

Beoordeling Correctierelease DOT

Beoordeling definitieve release 2012

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Context	5
1.2 Oplevering correctierelease DOT (RZ12b)	5
1.3 Leeswijzer	6
2. Beoordeling kostendelen tarieven DOT	7
2.1 Indexering tarieven	7
2.2 Niet vastgestelde tarieven in RZ12a	7
2.3 Correctie reeds vastgestelde tarieven in RZ12a	8
2.4 Tarieven klinische kindergeneeskunde	8
2.5 Tarieven dure en weesgeneesmiddelen	9
2.6 Tarieven Intensive Care	9
3. Aanpassing honorariumtarieven DOT	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Uitval	11
3.3 Rijbewijskeuringen en bevolkingsonderzoek	12
3.4 Conclusie	13
4. Beleidsontwikkeling DOT	15
4.1 Inleiding	15
4.2 Criteria add-ons dure en weesgeneesmiddelen	15
4.2.1 Mogelijke criteria	16
4.2.2 Criterium voor 2012	16
4.3 Overgangsbeleid Long/Astma Centra	17
Bijlagen	19

1. Inleiding

1.1 Context

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. Met dit besluit zijn ook de kostendelen van de tarieven vastgesteld en is bekend gemaakt welke producten in 2012 tot het vrije, dan wel het gereguleerde segment zullen behoren. Zie voor verdere toelichting van deze besluiten de rapporten 'beoordeling productstructuur DOT' (april 2011) en 'Definitieve beoordeling DOT' (juni 2011).¹

Bij het besluit van 30 juni is meegenomen dat op 1 oktober 2011 door DBC-Onderhoud (DBC-O) aan de NZa nog een correctierelease (ook wel RZ12b genaamd) zal worden opgeleverd ten behoeve van besluitvorming van de NZa op uiterlijk 15 november 2011. Deze correctierelease bevat hoofdzakelijk technische correcties die de reeds vastgestelde prestaties en tarieven niet of beperkt raken. Daarnaast bevat de correctierelease een aantal nieuwe tarieven. Een beperkt aantal tarieven (317 DBC-zorgproducten) waren namelijk nog niet vastgesteld op 30 juni. Datzelfde geldt voor een aantal overige zorgproducten rondom de dure en weesgeneesmiddelen en de intensive care zorg. Tevens had de indexering op alle tarieven nog niet plaats gevonden. Deze elementen zijn verwerkt in de correctierelease. Daarnaast zijn op 30 augustus 2011 de honorariumtarieven binnen DOT vastgesteld. Hierbij is afgesproken dat indien uitvalanalyses nog noopte tot aanpassing van de honoraria, dit mee zou lopen in de correctierelease. Dit rapport beschrijft de inhoudelijke wijzigingen in de correctierelease en geeft hier een beoordeling van.

Op 30 juni zijn verder de beleidsregel en de regeling 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' vastgesteld per 1 januari 2012, waarmee veel oude beleidsregels en regelingen zullen komen te vervallen. De beleidsregel is op 1 september 2011 aangevuld met de honorariumbepalingen. Aangezien bepaalde beleidsonderdelen na 30 juni nog nader zijn uitgewerkt, is met de vaststelling van de correctierelease ook een herziene versie van zowel de beleidsregel als de nadere regel vastgesteld. De belangrijke wijzigingen in de beleidsregel en nadere regel worden in dit rapport beschreven.

1.2 Oplevering correctierelease DOT (RZ12b)

Begin oktober heeft DBC-O de correctierelease DOT bij de NZa opgeleverd inclusief verantwoording. Het gaat hierbij om de volgende onderdelen:

1. Gebruikersdocument uitlevering deel 1, versie 15 november 2011
2. Gebruikersdocument deel 2, versie 15 november 2011)
3. Gebruikersdocument deel 3, versie 15 november 2011
4. Boombestanden (Grouper)
5. Referenties (Grouper)
6. Toelichting op de Groupertabellen
7. Aanspraak Code Tabel incl. toelichting
8. Afsluitreden Tabel incl. toelichting
9. Registratieregels incl. toelichting
10. Registratieregels addendum
11. Specialisme specifieke toelichtingen

¹ Te vinden op www.nza.nl

12. RSAD document
13. Wbmv Code Tabel incl. toelichting
14. Zorgproducten Tabel incl. toelichting
15. Zorgproductgroepen Tabel incl. toelichting
16. Zorgproductenviewer (vulling)
17. DBC-Elektronische Typeringslijst incl. toelichting
18. DBC-Zorgactiviteiten Tabel incl. toelichting
19. Afsluitregelstabel incl. toelichting
20. Diagnose-combinatietabel incl. toelichting
21. Limitatieve lijst machtigen incl. uitgebreide versie en incl toelichting
22. Relatie diagnose-zorgproductgroepen tabel incl. toelichting
23. Toelichting koppelalgoritme
24. Concept kostentarieven RZ12b v 20111007
25. Los declarabele prestaties RZ12b v 20111001

Alle genoemde tabellen en documenten zijn te vinden op de website van DBC-O.² De gebruikersdocumenten genoemd onder 1 t/m 3 vormen gezamenlijk de verantwoording van DBC-O van de correctierelease DOT (RZ12b).

