

Voorlichting

Doorontwikkelagenda DOT

Doorontwikkeling prestaties en tarieven
medisch specialistische zorg

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding doorontwikkelagenda	5
1.2 Scope van de doorontwikkelagenda	5
1.3 Totstandkoming van de doorontwikkelagenda	7
1.4 Leeswijzer	7
2. Scope van releases	9
3. Doorontwikkelpunten regulier onderhoud	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Doorontwikkeling zorgactiviteitentabel	11
3.3 Terugdringen overbodige en obsoleete DBC-zorgproducten	11
3.4 Monitoren en aanpak uitval	12
3.5 Aanpak onbedoelde prikkels DOT	13
3.6 Verbetering registratieregels DOT	13
4. Doorontwikkelpunten	15
4.1 Inleiding	15
4.2 Ontwikkeling pre-MDC (waar mogelijk opname in reguliere ICD-10 hoofdstukken)	15
4.3 Herziening clustering DBC-zorgproducten	16
4.4 Opschonen en verduidelijken prestaties overige zorgproducten	17
4.5 Geneesmiddelen in productstructuur	17
4.6 Ziekenhuisverplaatste zorg in productstructuur	18
4.7 Aanpassing productstructuur kindergeneeskunde	20
4.8 Zorgproducten Intensive Care	21
4.9 Inzicht in zorgzwaarte	22
4.10 Herijking gereguleerde tarieven 2014 op basis van nieuw kostprijsmodel	24
4.11 Herijking specifieke kostentarieven 2013	25
4.12 Herijking kostentarieven overige zorgproducten	25
4.13 Toevoegen bloedproducten aan tarieven	26
5. Doorontwikkelpunten categoriaal	27
5.1 Inleiding	27
5.2 Integratie derdelijns epilepsiestructuur	27
5.3 Revalidatie spoor 2	28
5.4 Doorontwikkeling longastma producten	29
5.5 Productstructuur kaakchirurgie	30
6. Herijking honorariumtarieven	31
7. Lange termijn beleidsontwikkelingen	33

1. Inleiding

1.1 Aanleiding doorontwikkelagenda

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) verantwoordelijk voor het vaststellen van prestaties en tarieven. Vanuit deze verantwoordelijk dient de NZa de – door DBC-Onderhoud (DBC-O) ontwikkelde – DBC-releases voor vaststelling te beoordelen en te toetsen op publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en transparantie.

Om te borgen dat de NZa de door DBC-O ontwikkelde releases positief kan beoordelen en tijdig kan vaststellen, zijn er door de NZa kaders geformuleerd en vindt er intensieve afstemming plaats conform de afgesproken onderhoudscyclus. Concreet wordt op deze wijze bewerkstelligd dat noodzakelijke wijzigingen onderdeel uitmaken van releases, releases geen ongewenste wijzigingen bevatten en de inhoudelijke uitwerking van de wijzigingen in releases passend is.

Gelet op de grote impact van de invoering van DOT voor veldpartijen, tezamen met de invoering van prestatiebekostiging en de afbouw van het transitieproces, vindt de NZa het belangrijk om vooraf optimaal transparant te zijn over de eisen die vanuit het publieke domein aan de inhoud van komende releases worden gesteld. Het doel van deze doorontwikkelagenda is dan ook om op een eenduidige en transparante wijze voor alle betrokken partijen vast te leggen welke (beleidsmatige) onderwerpen de komende jaren worden opgepakt om de productstructuur en tarieven verder te verbeteren. De focus ligt daarbij op doorontwikkeling op de korte en middellange termijn. Doorontwikkelingen die vallen buiten de huidige beleidsmatige kaders worden slechts kort aangestipt.

De voorliggende doorontwikkelagenda is ook in lijn met de afspraak uit het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord.¹

1.2 Scope van de doorontwikkelagenda

Iedere release die door DBC-O wordt gebouwd, kent vier verschillende fasen: de voorbereidingsfase (1^e go), de impactfase (2^e go), de bouwfase (3^e go) en de vaststellingsfase (4^e go). Deze doorontwikkelagenda geeft de kaders weer voor de releases die nog volgen in 2012 en 2013 en is daarmee de basis voor het ingaan van de voorbereidingsfase in de komende releases.

De voorliggende doorontwikkelagenda bevat onderwerpen die vanuit het publieke oogpunt minimaal uitgevoerd dienen te worden om de productstructuur en de tarieven te verbeteren. Deze onderwerpen kunnen in voorkomende gevallen afkomstig zijn van private partijen, maar worden vanuit publiek oogpunt onderschreven. De doorontwikkelagenda heeft zowel betrekking op regulier onderhoud als op doorontwikkeling specifiek gekoppeld aan de invoering van DOT onder prestatiebekostiging. Hoewel de focus nadrukkelijk ligt op dit laatste onderdeel, zijn enkele onderdelen uit het regulier onderhoud, gelet op het publieke belang ook in deze agenda opgenomen.

¹ Afgesloten tussen VWS, NFU, NVZ, ZKN en ZN.

Het bovenstaande onderscheid is in de onderstaande matrix schematisch weergegeven. De grijs gearceerde velden zijn in deze doorontwikkelagenda opgenomen.

Figuur 1

	Publieke input	Private input
Regulier onderhoud van DBC-zorproducten en tarieven	NZa bepaalt middels doorontwikkelagenda opdracht en eventuele additionele kaders, in overleg met DBC- Onderhoud	Uitwerking door DBC-O binnen bestaande kaders, toets NZa via afstemmingsoverleggen
Doorontwikkeling van DBC-zorgproducten en tarieven	NZa bepaalt middels doorontwikkelagenda opdracht en additionele kaders, in overleg met DBC- Onderhoud	NZa bepaalt op basis van wensen veldpartijen middels doorontwikkelagenda opdracht en additionele kaders, in overleg met DBC- Onderhoud.

Naast de doorontwikkelagenda zal de releaseontwikkeling van DBC-O ook worden gevoed door additionele private verzoeken vanuit veldpartijen ten behoeve van het regulier onderhoud (rechtsboven in de matrix). Met het oog op de aansluiting van de systematiek op de praktijk en optimaliseren van draagvlak, vindt de NZa de private input erg belangrijk. Het beheer van deze verzoeken aangaande het regulier onderhoud ligt bij DBC-O. Deze verzoeken zijn niet expliciet opgenomen in deze agenda, ook al draagt de NZa hier ook de eindverantwoordelijkheid over. DBC-O betreft partijen middels het brancheoverleg bij het regulier onderhoud en formuleert adviezen aan de NZa. Aan de hand van deze adviezen neemt de NZa uiteindelijk een besluit.

Veel onderwerpen van deze doorontwikkelagenda zullen aansluiten bij, of overeenkomen met, de wensen van private partijen en in sommige gevallen door partijen ook al zijn ingebracht bij DBC-O en/of door DBC-O ter hand zijn genomen. Het onderscheid tussen regulier onderhoud en doorontwikkeling zal niet altijd even duidelijk zijn, maar als uitgangspunt wordt gehanteerd dat doorontwikkeling doorgaans een beleidsmatig karakter heeft en direct de publieke belangen raakt. Voor wat betreft de punten uit deze doorontwikkelagenda die nu nog niet zijn opgepakt zullen partijen via de NZa (technische overleggen, consultatiebijeenkomsten, adviescommissie) en/of DBC-O (brancheoverleg) betrokken worden bij de verdere uitwerking. Hoewel de doorontwikkelagenda een kader schept voor de komende jaren, zullen nieuwe ervaringen en wensen waar nodig ingepast moeten worden. De doorontwikkelagenda moet dan ook gezien worden als een dynamisch document. Dit is ook het geval voor de in de agenda opgenomen ontwikkelpunten. In sommige gevallen is al ver uitgekristalliseerd hoe deze in de praktijk doorontwikkeld zullen worden en is dit ook in deze agenda beschreven. Voor andere ontwikkelpunten dient dit nog te gebeuren, omdat de inhoudelijke koers nog gekozen en afgestemd dient te worden.

Naast de doorontwikkelpunten op korte en middellange termijn zijn er ook ontwikkelingen gaande die aanpassingen van beleid vergen en daarmee betrekking hebben op de langere termijn. Hierbij valt te denken aan zaken als taakherschikking en E-health. Bij deze onderwerpen wordt in hoofdstuk 7 kort stilgestaan.

De NZa heeft deze doorontwikkelagenda 1 november 2011 vastgesteld en zal deze uiterlijk 1 oktober 2012 actualiseren middels een update.

