat zoveel mogelijk recht dient te worden gedaan aan een belangrijk element van de DOT-systematiek welke de eenduidigheid bevordert, namelijk de standaard sluitmomenten.

Uit oogpunt van liquiditeit maakt de NZa het op nadrukkelijk verzoek van veldpartijen in haar regelgeving wel mogelijk om add-ons tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'los van het zorgproduct' te kunnen declareren. Belangrijkste overweging daarbij is dat zorgverzekeraars hebben aangegeven dat dit in de rechtmatigheidscontroles niet tot belemmeringen leidt.

4.3.4 Informeren

In overleg met ZN en veldpartijen (NVZ, NFU en ZKN) is er overleg gevoerd omtrent de informatieverplichting bij declaratie. De NZa heeft in de regeling informeren onderscheid gemaakt in de minimale informatieverplichtingen bij declaraties van DBC-zorgproducten en bij declaraties van overige zorgproducten. Nieuwe punt is de verwijzersregistratie. Om onnodige consumptie van zorg tegen te gaan heeft het ministerie van VWS de NZa verzocht om met ingang van 1 januari 2012 verplicht te stellen dat naast de AGB-code en het

specialisme van de verwijzer ook het type verwijzer bij declaratie wordt vermeld.²⁹

Daarnaast wordt in de regeling informeren benoemd aan welke voorwaarden de standaardprijslijst voor prestaties in het vrije segment moet voldoen. Een concrete wijziging ten opzichte van de huidige regeling is dat deze standaardprijslijst niet meer hoeft te worden aangeleverd aan de NZa.

4.3.5 Handhaafbaarheid DOT

Na het voorgenomen besluit in april 2011 over de productstructuur DOT, heeft de NZa aanvullende aandacht besteed aan de handhaafbaarheid van de nieuwe productstructuur. Een goede handhaafbaarheid is van belang om oneigenlijk gebruik van de productstructuur aan de voorkant te voorkomen en indien nodig aan de achterkant als toezichthouder effectief in te kunnen grijpen bij oneigenlijk gebruik. De NZa zet met name in op handhaafbaarheid aan de voorkant en ziet hierbij een primaire rol voor zorgverzekeraars weggelegd, middels het maken van goede afspraken met zorgaanbieders, het opzetten van goede controlemechanismen en het optimaliseren van de rechtmatigheidscontroles.

De algemene constatering is dat er op het gebied van handhaafbaarheid met de invoering van DOT duidelijke stappen voorwaarts worden gezet ten opzichte van het DBC-systeem. Enkele voorbeelden hiervan betreffen:

- Binnen DOT zijn de registratieregels en declaratieregels geïntegreerd. Hierdoor wordt de regelgeving eenduidiger en kan er per definitie geen sprake meer zijn van conflicterende regels.
- Het aantal declarabele producten neemt sterk af.
- De informatie die verplicht door zorgaanbieders op DBC declaraties moet worden opgenomen is beter afgestemd op de informatiebehoefte van zorgverzekeraars.
- De DOT-productstructuur is specialisme overstijgend van opzet, met een limitatieve lijst aan uitzonderingen op specialismenniveau. Hierdoor ontstaat er een meer generieke set aan spelregels.
- De grouper die wordt gebruikt voor de afleiding van DBC-zorgproducten lijkt minder vrijheidsgraden te kennen dan de huidige validatiemodule.
- De regelgeving omtrent DOT wordt gebundeld in één regeling en één beleidsregel, waardoor de overzichtelijkheid van de systematiek sterk toeneemt.

Door deze elementen wordt de toepassing van de systematiek door zorgaanbieders vergemakkelijkt, nemen ongewenste beïnvloedingsmogelijkheden van de uitkomsten af en worden controles door zorgverzekeraars vergemakkelijkt. Dit sluit aan bij de opvatting van partijen zoals geuit tijdens de adviescommissie van maart 2011, waar is aangegeven dat DOT vergelijkend met het DBC-systeem zorgt voor meer eenduidigheid.

Vanzelfsprekend resteren er ook binnen DOT risico's ten aanzien van de handhaafbaarheid. Deze risico's zijn door DBC-Onderhoud en NZa in beeld gebracht in een gezamenlijk sessie 'onbedoelde prikkels'.³⁰ Daarnaast is tijdens de ontwikkeling van de productstructuur, het testen van de productstructuur door DBC-Onderhoud en het simuleren van de

²⁹ Brief VWS aan NZa, betreft Zelfverwijzers (29 april 2011 met kenmerk Z/M-3059822).