In het gebruikersdocument deel 1 wordt een overzicht gegeven van alle wijzigingen in het pakket RZ12b. Het gebruikersdocument deel 2 beschrijft de wijzigingen in de productstructuur en de wijzigingen in de tarieven ten opzichte van eerder vastgestelde (onderdelen van) pakketten. In het gebruikersdocument deel 3 beschrijft DBC-O de ICT-eisen die worden gesteld aan een succesvolle implementatie van dit DOT-pakket. Dit deel is vooral bestemd voor automatiseerders en ZIS-leveranciers en zal dus ook niet bepalend zijn voor de beoordeling. Deel 2 (bijlage 1) vormt de kern van de verantwoording door DBC-O.

Na afstemming met partijen in het Technisch Overleg DOT van 27 september en 27 oktober en consultatie in de Adviescommissie van de NZa op 19 oktober, heeft de NZa op 15 november 2011 de correctierelease DOT en alle bijbehorende regelgeving vastgesteld.

1.3 Leeswijzer

In dit rapport wordt de beoordeling van de correctierelease DOT weergegeven als basis voor het besluit dat de Raad van Bestuur van de NZa op 15 november 2011 heeft genomen. In deze beoordeling ligt de focus op een drietal aspecten:

Beoordeling kostendelen tarieven DOT (hoofdstuk 2)

In dit hoofdstuk worden de kostendelen van de tarieven beoordeeld die nog niet vastgesteld zijn of die worden aangepast ten opzichte van het besluit van 30 juni.

Beoordeling honorariumdelen tarieven DOT (hoofdstuk 3)

In dit hoofdstuk worden de wijzigingen van de honorariumdelen van de tarieven toegelicht ten opzichte van de uitgeleverde tarieven op 1 september 2011.

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 het besluit van 30 juni 2011 meer duidelijkheid is ontstaan en welke nog opgenomen zullen worden in de beleidsregel.

De volgende bijlagen zijn opgenomen bij het rapport:

- Bijlage 1. Verantwoordingsdocument DBC-Onderhoud RZ12b.
- Bijlage 2. Advies DBC-Onderhoud uitval RZ12b.

² Brief NZa aan ZN/NVZ/NFU, 'Uitlevering concept tabellen DOT', d.d. 1 februari 2011, kenmerk 11D0003147

2. Beoordeling kostendelen tarieven DOT

2.1 Indexering tarieven

De kostenbedragen van de DBC's in het A-segment worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. Dit percentage geldt voor zowel DBC's, O(V)P's als overige verrichtingen en trajecten. De trendmatige aanpassing voor jaar t wordt gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de nacalculatie op de indices van jaar t-1. De index wordt berekend als het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices uit de beleidsregel 'calculatieschema' waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten. Op grond van bovenstaande methodiek resulteert voor het jaar 2012 een voorcalculatorische index voor de kostentarieven van 3,16%.

2.2 Niet vastgestelde tarieven in RZ12a

Zoals aangegeven is op 30 juni een limitatieve lijst van kostentarieven niet vastgesteld. Dit betreft tarieven waarover bij de vaststelling van het pakket op 30 juni onvoldoende informatie beschikbaar was, zaken die niet pasten binnen het tijdspad van DBC-O en fouten die recent naar boven waren gekomen.

Het betreft 317 DBC-zorgproducten ingedeeld in de volgende categorieën:

Categorie	Aantal
AICD	4
Epilepsie ziekenhuizen	74
Epilepsie epilepsiecentra	74
Kinderneurologie	35
Transplantaties	88
Klinische genetica	5
"Klinisch zonder dagen" probleem	30
Nultarief	2
Revalidatie ICC en SRB	5
Totaal	317

Op bovenstaande 317 DBC-zorgproducten moeten de 74 DBC-zorgproducten voor epilepsiezorg door ziekenhuizen nog in mindering worden gebracht, aangezien op 30 juni 2011 is besloten dat deze producten worden overgeheveld naar het vrije segment.