1.3 Totstandkoming van de doorontwikkelagenda

Deze agenda is initieel samengesteld uit onderwerpen die afkomstig zijn uit de beoordelingen DOT van de NZa², het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord³, input vanuit DBC-O⁴ of verzoeken van veldpartijen⁵.

Een concept van deze doorontwikkelagenda is besproken met DBC-O en het ministerie van VWS. Veldpartijen zijn geconsulteerd middels een technisch overleg op 27 september 2011. Na de consultatie van de adviescommissie op 19 oktober 2011 is de doorontwikkelagenda door de Raad van Bestuur van de NZa op 1 november 2011 vastgesteld.

1.4 Leeswijzer

Deze doorontwikkelagenda bevat de volgende hoofdstukken:

Hoofdstuk 2: Scope van releases

Hoofdstuk 3: Doorontwikkelpunten regulier onderhoud

Hoofdstuk 4: Doorontwikkelpunten

Hoofdstuk 5: Doorontwikkeling categoriaal

Hoofdstuk 6: Aanpassing honoraria

Hoofdstuk 7: Lange termijn beleidsontwikkelingen

Hoofdstuk 2 bevat een algemeen kader over de reikwijdte van wijzigingen in releases. Hoofdstuk 3 bevat een omschrijving van de doorontwikkelpunten welke nauw verbonden zijn aan het regulier onderhoud dat DBC-Onderhoud pleegt aan de productstructuur. Hoofdstuk 4 omvat fundamentele doorontwikkelpunten die nodig zijn voor verdere ontwikkeling van DOT onder prestatiebekostiging. Voor de categorale instellingen zijn enkele extra ontwikkelpunten beschreven in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 wordt kort stilgestaan bij de aanpassing van de honoraria van medisch specialisten. Tot slot worden in hoofdstuk 7 enkele lange termijn beleidsontwikkelingen benoemd.

² Onder andere de beoordelingen van april en juni 2011. Zie rapporten 'beoordeling productstructuur DOT' en 'definitieve beoordeling DOT'

³ Afgesloten tussen VWS, NFU, NVZ, ZKN en ZN

⁴ Groslijst RZ13a, v 0.5, 20110909

⁵ Onder andere brief NFU, 1 sept 2011, kenmerk 11.3046/FvB/AvD

2. Scope van releases

Zoals in het voorgaande hoofdstuk is aangegeven, beoordeelt de NZa de releases van DBC-O met als doel prestaties en tarieven vast te stellen. Conform de onderhoudscyclus vindt er eenmaal per jaar een omvangrijke en beleidsrijke release plaats (ingangsdatum 1-1-xxxx) en maximaal tweemaal per jaar een correctierelease (ingangsdatum 1-4-xxxx en 1-7-xxxx). De beleidsrijke release gaat per 1 januari van een nieuw kalenderjaar in en dient door DBC-O op uiterlijk 1 oktober van het jaar x-1 uitgeleverd te worden aan het veld. De NZa krijgt deze release op uiterlijk 15 augustus van het jaar x-1 aangeleverd van DBC-O ter beoordeling en bestuurlijke vaststelling. Hier worden over het algemeen de grote wijzigingen in productstructuur en tarieven in meegenomen.

Het is ten algemene wenselijk om bij het bepalen van de timing van de doorontwikkelpunten in deze agenda, specifiek de keuze voor opname in de beleidsrelease of in een tussentijdse release, rekening te houden met de releaseplanning van DBC-Onderhoud en de wensen van het veld. Ten aanzien van de wensen van het veld spelen twee tegenstrijdige belangen. Enerzijds dient er rekening gehouden te worden met de hanteerbaarheid van de wijzigingen voor het veld. Grote wijzigingen worden daarom zoveel mogelijk op één moment doorgevoerd in de beleidsrijke release. Op die manier kan het veld hier rekening mee houden in bedrijfsvoering en onderhandelingen. Anderzijds wil het veld graag wijzigingen zo snel mogelijk doorgevoerd zien, zeker in de huidige context van de afbouw van het vangnet (transitiebedrag). Met het oog op de voorzienbaarheid is het wenselijk om hier op voorhand een duidelijke keuze in te maken.

Vooraf zou de NZa hierin de volgende lijn willen hanteren:

- Kleine doorontwikkelingen die het systeem beter werkbaar maken, maar geen wezenlijke beleidsverandering omvatten, dienen zoveel en snel mogelijk in correctiereleases mee te worden genomen. Hierbij valt te denken aan herstellen van evidente fouten in de productstructuur (foute afleiding, ontbrekend product) en tarieven (foutieve berekeningen).
- Doorontwikkelingen van meer fundamentele aard lopen mee in de beleidsrijke release. Naast beleidswijzigingen valt hierbij ook te denken aan het hanteren van een alternatieve berekeningsmethodiek voor het gereguleerde segment.

Op grond van de afstemming met veldpartijen is reeds duidelijk geworden dat de grens niet altijd duidelijk te trekken is. Ook kan er op grond van zwaarwegende redenen, zoals financiële impact voor aanbieders of zorgverzekeraars of politieke wensen, soms reden zijn om op een pragmatische manier met de grens om te gaan. Bij de uitwerking van de releases zal hier dus met verstand naar gekeken moeten worden. Afwijkingen dienen echter tot een minimum beperkt te worden en alleen in onderling overleg plaats te vinden.

Deze lijn impliceert dat de reguliere doorontwikkelpunten (hoofdstuk 3) in correctiereleases kunnen worden opgenomen. Daarom wordt er geen concrete datum genoemd, maar geldt het uitgangspunt 'zo snel als mogelijk'. De (doorgaans grotere) doorontwikkelpunten specifiek gekoppeld aan de invoering van DOT onder prestatiebekostiging (hoofdstuk 4 en 5) kennen wel een releasedatum, namelijk punten die doorgevoerd dienen te worden per 1 januari 2013 of per 1-2014, dus in de beleidsrijke release.

3. Doorontwikkelpunten regulier onderhoud

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de doorontwikkelpunten die eigenlijk continue door lopen en horen tot de 'reguliere' doorontwikkeling die de NZa dan wel DBC-Onderhoud uitvoert. Vanwege het publieke belang zijn betreffende punten in deze agenda opgenomen. Deze doorontwikkelpunten kunnen zowel landen in beleidsrijke als correctiereleases.

3.2 Doorontwikkeling zorgactiviteitentabel

Zorgactiviteiten (circa 4000) vormen het profiel van een DBC-zorgproduct en dienen als basis voor de registratie en afleiding van DBC-zorgproducten binnen DOT. Ook spelen ze een rol bij de bepaling van de aanspraak op het product en of een Wet op bijzondere medische verrichting vergunning (Wbmv-vergunning) vereist is om te mogen declareren. Veel zorgactiviteiten stammen nog uit de oude tabellen van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Gevolg kan zijn dat de zorgactiviteit achterhaald is, de omschrijving verouderd of dat niet volledig duidelijk is wanneer een dergelijke activiteit vastgelegd mag worden. Dit heeft ongewenste gevolgen voor de stabiliteit van het systeem en controleerbaarheid van uitkomsten door zorgverzekeraars, en daarmee de werking van het systeem.

Voor de release RS08 (release welke op 30 juni door de NZa is vastgesteld) zijn al verschillende wijzigingen doorgevoerd in de zorgactiviteiten tabel. Nu dient er over de hele linie nog een grote verbeterslag te worden doorgevoerd. Deze verbeterslag bevat de volgende onderdelen:

- Overbodige zorgactiviteiten dienen te worden afgeschaft;
- Onduidelijke zorgactiviteiten dienen te worden verduidelijkt (het liefst een definiëring per zorgactiviteit);
- Er dient een goede indeling te komen in categorieën zorgactiviteiten;
- Waar nodig dienen ook de registratiebepalingen hierop te worden aangepast zodat er sprake is van eenduidige vastlegging van activiteiten.

Het initiatief voor deze verbeterslag ligt bij DBC-O. Inmiddels is samen met de NFU en NVZ in een werkgroep een start gemaakt. De NZa wil bij dit traject nadrukkelijk betrokken worden.