³⁰ In deze sessie is de GGZ productstructuur meegenomen.

registratieregels aandacht besteed aan de robuustheid van het systeem. Op grond van deze activiteiten zijn twee hoofd risico's ten aanzien van de handhaafbaarheid te benoemen:

- Door het registreren van meer zorgactiviteiten wordt een zwaarder DBC-zorgproduct met hoger tarief afgeleid door de grouper. Dit risico wordt beheerst door regelgeving omtrent de registratie van zorgactiviteiten en het hanteren van 'veilige marges' voor de overgang naar een zwaarder DBC-zorgproduct. DBC-Onderhoud is per brief van april 2011 reeds verzocht om het gebruik van DOT zorgvuldig te monitoren, om zodoende mogelijk ongewenst gedrag in beeld te krijgen.
- Het ontbreken van historische data bemoeilijkt in de opstartfase de controles van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars worden op dit vlak gefaciliteerd via het beschikbaar stellen van conversietabellen.

Door zorgverzekeraars zijn geen aanvullende knelpunten naar voren gebracht die (materiële) controles bemoeilijken. De NZa gaat er dan ook vanuit dat zorgverzekeraars dit afdoende oppakken, mede gelet op het voornemen om de AO/IC-regeling met de introductie van DOT en prestatiebekostiging af te schaffen. De NZa dient hierover nog een definitief besluit te nemen, maar heeft hier in het verleden middels het voorgenomen besluit reeds duidelijk koers in gekozen.

Het feit dat vanaf 2012 70% van de DOT omzet aan vrije onderhandelingen wordt overgelaten houdt ook in dat, net als in het reguliere handelsverkeer, de verzekeraar als afnemende partij de primair aangewezen is om te zorgen dat er rechtmatig wordt gedeclareerd. Voor de overheid is hier slechts als dat strikt nodig is, c.q. uit procesefficiëntie volgt, een handhavende rol weggelegd.

Gelet op het feit dat de DOT systematiek de komende jaren doorontwikkeling zal vergen, evenals de bijbehorende NZa regelgeving, zal er aandacht blijven voor het aspect handhaafbaarheid. Dit door het inventariseren van signalen uit het veld (via de reguliere DBC-overleggen met DBC-Onderhoud en VWS, maar ook via de ad hoc contacten met branches en individuele veldpartijen), het interpreteren van declaratiedata via de monitoractiviteiten van de NZa en het monitoren van het gebruik van DOT door DBC-Onderhoud. Indien nodig kan dit via de reguliere onderhoudscyclus leiden tot aanpassing van de productstructuur en/of regelgeving.

5. Eindoordeel NZa

5.1 Opvattingen partijen

In de adviescommissie van 14 juni 2011 is door alle betrokken partijen, te weten NVZ, NFU, ZN, OMS, ZKN en Fenac, expliciet aangegeven dat DOT een fundamentele verbetering ten opzichte van de huidige DBC-systematiek is en dat invoering per 2012 daarmee gewenst is. Partijen hebben hierbij wel aangegeven dat er de komende jaren nog een doorontwikkeling zal moeten plaats vinden om DOT verder te complementeren en verbeteren. Dit standpunt is overigens in eerdere adviescommissies ook unaniem naar voren gebracht.

Partijen hebben voor een aantal specifieke punten aandacht gevraagd.

Partijen geven aan dat de uitkomsten van de impactanalyse nog erg volatiel en daarmee onzeker zijn, maar geven tegelijk aan zelf ook nog geen betere cijfers te hebben. De NZa benadrukt dat er voor landelijke analyses later dit jaar geen fundamenteel betere gegevens te verwachten zijn. Lopende 2012 is een goede monitoring evenwel noodzakelijk. De NZa zal hier in haar reguliere marktscans aandacht aan besteden en ook VWS en veldpartijen zijn in gesprek over verbeterende tussentijdse informatievoorziening. Partijen kunnen met de lokaal aanwezige informatie wel werken aan betere analyses en zijn hier momenteel ook druk mee doende. Met het beoogde transitie-model worden de grootste risico's afgevangen. Dit neemt niet weg dat partijen een eigen verantwoordelijkheid hebben om zich lokaal goed voor te bereiden en de noodzakelijke analyses uit te voeren.