3.3 Terugdringen overbodige en obsoleete DBC-zorgproducten

In april 2011 heeft de NZa de productstructuur DOT beoordeeld.⁶ In deze beoordeling is aangegeven dat een sterke sturing op het aantal declarabele producten in de toekomst nodig blijft om een hanteerbaar systeem te houden. Indien een prestatieaanvraag leidt tot meer producten zal er in ieder geval voldaan moeten worden aan andere criteria als een verbeterde medische herkenbaarheid van zorgproducten

⁶ Rapport 'beoordeling productstructuur DOT', april 2011

waarover onderhandeld kan worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Beheersing van het aantal producten kan onder meer bereikt worden door DBC-zorgproducten die in de praktijk niet blijken te worden gebruikt en dus overbodig zijn te verwijderen. Naar dit aspect dient tijdens de doorontwikkeling en het beschikbaar komen van gegevens, door DBC-O nader onderzoek plaats te vinden.⁷ Het is hierbij belangrijk om uit te zoeken waarom deze producten niet of nauwelijks worden gebruikt. Het eventueel verwijderen van een product dient in nauw overleg te gaan met veldpartijen, CVZ en NZa (onder meer voor de juridische toets of er wel of geen sprake is van 'zorg' in de zin van de Wmg).

3.4 Monitoren en aanpak uitval

Een uitvalproduct is het resultaat van de afleiding van een declaratiedataset door de grouper waarin een onlogische combinatie van aanwezige componenten en zorgactiviteiten voorkomt. Dit product kan niet gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Het grote aantal uitvalproducten ten opzichte van aantal declarabele producten is logisch, omdat het bij een automatisch afleidingsmechanisme onderin de beslisbomen altijd uitvalproducten dienen te worden opgenomen.

Er zijn verschillende soorten uitval te definiëren, maar globaal kan er gesproken worden over de volgende soorten:

- Verwijtbare uitval: uitval die door betere basisregistratie of typering voorkomen kan worden.
- Logische/verwachte uitval: uitval als gevolg van het ontbreken van de juiste activiteiten in het subtraject. Het zal altijd voorkomen dat er subtrajecten zijn waarbinnen (door bijvoorbeeld de standaard sluitmomenten) een enkele activiteit valt die zelfstandig niet als subtraject kan afleiden (bijvoorbeeld een foto). Dit is een logisch gevolg van de gekozen registratieregels en zal ook minimaal voorkomen.
- Onverwijtbare uitval: uitval te wijten aan tekortkomingen in de productstructuur.

Uitval dient binnen DOT door DBC-O nauwlettend gemonitord te worden, inclusief meenemen van signalen/bevindingen van partijen. Indien uitval behoort tot categorie A zal het in de toekomst door zorginstellingen gedeclareerd gaan worden in reguliere DBC-zorgproducten. De mate van uitval in deze categorie zegt iets over de noodzaak tot verbetering van de registratie bij betreffende zorginstelling. Met betrekking tot categorie C dienen eventuele knelpunten door DBC-O in de productstructuur opgelost te worden, in nauwe afstemming met de NZa. Dit is noodzakelijk om de toegankelijkheid van betreffende zorg niet in gevaar te laten komen.

⁷ Brief NZa een DBC-Onderhoud, 'definitief besluit DOT en doorontwikkelpunten', kenmerk 11D0023857, d.d. 30 juni 2011

3.5 Aanpak onbedoelde prikkels DOT

Vanzelfsprekend resteren er ondanks de voorziene verbeteringen ook binnen DOT risico's ten aanzien van de onbedoelde prikkels. Voor zorgverzekeraars ligt een belangrijke rol om op deze prikkels te sturen en waar mogelijk met (prijs)afspraken te mitigeren. Dit neemt niet weg dat er ook vanuit het publieke domein aandacht dient te zijn voor dit onderwerp, vanuit de werking van het systeem. De risico's zijn door DBC-O en NZa in beeld gebracht in een gezamenlijk sessie 'onbedoelde prikkels'.⁸ Daarnaast is tijdens de ontwikkeling van de productstructuur, het testen van de productstructuur door DBC-O en het simuleren van de registratieregels aandacht besteed aan de robuustheid van het systeem. DBC-O is per brief van april 2011⁹ al verzocht om het gebruik van DOT zorgvuldig te monitoren, om zodoende mogelijk ongewenst gedrag in beeld te krijgen. De analyses kunnen in latere jaren in overleg met de NZa aanzetten tot aanpassingen in de productstructuur en/of aanscherping in de regelgeving.

3.6 Verbetering registratieregels DOT

Voor de invoering van de DOT-productstructuur zijn geheel nieuwe registratieregels ontwikkeld, welke door de NZa ook zijn opgenomen in de nadere regel 'regeling medisch specialistische zorg'. In haar beoordeling heeft de NZa aangegeven dat ook wat betreft de registratieregels er een verdere doorontwikkeling nodig is, onder meer om het aantal uitzonderingsregels te beperken, maar ook om ongewenste opsplitsing van producten te voorkomen. Dit is noodzakelijk vanuit de werking van het systeem. Verder heeft de NZa in haar beoordelingsrapport geconcludeerd dat de toepassing van nieuwe registratieregels een risico vormt voor volumeontwikkeling. Zo zullen er gemiddeld beduidend meer subtrajecten worden geregistreerd en afgeleid. Ondanks dat hiervoor al is gecorrigeerd in de tariefberekening, dient nauwlettend in de gaten gehouden te worden wat het werkelijke volume effect is. Daarnaast zijn de effecten van de nieuwe registratieregels tot nu toe alleen gesimuleerd omdat er nog geen sprake is van werkelijke producten op basis van DOT. Het is van belang de effecten van de nieuwe registratieregels te monitoren. Verbetering van de registratieregels en monitoring van de effecten van de nieuwe registratieregels door DBC-O zal daarom de komende jaren nodig blijven.

⁸ In deze sessie is de GGZ-productstructuur eveneens meegenomen, maar is verder niet relevant voor deze doorontwikkelagenda.

⁹ Brief NZa een DBC-Onderhoud, 'principebesluit NZa inzake productstructuur DOT en doorontwikkelpunten', kenmerk 11D0013641, d.d. 13 april 2011

4. Doorontwikkelpunten

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van doorontwikkelpunten met een beleidsmatig karakter. Per doorontwikkelpunt wordt beschreven wat de achtergrond is, het doel dat met de doorontwikkeling bereikt zou moeten worden en hoe de doorontwikkeling wordt aangepakt. Ook is opgenomen wie de voortrekkersrol heeft en met ingang van welk jaar dit gerealiseerd dient te zijn.

4.2 Ontwikkeling pre-MDC (waar mogelijk opname in reguliere ICD-10 hoofdstukken)

Achtergrond
<p>De medische herkenbaarheid van DOT is inhoudelijk geborgd door de ICD10 als basis te gebruiken voor de productstructuur. Om te komen tot een medisch herkenbare productstructuur zijn de huidige DBC-diagnoses aan de ICD10 hoofdstukken gekoppeld. Het bleek niet mogelijk de beschreven systematiek voor alle (deel)specialismen te volgen. Daarom is de keus gemaakt om voor 23 (deel)specialismen een uitzondering te maken en de zorgproducten afzonderlijk te onderscheiden: de pre-MDC's.</p> <p>Het toepassen van Pre-MDC's heeft een positief effect op de medische herkenbaarheid van de DBC-productstructuur, echter heeft het negatieve effecten op de aantallen producten en daarmee de hanteerbaarheid. Daarnaast wordt hierdoor ook de specialisme overstijgendheid negatief beïnvloed.</p> <p>Streven is om met zoveel mogelijk pre-MDC's wel aansluiting te zoeken bij ICD-10. Dit is geen doel op zich maar wel een streven. Voor alle Pre-MDC's dient te worden overwogen of een dergelijke doorontwikkeling, om te komen tot medisch herkenbare en kosten homogene producten die vallen onder ICD-10, mogelijk is. Aan een aantal productgroepen wordt al gewerkt door ondermeer DBC-O.</p> <p>972802 – Neurochirurgie (inclusief epilepsiechirurgie) 979001 – Cardiologie/thoraxchirurgie 990016 – Kindergeneeskunde 990004 – Plastische chirurgie</p>
Doel
<p>Pre-MDC's groepen dienen waar mogelijk te worden opgenomen in de reguliere ICD10 structuur. Hierbij moet de medische herkenbaarheid niet in het gedrang komen. Doel is om te komen tot een goed werkende systematiek die consistent en transparant is. Hierbij zijn specialisme overstijgendheid van de productstructuur en onafhankelijkheid van type instellingen belangrijke uitgangspunten.</p>
Aanpak
<p>Onderzoek doen in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen over opname in de ICD-10 hoofdstukken.</p>
Voortrekkersrol
<p>DBC-Onderhoud (in afstemming met de NZa)</p>
Gereed
<p>Waar mogelijk worden pre-MDC's al per 2013 opgenomen in de productstructuur, andere zullen in de daaropvolgende jaren moeten volgen. Met name per 2014 zal een grote stap gemaakt moeten worden.</p>

4.3 Herziening clustering DBC-zorgproducten

Achtergrond
<p>Binnen de nieuwe productstructuur wordt op een aantal plaatsen gebruik gemaakt van clusteringen van DBC-zorgproducten. De clusteringen zijn tot stand gekomen door het gebruik van identieke boomstructuren bij verschillende ICD10 hoofdstukken. Het gaat om twee grote en negen kleine clusteringen. Het doel van deze clustering is volgens DBC-Onderhoud om medisch identieke DBC-zorgproducten die door de ICD-systematiek over een aantal hoofdstukken zijn verspreid aan elkaar te koppelen. Het tweede doel is het tegengaan van versnippering die zonder clustering zou ontstaan bij DBC-zorgproducten met onvoldoende volume. Er is in beperkte mate ook clustering toegepast om technische redenen.</p> <p>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 clustering.</p> <p>De NZa vindt centrale clustering principieel onwenselijk, behalve als er sprake is van zorginhoudelijk 100% identieke producten. Ook NFU en de Orde hebben laten weten de clustering onwenselijk te vinden, ondermeer omdat het ook effecten heeft op de honoraria van de medisch specialisten.</p> <p>Achterliggende gedachte van ontclustering is dat vanwege de beoogde invoering van prestatiebekostiging het van belang is dat zorgverzekeraars zelf hun eigen clustering kunnen aanmaken bij de inkoop van zorg. Om de bekostiging optimaal aan te laten sluiten bij de inkoopsturing door zorgverzekeraars, acht de NZa het noodzakelijk dat elk DBC-zorgproduct van een unieke declaratiecode wordt voorzien. De NZa vindt dat de clustering door DBC-Onderhoud op grond van nadere analyses en/of praktijkervaringen met DOT heroverwogen moet worden.</p>
Doel
<p>Indien nodig het opheffen en/of aanpassen van clusteringen van DBC-zorgproducten. Doel is om te komen tot een goed werkende systematiek die consistent en transparant is.</p>
Aanpak
<p>Clusteringen laten vervallen en voorzien van individuele prestatiecodes</p>
Voortrekkersrol
<p>DBC-Onderhoud (in afstemming met de NZa)</p>
Gereed
<p>Monitoren in 2012, aanpassing per 2013 en 2014.</p>

4.4 Opschonen en verduidelijken prestaties overige zorgproducten

Achtergrond
<p>Het uitgangspunt van de DOT-productstructuur is dat er voor de behandeling van een patiënt één integraal zorgproduct gedeclareerd wordt. In specifieke gevallen kan zorg worden gedeclareerd als een overig zorgproduct, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Per 1 januari 2012 spreken we binnen de medisch specialistische zorg over DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Onder deze overige zorgproducten worden prestaties verstaan die vallen onder de categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) overige zorgproducten (OVP's) b) ondersteunende zorgproducten (OP) c) overige verrichtingen d) overige trajecten e) add-ons <p>Deze overige zorgproducten zijn ook gedefinieerd als zorgactiviteiten in de zorgactiviteitentabel, maar hebben als extra kenmerk dat ze (onder bepaalde voorwaarden) los declarabel zijn.</p>
Doel
<p>Met name alle OP's, OVP's, overige trajecten en overige verrichtingen dienen gecategoriseerd, verduidelijkt en zonodig opgeschoond te worden (voorkomen dubbele bekostiging).</p> <p>Speciale aandacht behoeven ook de kaakchirurgische verrichtingen die vallen onder de categorie overige verrichtingen, zie hiervoor paragraaf 5.5. Voor de doorontwikkeling van de add-ons IC en dure en weesgeneesmiddelen wordt verwezen naar respectievelijk paragraaf 4.8 en paragraaf 4.5 van dit document. Voor de doorontwikkelen van de overige zorgactiviteiten (niet los declarabel) wordt verwezen naar paragraaf 3.2.</p> <p>Doel is om te komen tot een goed werkende systematiek die consistent en transparant is.</p>
Aanpak
<p>De lijst met overige zorgproducten nalopen en in overleg met de sector voorzien van een juiste definitie en zorgen voor een goede indeling. Tevens zal van de overige zorgproducten worden bepaald of ze terecht zijn gedefinieerd als overig zorgproduct of dat ze kunnen vervallen.</p> <p>Voor de langere termijn moeten er goede afspraken worden gemaakt over wie het onderhoud hiervan gaat doen en op welke manier.</p> <p>Dit onderwerp heeft ook raakvlakken met de uitvoeringstoets eerstelijnsdiagnostiek. Mogelijke aanbevelingen hieruit kunnen meegenomen worden in dit traject.</p>
Voortrekkersrol
NZa (in afstemming met DBC-O)
Gereed
Per 2013

4.5 Geneesmiddelen in productstructuur

Achtergrond
<p>Het beleid omtrent de add-ons voor de dure en weesgeneesmiddelen moet heroverwogen worden voor de periode vanaf 2013. Het blijkt erg lastig goede criteria te ontwikkelen voor add-ons en er liggen enkele onbedoelde prikkels op de loer. De werking van de criteria die ingevoerd worden per 2012 kunnen mede bepalend zijn voor de snelheid waarmee dit opgepakt wordt.</p>

Doel
De bekostiging van geneesmiddelen binnen DOT verbeteren. Doel is om te komen tot een goed werkend en doelmatig systeem waarmee de toegankelijkheid geborgd wordt.
Aanpak
De NZa is bezig met het uitwerken van criteria voor add-ons per 2012. Parallel is de NZa aan het nadenken over oplossingsrichtingen voor de bekostiging van deze geneesmiddelen per 2013, zodat het systeem toekomstbestendig wordt. Deze ideeën zullen met veldpartijen besproken worden, wat leidt tot aangepast beleid per 2013.
Voortrekkersrol
NZa (in overleg met VWS)
Gereed
Per 2013

4.6 Ziekenhuisverplaatste zorg in productstructuur

Achtergrond
<p>Onder ziekenhuisverplaatste zorg wordt de medisch specialistische behandeling verstaan wanneer deze buiten de muren van de instelling plaatsvindt. Te denken valt aan (1) de verstrekking van hulpmiddelen, (2) de verstrekking van geneesmiddelen of (3) verpleging welke onderdeel zijn van een medisch specialistische behandeling.</p> <p>Een hulpmiddel behoort tot de medisch specialistische zorg wanneer een medisch specialist het hulpmiddel voorschrijft en indien er sprake is van een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg.</p> <p>De verstrekking van geneesmiddelen als onderdeel van de medisch specialistische behandeling valt onder de noemer ziekenhuisverplaatste zorg en hetzelfde geldt voor verpleging in de thuissituatie.</p> <p>Door het ministerie van VWS is reeds benoemd dat ziekenhuisverplaatste zorg binnen het vrije segment uitonderhandeld moet worden door de kosten hiervan mee te nemen in het integrale tarief.¹⁰</p> <p>De NZa zal begin 2012 in overleg met het CVZ en DBC-Onderhoud koers bepalen of, en zo ja, op welke wijze onderdelen van de ziekenhuisverplaatste zorg dienen te worden opgenomen in de productstructuur (bijv ingeval er sprake is van ziekenhuisverplaatste zorg in het gereguleerde segment).</p> <p><i>Specifiek voor hulpmiddelen</i></p> <p>In 2009 heeft het CVZ het standpunt 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg' uitgebracht. Hierin heeft het CVZ uitgelegd wanneer een hulpmiddel onderdeel is van de hulpmiddelenzorg en wanneer een hulpmiddel onderdeel is van de medisch specialistische zorg.</p> <p>Op basis van het standpunt 2009 is het CVZ tot de conclusie gekomen dat enkele hulpmiddelen (zoals thuisdialyse-apparatuur en de insulinepomp) thuishoren onder de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg in plaats van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Er dient nog in kaart te worden gebracht of dit aanpassingen vereist in de productstructuur of tarieven. Partijen geven aan dat er sprake is van een bekostigingsprobleem.</p>

¹⁰ Brief VWS aan NVZ, 'stand van zaken ziekenhuisverplaatste zorg', kenmerk CZ-IPZ-3072849, d.d. 14 juli 2011