Door de NFU is aandacht gevraagd voor de dekkendheid van de gereguleerde tarieven voor UMC's. De gereguleerde tarieven zijn binnen de vigerende systematiek gebaseerd op kostprijzen van algemene ziekenhuizen. In de tarieven 2012 is voor zorgproducten die alleen of hoofdzakelijk door UMC's worden geleverd al gebruik gemaakt van UMC data, hetgeen een verbetering ten opzichte van 2011 betreft. Betere alternatieven zijn per 2012 niet aanwezig. De NFU heeft nog geopperd om de huidige FB parameters als tarieven te hanteren. De NZa acht dit onwenselijk, gelet op het feit dat de aansluiting tussen FB parameters en werkelijke kosten beperkt is. De risico's voor 2012 zijn beperkt, aangezien het transitie-model de grootste risico's afvangt. De NZa heeft reeds een traject gestart om de komen tot een verbeterd kostprijsmodel, waarbij ook rekening gehouden zal worden met de specifieke zorg die in 2012 nog in het gereguleerd segment zal vallen. De uitkomsten worden per 2013 verwacht.

Met de Fenac is nog uitgebreid gesproken over de voorliggende productstructuur voor audiologie. Door DBC-O is binnen DOT voor de afleiding van zorgproducten gebruik gemaakt van landelijke normtijden. Fenac heeft aangegeven dat deze normtijden onvoldoende representatief zijn en prefereert het gebruik van lokale normtijden, zoals momenteel gebruikelijk is. De NZa acht dit ongewenst, aangezien dit lokaal bij gelijke zorg tot afwijkende producten kan leiden. De NZa heeft wel toegezegd dat er in de correctierelease een update van de lijst met landelijke normtijden kan worden doorgevoerd. Fenac zal hiervoor informatie opleveren. Indien de nieuwe normtijden echter een te beperkte homogeniteit kennen, kan alsnog middels het B-segment maatwerk worden gezocht. De komende jaren zullen de normtijden zonodig nader doorontwikkeld worden.

5.2 Eindoordeel

De NZa concludeert in dit rapport (zie ook hoofdstuk 2.6) dat ook de kostendelen van de tarieven DOT geschikt zijn om in te voeren per 2012. In combinatie met haar eerdere voorgenomen besluit over DOT als productstructuur, kan de invoering van DOT per 2012 definitief worden vastgesteld.

Er zijn voor toekomstige pakketuitleveringen wel een aantal doorontwikkelpunten benoemd, welke voor een deel meelopen in het reeds opgestarte traject om te komen tot betere (aanlevering van) kostprijzen. Voor zover dit niet het geval is, zal DBC-O worden verzocht om deze separaat op de doorontwikkelagenda te plaatsten en op te pakken. Een aantal tarieven kunnen thans nog niet worden vastgesteld en zullen meelopen in de correctierelease.

De NZa heeft daarnaast analyses gemaakt van de financiële impact voor ziekenhuizen als zij per 2012 overgaan naar prestatiebekostiging. Hoewel deze analyses niets zeggen over de verbetering die DOT ten opzichte van het huidige DBC-systeem met zich meebrengt zijn de analyses wel van belang om de risico's voor veldpartijen in te kunnen schatten.

Op basis van deze analyses lijken de effecten op macroniveau gering. Dat beeld geldt ook voor de algemene en de topklinische ziekenhuizen. Lokaal kunnen de financiële gevolgen groter zijn, zowel in positieve als negatieve zin. Met name de Universitair Medisch Centra laten een geschatte omzetzijding zien. Het precieze effect is moeilijk in te schatten, maar de NZa ziet wel risico's.

Naar de inschatting van de NZa ligt de bron van de effecten vooral bij de vervanging van budget- door prestatiebekostiging en niet bij de invoering van DOT.

De NZa ziet voldoende oplossingen om deze risico's het hoofd te bieden. Zo kunnen verzekeraars en ziekenhuizen vanaf volgend jaar over 70% van de zorg onderhandelen en hebben zij daarmee ook een eigen verantwoordelijkheid om naar passende oplossingen te zoeken. Daarnaast is voor 2012 en 2013 in de ziekenhuiszorg een overgangsregeling opgesteld. In 2012 krijgen ziekenhuizen nog 95% van het omzetverschil met hun huidige budget gecompenseerd, en in 2013 nog 70%. In de tussenliggende jaren werkt de NZa samen met DBC-Onderhoud en veldpartijen aan de verdere verbetering van de DBC-zorgproducten. Daarbij wordt onder meer de gespecialiseerde zorg, die UMC's leveren, nog beter gedefinieerd.