Doel
<p>Inventariseren van resterende knelpunten in de financiering van de ziekenhuisverplaatste zorg. Doel is om te komen tot een goed werkend en doelmatig systeem.</p> <p><i>Specifiek voor hulpmiddelen</i></p> <p>Bepalen of aanpassingen van de DBC-zorgproducten nodig is in verband met specifieke hulpmiddelen die vallen onder de medisch specialistische zorg. Zo nodig aanpassingen doorvoeren.</p>
Aanpak
<p>In overleg met DBC-O, CVZ, VWS en veldpartijen bepalen op welke manier onder ziekenhuisverplaatste zorg binnen de DOT-systematiek gepositioneerd dient te worden.</p> <p><i>Specifiek voor hulpmiddelen</i></p> <p>DBC-Onderhoud heeft de technische uitwerking op zich genomen van enkele specifieke hulpmiddelen. Deze uitwerking kan niet los gezien worden van de nog te ontwikkelen lange termijn aanpak. Voor de volgende hulpmiddelen dienen de DBC-zorgproducten/tarieven mogelijk aangepast te worden in de komende jaren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacuümpomp - Continue glucosemonitoring (CGM) bij diabetespatiënten - Insulinepomp - Dialyseapparatuur - Voedingspomp
Voortrekkersrol
NZa (lange termijn)/DBC-O (specifieke hulpmiddelen) (in afstemming met CVZ).
Gereed
Per 2014

4.7 Aanpassing productstructuur kindergeneeskunde

Achtergrond
<p>Voor kindergeneeskunde spelen een aantal zaken naast elkaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De NZa heeft in 2009 akkoord gegeven om voor kindergeneeskunde een aparte boom te maken binnen de productstructuur met daarbij de voorwaarde dat deze boom op termijn weer geïntegreerd moet worden in de reguliere ICD10-bomen. De NZa heeft destijds middels een brief aan DBC-Onderhoud laten weten dat dit per 2013 geïntegreerd moet zijn.¹¹ - Er is geconstateerd dat in de aparte boom voor kindergeneeskunde de topreferente kindergeneeskunde nog niet herkenbaar genoeg is in verwerkt. Gezien de door de NZa erkende noodzaak van doorontwikkeling van de productstructuur kindergeneeskunde worden de tarieven van de DBC-zorgproducten voor de klinische kindergeneeskunde (klinische producten in boom 990016) voor 2012 aangepast in de correctierelease RZ12b. In deze release zal voor de verpleegdag, in plaats van een gemiddelde kostprijs van algemene ziekenhuizen, de kostprijs voor een kindergeneeskunde verpleegdag binnen de UMC's gehanteerd worden. Hierdoor wordt om reden van onvolkomenheid van de productstructuur tijdelijk afgeweken van het huidige kostprijnsprincipe. Deze schrijven voor dat kostprijzen gebaseerd dienen te worden op kostprijzen uit de referentiegroep algemene ziekenhuizen.¹²
Doel
<p>Voor zover mogelijk per 2013 de aparte boom voor kindergeneeskunde integreren in de reguliere ICD-10 bomen binnen de productstructuur, zodat identieke zorg voor volwassen en kinderen geen verschillend product betreft. Doel is om te komen tot een goed werkend en doelmatig systeem waarmee de toegankelijkheid geborgd wordt.</p>
Aanpak
<p>DBC-Onderhoud heeft een plan van aanpak uitgewerkt wat de mogelijkheden en gevolgen van de integratie in kaart brengt. Naar aanleiding van bijbehorende impactanalyses zullen keuzes gemaakt moeten worden. De insteek is dat gelijke zorg een gelijk product levert in de afleiding en dat het aanluit bij de reguliere ICD-10 bomen. Voor specifieke kindzorg zal een oplossing moeten worden gecreëerd.</p>
Voortrekkersrol
<p>DBC-Onderhoud (in afstemming met NZa)</p>
Gereed
<p>Per 2013 grote stap, afronding per 2014</p>

¹¹ Brief NZa aan DBC-O, 'kindergeneeskunde in DOT', kenmerk 10D0004692, d.d. 16 februari 2010

¹² Toelichting in brief NZa en NFU, 'doorontwikkeling DOT en aanpassing DOT kostentarieven', kenmerk 11D0029384, d.d. 8 augustus 2011.

4.8 Zorgproducten Intensive Care

Achtergrond
Voor de add-ons IC wordt per 2012 nog gewerkt met de huidige groeipindelning op basis van aantal beademingsdagen. Er bestaat, ondermeer bij IGZ, de wens om deze meer te ontwikkelen richting de kwaliteitsrichtlijnen en bij de door de IGZ vastgesteld IC-level indeling (level 1, 2 en 3). Ook kan er gekozen worden voor een andere groepsindeling en/of toevoegen van de mogelijkheden tot het registreren van andere zorgactiviteiten. Hierbij is het streven dat aansluiting wordt gezocht bij visie van, en het reeds verzette werk door, IGZ en hun aanbevelingen (onder meer op het gebeid van regionale samenwerking).
Doel
Door het in kaart brengen van aanpassingen die nodig zijn in de overige zorgproducten voor de intensive Care zorg (add-ons) komen tot nieuwe producten voor de IC. Mogelijk kunnen deze aansluiten bij kwaliteitsrichtlijnen of de IC-levelindeling van de IGZ. Verder dienen onbedoelde prikkels tegen gegaan te worden en kunnen mogelijk doelmatigheidsprikkels tav IC-gebruik ingebouwd worden.
Aanpak
Onderzoek naar benodigde aanpassing in de producten voor de IC en het in kaart brengen van de mogelijkheden (zoals een levelbenadering of aanpassing van de tariefsgroepen). De onderzoeken en richtlijnen van de IGZ kunnen hierbij als handvat dienen en er zal afstemming gezocht worden met de NVIC.
Voortrekkersrol
NZa (in afstemming met DBC-O en IGZ)
Gereed
Onderzoek in 2012, aanpassing per 2013

4.9 Inzicht in zorgzwaarte

Achtergrond

Binnen de DOT-systematiek komt zorgzwaarte in de productstructuur al beter naar voren. Zo wordt binnen DOT hoofdzakelijk op basis van zorgactiviteiten bepaald welke product er afgeleid wordt. Ook zijn de lengte van de verpleegduur, het aantal consulten en de zwaarte van operaties van invloed op het product dat wordt afgeleid. De complexiteit van zorg voor patiënten komt hierdoor beter tot uiting in de zorgproducten.

Daarnaast worden in 2012 een aantal veranderingen doorgevoerd dat de knelpunten ten aanzien van zorgzwaarte verder verminderd:

- Uitbreiding van het B-segment: vrije prijzen bieden de mogelijkheid om zorgzwaarte lokaal uit te onderhandelen;
- Het vaste segment: specifieke functies die een grote mate van beschikbaarheidcomponent kennen (zoals SEH en traumahelikopters). Voor deze zorgfuncties wordt de zorgzwaarte problematiek opgelost.

Het verder verbeteren van zorgzwaarte in de productstructuur vindt in eerste aanleg per 2014 plaats middels herijking van de tarieven op basis van een aangepast kostprijsmodel (zie 4.10). Ook zal mogelijk via een specifieke herijking van kostentarieven per 2013 reeds de grootste problemen worden aangepakt (zie 4.11).

Los van deze aanpassingen is het belangrijk om de inzichten in zorgzwaarte te verbeteren.

Het DBC-systeem is een systeem van 'gemiddelden'. De daadwerkelijk geleverde zorg (en daarmee samenhangende kosten) binnen een zorgproduct kunnen per consument variëren. Hierdoor wordt per definitie een deel van de zorg 'ondergefinancierd' en een deel 'overgefinancierd'.

Definitie zorgzwaarte en zorglichte

Er is sprake van een hoge mate van zorgzwaarte wanneer zorg voor een instelling, afdeling of patiëntenpopulatie structureel resulteert in een uitgebreider zorgprofiel, meer tijdsbeslag of de structurele inzet van zwaardere behandelaarsgroepen dan het gemiddelde profiel. Dit leidt uiteindelijk tot een hoger kostenbeslag. Het hogere kostenbeslag wordt daarbij niet veroorzaakt door inefficiency of ondoelmatigheid, maar door een structureel uitgebreider zorgprofiel op basis van de specifieke patiëntkenmerken van de patiëntenpopulatie. Om te spreken van een hoge of lage mate van zorgzwaarte moet er sprake zijn van een significante structurele afwijking tussen de geleverde (zorg)kosten (op niveau van instelling of patiëntenpopulatie) en de vergoeding die hier tegenoverstaat.

Onder zorglichte wordt bedoeld dat er is sprake van een instelling, afdeling of patiëntenpopulatie dat structureel resulteert in een minder uitgebreide zorgprofiel en/of minder tijdsbeslag van de behandelaar/medisch specialist wat uiteindelijk leidt tot een lager kostenbeslag. Hierbij hebben instellingen te maken met een structurele overfinanciering van de geleverde zorg.

Doel
<p>- Het inventariseren van de knelpunten van zorgzwaarte</p> <p>De noodzaak van aanvullende oplossingen kunnen pas worden bepaald wanneer de effecten van de nieuwe productstructuur duidelijk zijn. Het is van belang dat door DBC-Onderhoud onderzocht wordt welk zorgzwaarteprobleem er resteert na de introductie van DOT.</p> <p>- Het vergroten van inzicht in zorgzwaarte</p> <p>Op dit moment is het grootste probleem dat er geen inzicht verkregen kan worden in de mate van zorgzwaarte, omdat de oorzaak van hogere kosten (inefficiency versus zwaardere zorgvraag veroorzaakt door specifieke patiëntenkenmerken) niet achterhaald kan worden. De benodigde de informatie is op dit moment niet beschikbaar, maar dient wel zo spoedig mogelijk gecreëerd te worden.</p> <p>Hierbij dient opgemerkt te worden dat de aanpassing van het kostprijsmodel en het representatiever maken van de referentiegroep mogelijk een oplossing bieden voor zorgzwaarte.</p>
Aanpak
<p>Voor dit onderwerp stelt de NZa de volgende gefaseerde aanpak voor:</p> <p>Fase 1: Allereerst kunnen partijen onder regie van DBC-Onderhoud bepalen welke patiëntenkenmerken een goede proxy zijn voor zorgzwaarte en zorglichte (bijvoorbeeld: nevendiaagnosen, doorverwijzing, leeftijd)</p> <p>Fase 2: Ten tweede dient vastgesteld te worden <u>hoe</u> de patiëntenkenmerken geregistreerd zullen worden. Hiervoor zal een pilot worden opgesteld waar ziekenhuizen zich (vrijwillig) voor kunnen aanmelden. Dit dient in samenhang te worden bekeken met reeds bestaande registraties, zoals Landelijke Medische Registratie (LMR) of het nog op te zetten kwaliteitsinstituut.</p> <p>Fase 3: Na maximaal een jaar registreren middels een pilot zal worden bekeken of en zo ja hoe, de uitkomsten worden gebruikt voor aanpassing in de productstructuur of tariefregulering.</p>
Voortrekkersrol
DBC-Onderhoud (in afstemming met NZa)
Gereed
<p>Fase 1: december 2011</p> <p>Fase 2: december 2012</p> <p>Fase 3: februari 2013</p>

4.10 Herijking gereguleerde tarieven 2014 op basis van nieuw kostprijsmodel

Achtergrond
<p>Voor de berekening van de DBC-kostprijzen wordt in het huidige kostprijsmodel naast de kostprijzen van zorgactiviteiten ook de profielen gebruikt uit de (DIS-)data. Er kunnen belangrijke verschillen zijn tussen instellingen in de wijze waarop kosten(-soorten) toegerekend worden aan zorgactiviteiten (mede gezien huidige vrijheidsgraden in de calculatieprincipes). Ook de inhoud van de lokale zorgprofielen kan erg verschillen, zowel vanwege praktijkvariatie als vanwege registratieverschillen in zorgactiviteiten tussen zorgaanbieders. Door de beperkte dataset en het ontbreken van specifieke lokale zorgprofielen voor de referentiegroep (de aangeleverde kostprijzen van de referentiegroep worden nu gecombineerd met landelijke profielgegevens uit DIS), ontstaat een cumulatie van onzekerheden in de berekeningswijze. Om die reden is de NZa voornemens een nieuw kostprijsmodel op te zetten welke leidt tot nieuwe tarieven voor het gereguleerde segment per 2014 en waarbij meer uitgegaan wordt van werkelijke kostprijzen op productniveau.</p> <p>Bovendien zal de referentiegroep uitgebreid/aangepast worden als gevolg van de uitbreiding van het vrije segment en het beperkte gereguleerde segment wat over blijft. Voor het resterende gereguleerde segment dient betrouwbare kosteninformatie beschikbaar te komen vanuit een representatieve groep.</p> <p>Om te komen tot een nieuw kostprijsmodel is met een groep ziekenhuizen een pilot opgezet. Deze pilot richt zich op de kostencomponent van de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten binnen de ziekenhuiszorg en in eerste instantie niet op de categorale sectoren welke ook onderdeel uitmaken van het gereguleerde segment (revalidatie, long/astma, epilepsie derde lijn). Mogelijk kan voor deze drie sectoren als vervolg op deze pilot hetzelfde model gehanteerd gaan worden .</p>
Doel
<p>Een nieuw kostprijsmodel dat middels duidelijke afspraken over de aanlevering representatieve verantwoordingskostprijzen oplevert voor het gereguleerde segment uit een zo recent mogelijk jaar en wat kan dienen als basis voor de kostentarieven van de DBC-zorgproducten vanaf 2014, maar wat ook geschikt is voor een systeem van integrale tarieven (kosten en honorarium) per 2015.</p> <p>Het eindresultaat van de pilot is een betrouwbaar, effectief en representatief kostprijsmodel om tarieven te gaan bepalen. Dit uit zich in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een representatieve referentiegroep voor het gereguleerde segment; - Een beleidsregel waarin het kostprijsmodel beschreven staat; - Een nadere regel met informatieverplichting voor de nieuwe referentiegroep met uitgewerkte calculatieprincipes. <p>Een aangepaste beleidsregel toetsingskader tarieven somatiek.</p>
Aanpak
<p>Het kostprijsmodel wordt ontwikkeld op basis van een pilot. Kernpunten van de pilot zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samenwerking met experts van STZ, UMC's en DBC-Onderhoud. - In een aantal sessies worden problemen besproken, oplossingen geïnventariseerd en wordt getoetst op haalbaarheid in de huizen. - Ontwikkelpunten zijn onder meer: een goede indeling in kostensoorten. bepalen van de kostenstromen welke meegenomen mogen worden. <p>Op basis van de uitkomsten van de pilot zal de NZa met een nieuw kostprijsmodel komen.</p>
Voortrekkersrol
NZa (in samenwerking met DBC-O en de pilotgroep)
Gereed
<p>Alle tarieven moeten per 2014 op basis van het nieuwe kostprijsmodel zijn vastgesteld. De pilot zal aanvagen in 2011 en afhankelijk van de uitkosten zal begin 2012 het kostprijsmodel in een beleidsregel en nadere regel zijn opgenomen.</p>

4.11 Herijking specifieke kostentarieven 2013

Achtergrond
<p>Gelet op de activiteiten om de tarieven per 2014 fundamenteel te verbeteren (zie 4.10) acht de NZa het gelet op de voortgang niet wenselijk om in 2013 de tarieven van DBC-zorgproducten over de hele linie te herijken. Ook inhoudelijk lijkt de meerwaarde hiervan beperkt, gelet op de beperkingen van het huidige kostprijsmodel. De NZa is dan ook voornemens – ondanks het toetsingskader DBC's – om ten behoeve van de tarieven 2013 voorsnog geen nieuwe kostprijzen volgens het oude model uit te vragen (oude referentiegroep).</p> <p>Bijkomend voordeel is dat er sprake is van stabiele tarieven voor twee jaar, waardoor de effecten van invoering van prestatiebekostiging goed in beeld kunnen worden gebracht. Er zal geen herijking van de gereguleerde tarieven over de hele linie plaatsvinden. Aanpassing beperkt zich tot de gereguleerde kostendelen van de tarieven waarvan aantoonbaar kan worden gemaakt dat de gereguleerde tarieven niet goed zijn en een pragmatische en consistente oplossing voorhanden is. Zo zal er in ieder geval nader onderzoek worden gedaan naar de tarieven van de Wbmv-producten cardiologie/cardiochirurgie. Indien deze kunnen worden verbeterd, dient dit uiterlijk per 1 januari 2013 aangepast te worden.</p>
Doel
Herijking van specifieke gereguleerde kostentarieven die aantoonbaar niet goed zijn. Doel hiervan is de toegankelijkheid van deze zorg te waarborgen.
Aanpak
Nader te bepalen, mogelijk wordt voor dit onderdeel al gebruik gemaakt van (onderdelen van) het nieuwe kostprijsmodel.
Voortrekkersrol
NZa/DBC-Onderhoud op basis van analyses die de NFU heeft uitgevoerd.
Gereed
Per 2013 en waar mogelijk/nodig eerder, lopende het jaar 2012

4.12 Herijking kostentarieven overige zorgproducten

Achtergrond
Van veel categorieën overige zorgproducten dient doorontwikkeling van de tarieven plaats te vinden. Veel tarieven stammen nog uit de CTG tijd en zijn verouderd. Er heeft daarbij alleen jaarlijks indexering plaatsgevonden.
Doel
Herijking kostentarieven overige zorgproducten met als doel de toegankelijkheid en de betaalbaarheid te waarborgen.
Aanpak
Nader te bepalen, mogelijk kan op bepaalde punten aangesloten worden bij het nieuwe kostprijsmodel of eerdere kostprijsonderzoeken zoals die voor de eerstelijns diagnostiek.
Voortrekkersrol
NZa (in afstemming met DBC-O)
Gereed
Mogelijk een deel per 2013, rest per 2014

4.13 Toevoegen bloedproducten aan tarieven

Achtergrond
De huidige toerekening van de kosten voor bloedproducten dateert van 2005 en kent een slechte aansluiting met de cijfers van Sanquin, waardoor de toerekening van de kosten van de bloedproducten grotendeels globaal via de verpleegdagen loopt. Bovendien blijkt dat de bloedproducten vaak niet op patiëntniveau worden geregistreerd. Dit is wel nodig om dit correct in de tarieven te verwerken.
Doel
De kosten van de bloedproducten beter toerekenen aan DBC-zorgproducten waarin die kosten ook daadwerkelijk worden gemaakt om zo de transparantie te vergroten.
Aanpak
Rondrekening op basis van de referentieziekenhuizen die tenminste 75% aansluiting hebben met de opgave van Sanquin en daarna calibratie.
Voortrekkersrol
DBC-Onderhoud (in afstemming met NZa)
Gereed
Per 2013

5. Doorontwikkelpunten categoriaal

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van doorontwikkelpunten voor de categorale instellingen en kaakchirurgie. Voor de categorale instellingen voor radiotherapie, audiologie en dialyse staan tot nu toe geen grote doorontwikkelpunten op de agenda maar zal wel regulier onderhoud plaats vinden. Per doorontwikkelpunt wordt beschreven wat de achtergrond is, het doel dat met de doorontwikkeling bereikt zou moeten worden en hoe de doorontwikkeling wordt aangepakt. Ook is opgenomen wie de voortrekkersrol heeft en met ingang van welk jaar dit gerealiseerd dient te zijn.

5.2 Integratie derdelijns epilepsiestructuur

Achtergrond
<p>Ondanks de doelstelling van het integreren van de zorg in één voor alle instellingen toepasbare productgroep (ééntakboom) hebben de gespecialiseerde epilepsiecentra eind 2010 via brieven aangegeven dat er zowel zorginhoudelijk als financieel geen sprake is van homogene patiëntgroepen en dat de zorgproducten tussen epilepsiecentra en overige ziekenhuizen niet vergelijkbaar zijn. Volgens de epilepsiecentra is een verbeterslag nodig in de eentakvariant om deze structuur ook voor de epilepsiecentra medisch herkenbaar te maken.</p> <p>In een bijeenkomst met alle betrokken partijen van 9 december 2010 is ervoor gekozen om alleen voor 2012 de viertaksboom te hanteren maar voor 2013 over te gaan op een ééntakboom. Gevolg is dat DBC-Onderhoud in het DOT-pakket 2012 de viertaksboom epilepsiezorg technisch heeft uitgewerkt met zorgtrajecten voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> – epilepsiecentra kinderen; – epilepsiecentra volwassenen; – algemene ziekenhuizen en UMC's kinderen; – algemene ziekenhuizen en UMC's volwassenen. <p>Vanuit het oogpunt van systeemconsistentie is de NZa voorstander van de ééntakboom. Uit het oogpunt van voorkomen van opeenvolgende wijzigingslasten voor instellingen had zij invoering daarvan per 2012 wenselijk gevonden. Aangezien de sector dit nadrukkelijk ontraden heeft zal er alleen in 2012 gewerkt worden met de viertaksboom. Gevolg is wel dat de experimentstatus voor de epilepsiecentra nog een jaar verlengd wordt met als reden dat de productstructuur nog niet klaar is. Benadrukt is echter wel dat de viertaksboom een tijdelijke structuur betreft en in 2013 overgegaan moet worden op de ééntakboom.</p> <p>Het belang van de afschaffing van het experiment wordt versterkt omdat op nadrukkelijk verzoek van een aantal partijen de DBC-zorgproducten voor de algemene ziekenhuizen en UMC's zijn overgeheveld naar het B-segment.</p>

Doel
Het ontwikkelen van de medische herkenbare, transparante en consistente productstructuur voor epilepsiezorg, waarin ook de gespecialiseerde epilepsiezorg tot zijn recht komt. Er zal in ieder geval ook overgegaan moeten worden op een eentaksboom om te voorkomen dat producten gedefinieerd zijn op basis van het type instelling.
Aanpak
VWS stuurt dit traject aan middels een stuurgroep, waarin naast veldpartijen ook DBC-O en de NZa zitting hebben.
Voortrekkersrol
VWS (in afstemming met stuurgroep)
Gereed
Per 2013

5.3 Revalidatie spoor 2

Achtergrond
<p>In 2009 is voor de revalidatiegeneeskunde de DBC-systematiek ingevoerd. In zijn algemeenheid geldt dat de huidige revalidatie-DBC's 1-op-1 overgenomen zijn in een eigen (Pre-MDC) boomstructuur binnen DOT. Dit betekent dat de basiskenmerken van de huidige revalidatie-DBC's (op basis van tijdseenheden) gewoon zijn blijven bestaan.</p> <p>Na een jaar vastleggen en registeren heeft Revalidatie Nederland (RN) een aantal verbeterpunten geformuleerd en een aantal van deze verbeterpunten is door de landelijke projectgroep overgenomen en de NZa heeft daaropvolgend bij haar 2e go aan DBC-Onderhoud aangegeven akkoord te zijn met het verwerken van deze wijzigingen in de productstructuur DOT 2012 (RS08). Deze verbeteringslag in de revalidatiestructuur wordt ook wel <i>spoor 1</i> genoemd.</p> <p>Spoor 2 wat volgt op spoor 1 is echter meer een fundamentele aanpassing van de productstructuur en is door de sector ook bestempeld als voorwaarde voor prestatiebekostiging. Om die reden zal de revalidatiesector geen twee-, maar een driejarig transitietraject kennen, waarbij dan per 2013 overgegaan kan worden op de fundamenteel aangepast productstructuur (spoor 2).</p>
Doel
<p>Spoor 2 moet leiden tot:</p> <p>A) een voor revalidatie medisch herkenbare, consistente en transparante productstructuur (niet meer op basis van tijdsinzet)</p> <p>B) een productstructuur geschikt voor invoering van prestatiebekostiging.</p>
Aanpak
<p>De sector hecht veel waarde aan de fundamentele doorontwikkeling van de revalidatie DBC's naar een meer prestatiegeoriënteerde productstructuur (het zogenoemde 2e spoor). Inmiddels is Revalidatie Nederland volop bezig met de uitwerking van spoor 2. In deze uitwerking wordt de component 'zorgvraag' gebruikt om extra factoren vast te leggen die gekoppeld zijn aan een patiënt. De basis hiervoor is de International Classification of Functioning, disability and health (ICF). Het betreft de volgende 3 factoren: persoonlijke factoren (zoals leeftijd, andere aandoeningen, etc), externe factoren (ondersteuning, relaties, etc) en participatieambitie. Verder zijn er nog een aantal bijzonderheden met betrekking tot de reguliere DOT-structuur, zo wordt in het voorstel van RN zorgtype 21 afgeschaft en is er geen onderscheid meer tussen klinisch en niet-klinisch. Ook wordt er gewerkt met een diagnoseclustering naar 7 hoofdgroepen. Er dient nog wel een slag gemaakt te worden, aangezien in de voorliggende voorstellen van RN een afleiding plaats vindt op basis van kosten van zorgactiviteiten en niet op zorgpaden (gedefinieerd in zorgactiviteiten). Dit pas onvoldoende binnen de afleidingsgedachte van DOT en bevat verkeerde prikkels.</p>

Afleiding op basis van zorgpaden is daarom een voorwaarde vanuit de NZa voor de invoering van spoor 2 per 2013. Nader onderzoek moet uitwijzen of de door RN ontwikkelde structuur voldoende en tijdig kan worden aangepast. Hierover dient in 2011 duidelijkheid te komen zodat finale uitwerking begin 2012 plaats kan vinden, met het oog op invoering per 2013. De ontwikkeling wordt in het landelijke projectteam Revalidatie besproken. De NZa zal dit traject en de realisatie van de randvoorwaarden nauwlettend monitoren.
Voortrekkersrol
DBC-O (in afstemming met projectteam RN en NZa)
Gereed
Per 2013

5.4 Doorontwikkeling longastma producten

Achtergrond
<p>De 5 categorale long/astmacentra hadden tot voor kort geen DBC-zorgproducten. In samenwerking met de Vereniging Astmacentra Nederland (VAN) heeft CapGemini het ontwikkeltraject ter hand genomen. Daarbij is eerst de zorg in de centra in kaart gebracht. Vervolgens zijn samen met de sector geprotocolleerde behandelprogramma's ontwikkeld. Voor dit traject is ook een stuurgroep samengesteld waarin naast de sector ook DBC-Onderhoud, VWS en de NZa zitting hadden. Op 2 maart 2011 heeft de VAN namens de sector de opgestelde productstructuur aangeboden aan de NZa voor deze beoordeling. Op 11 maart 2011 is ook de bijbehorende rapportage opgeleverd.</p> <p>Kenmerkend voor de nieuwe productstructuur is de modulaire systematiek. 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 beschreven met CV-waarden die voldoen aan criteria van de NZa (< 0,5).</p> <p>Deze structuur en kostprijzen zijn door de NZa geschikt bevonden voor gebruik in 2012 (declaratie, in 2012 nog budgettering), maar kunnen niet los worden gezien van gesignaleerde ontwikkelpunten en de noodzakelijke doorontwikkeling.</p>
Doel
<p>Belangrijkste doorontwikkelpunten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - volledige zorgactiviteitenregistratie in de instellingen; - evalueren tariefstelling assessment en afgebroken behandeling - auditing van het proces van profielbepaling en kostprijzen t.b.v. 2013; - evaluatie en verder definiëring van modules; - check op ongewenste prikkels, waaronder het afbreken behandeling en het onderscheid dagbehandeling/klinisch. - Toegankelijkheid van deze producten voor alle instellingen
Aanpak
Nader te bepalen
Voortrekkersrol
VAN/Capgemini (in afstemming met stuurgroep long/astma). In de loop van 2011/begin 2012 wordt de doorontwikkeling overgedragen aan DBC-Onderhoud.
Gereed
Per 2013

5.5 Productstructuur kaakchirurgie

Achtergrond
<p>Er zijn circa 200 kaakchirurgen, welke gezamenlijk een omzet genereren van ca. 80 miljoen euro. De behandelingen van de kaakchirurgie zijn nog niet vastgelegd in DBC-zorgproducten. Voor kaakchirurgie worden momenteel, zowel door ziekenhuis als specialist, nog verrichtingen gedeclareerd. De tarieven voor kaakchirurgische zorg is onder te verdelen in het honorariumdeel voor de kaakchirurg, het honorariumdeel voor de anesthesioloog en het kostendeel voor het ziekenhuis. De kaakchirurgen declareren het honorariumdeel zelfstandig of via het ziekenhuis bij zorgverzekeraar of patiënt. Voor kaakchirurgen vormen de gedeclareerde verrichtingen directe inkomsten. De honoraria voor de kaakchirurg zijn opgenomen in de vigerende tariefbeschikking met maximumtarieven voor zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgie die bieden (verder kaakchirurgen).</p> <p>Het ziekenhuis legt binnen het huidige systeem voor kaakchirurgie 1e polikliniekbezoeken, dagverplegingen, opnamen en verpleegdagen vast ten behoeve van het budget. Daarnaast gelden ook hier de semi-variabele parameters (adherentie, specialistenplaatsen).</p> <p>Vanaf 1 januari 2009 is de nieuwe productstructuur kaakchirurgie van kracht. Het kostendeel instelling en het honorariumdeel kaakchirurgie en indien van toepassing ook het honorariumdeel anesthesie zijn samengevoegd in één betaaltitel (declaratiecode) met een zogenaamd duaal tarief. Dit betekent een eerste belangrijke stap om te komen tot een integraal (DBC-achtig) product.</p> <p>Kaakchirurgische verrichtingen vallen onder de overige verrichtingen. VWS heeft een projectgroep samengesteld die ervoor moet zorgen dat er voor de kaakchirurgie uiteindelijk DBC-achtige producten komen. Bij de beleidsmatige keuzes die hieraan verbonden zijn wordt kort stilgestaan in hoofdstuk 7. In de tussentijd dient er wel regulier onderhoud plaats te vinden. Omdat kaakchirurgen geen MS zijn vallen ze buiten eventuele kortingen, maar ook buiten doorontwikkeling van de tarieven. Verder vallen ze ook buiten het experiment vrije prijzen mondzorg. Door ondermeer NFU is, in afwachting van de resultaten van de projectgroep kaakchirurgie van VWS, aangegeven dat er een aantal kostendelen van kaakchirurgie op dit moment niet toereikend zijn. Hierbij gaat het met name om de hoofd/hals oncologie.</p>
Doel
<p>Correcte tarieven zodat de toegankelijkheid van zorg geborgd blijft.</p>
Aanpak
<p>NFU en NMT werken momenteel gezamenlijk aan een aangepaste kostenonderbouwing ten behoeve van de aanpassing van deze tarieven.</p>
Voortrekkersrol
<p>NZa/VWS in nauw overleg met projectgroep op basis van input NFU/NMT</p>
Gereed
<p>Ntb</p>

6. Herijking honorariumtarieven

In 2012 en 2013 zullen de honorariumtarieven regulier onderhouden moeten worden, waarbij de huidige wijze van tariefberekening het uitgangspunt vormt. De systematiek hiervoor wordt separaat nog uitgewerkt, maar zal mede afhankelijk zijn van de uitkomsten van de evaluatie van de gehanteerde systematiek. Indien nodig zullen de uitkomsten van deze evaluatie ook meegenomen moeten worden bij het onderhouden van de normtijden.

7. Lange termijn beleidsontwikkelingen

Dit hoofdstuk geeft een, niet uitputtend, overzicht van (middel)lange termijn beleidsontwikkelingen die raakvlakken hebben met de DOT-systematiek. Omdat definitieve koers veelal nog niet is gekozen en afhankelijk is van besluitvorming door het ministerie van VWS (of andere stakeholders), zijn betreffende beleidsontwikkelingen niet nader uitgewerkt. De uitwerking vindt op een later tijdstip plaats, waarbij partijen betrokken zullen worden.

- ICD-10 registratie aan de bron. VWS heeft aangegeven dat zij de ICD-10 registratie aan de bron wil invoeren. Vanuit VWS is hiervoor een project opgezet met als doel: registratie ICD-10 in plaats van de huidige DBC-diagnoses.
- Op verzoek van VWS schrijft de NZa momenteel een advies over taakherschikking binnen de tweedelijns en hoe hier mee om te gaan in de productstructuur. Het vraagstuk omtrent het face-to-face criterium wordt in dit advies meegenomen. Parallel hieraan brengt DBC-O momenteel knelpunten rondom de toepassing van E-health in kaart.
- In 2012 zal het onderwerp substitutie tussen de eerste en tweede lijn aandacht krijgen. Doel is dat meer mensen gebruik maken van de eerste in plaats van de tweede lijn. Aanpassen van de tarifiering voor spoedeisende hulp kan hier een onderdeel van zijn.
- Momenteel wordt er door de NFU nagedacht over een outliersystematiek. Aan de hand van de uitkomst van het traject dat momenteel door de NFU doorlopen wordt zal de NZa bezien of zij het nodig acht om specifieke maatregelen voor outliers te nemen.
- Zoals aangegeven in 5.5 is er vanuit VWS een projectgroep kaakchirurgie opgericht ten behoeve van het ontwikkelen van zorgproducten. In 2012 moet besloten worden of de kaakchirurgie inderdaad over gaat op zorgproducten of dat er een andere koers gekozen wordt. Mocht ervoor gekozen worden om met een verrichtingenlijst te blijven werken dan dient bekeken te worden of deze geoptimaliseerd kan worden, zeker gezien het feit dat de huidige productstructuur niet op alle punten voldoende transparant is en enkele ingewikkelde constructies bevat. Verder zou, gezien het feit dat de tarieven nog stammen uit de CTG tijd, ongeacht de keuze voor de zorgproducten of verrichtingen, een tariefherijking plaats moet vinden.
- De NZa stelt zowel voor verzekerde als onverzekerde zorg declarabele prestaties vast. De bepaling van de aanspraak op zorgproductniveau binnen DOT vindt plaats op basis van de kleuring van zorgactiviteiten. Er dient onderzocht te worden of controleerbaarheid hiervan door zorgverzekeraars binnen dit systeem nog verder verbeterd kan worden.