In het verantwoordingsdocument van DBC-O (bijlage 1) wordt weergegeven hoe de 243 niet vastgestelde tarieven zijn berekend. De NZa oordeelt positief over de kostentarieven in het pakket RZ12b, aangezien de NZa zich in de beoordeling van juni 2011 reeds heeft geconformeerd aan de berekensystematiek (zoals het hanteren van de NFU-data als de DIS onvolledig is), veel van de wijzigingen te maken hebben met het herstellen van reeds bekende fouten en de NZa in de auditresultaten van KPMG geen reden ziet om eerdere oordelen te heroverwegen.

2.3 Correctie reeds vastgestelde tarieven in RZ12a

DBC-O heeft in aanloop naar de oplevering van de RZ12b-release geconstateerd dat er nog een tweetal fouten zitten in 81 reeds vastgestelde tarieven.

- Binnen de DOT structuur is er sprake van DBC-zorgproducten Klinisch Zonder Dagen (KZD). Wanneer er onvoldoende gegevens in DIS beschikbaar zijn, is er in de RZ12a (RS08) voor gekozen om daar de NFU-dataset te gebruiken indien deze wel de juiste profielgegevens bevat. Dit is voor de KZD-producten echter geen goede methode omdat het dan logischer is de kostprijzen te hanteren van het gelieerde klinische DBC-zorgproduct en deze tarieven te schonen voor de kosten van verpleegdagen. Op deze wijze ontstaan er tarieven die relatief gezien de juiste hoogte hebben en waarmee ongewenste prikkels in het systeem worden voorkomen.

Nu is echter door DBC-O in de RZ12a (RS08) voor 36 DBC-zorgproducten Klinisch Zonder Dagen (KZD) abusievelijk eerst gebruik gemaakt van de NFU gegevens. Daardoor kon het voorkomen dat het tarief van de KZD variant hoger uitviel dan het tarief van de klinische DBC-zorgproducten. DBC-O stelt voor om dit alsnog te corrigeren. Gelet op de prikkels in het systeem, het feit dat het een technische fout betreft en gezien het uitgangspunt van kostengeoriënteerde tarieven acht de NZa dit ook wenselijk.

- Indien de bestaande (DIS/NFU)datasets onvoldoende gegevens bevatten worden alternatieve methodieken gehanteerd. Eén van deze technieken is het toepassen van 'donormapping'. Er wordt dan een tarief van een vergelijkbaar DBC-zorgproduct overgenomen. DBC-O heeft in 45 gevallen in de RZ12a (RS08) een donortarief overgenomen van een DBC-zorgproduct wat nog niet door de NZa was vastgesteld (één van de 317 DBC-zorgproducten, zie hoofdstuk 2.2). Doordat deze (aangepaste) tarieven zijn vastgesteld in de RZ12b, is het voorstel van DBC-O om ook het gelieerde DBC-zorgproduct een aangepast tarief te geven. Gelet op de wenselijkheid van systeemconsistentie en het feit dat het een technische fout betreft is de NZa voornemens dit voorstel over te nemen.

2.4 Tarieven klinische kindergeneeskunde

Met betrekking tot kindergeneeskunde heeft de NZa in haar beoordeling van de productstructuur in april 2011 geconcludeerd dat deze boomstructuur voor de toppreferente zorg nog onvoldoende is uitontwikkeld. De productstructuur voor kindergeneeskunde is daarom op de doorontwikkelagenda van de NZa geplaatst.

Nadere contacten van de NZa met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de NFU hebben aan het licht gebracht dat de tekortkomingen in de productstructuur zich doorvertalen naar de berekende tarieven. Hierdoor kan er met name bij de UMC's onderdekking op deze producten ontstaan, met forse risico's voor de toegankelijkheid. Op basis van nadere analyses heeft de NZa geconcludeerd dat de dekking van de gereguleerde maximumtarieven verbeterd kan worden door bij de tariefberekening voor de klinische producten in plaats van de gemiddelde kostprijs voor een verpleegdag, de UMC-kostprijs voor de verpleegdag kindergeneeskunde te hanteren. Hierdoor zullen de maximumtarieven van de klinische kindergeneeskunde worden verhoogd (met gemiddeld circa 20%) en wordt een eventuele onderdekking voor UMC's (door onvolkomenheden in de productstructuur) voorkomen.

Gezien de door de NZa erkende noodzaak van doorontwikkeling van de productstructuur kindergeneeskunde, is de NZa voornemens om tijdelijk eenmalig af te wijken van de huidige kostprijnsprincipes en de tarieven van de klinische kindergeneeskunde (klinische producten in boom 990016) voor 2012 conform de beschreven systematiek vast te stellen. Betreffende aanpassing is

reeds onderdeel van de correctierelease RZ12b?. Deze aanpassing betreft 226³ van de 416 DBC-zorgproducten uit de DBC-zorgproductgroep 990016. Van deze DBC-zorgproducten zullen de op 30 juni 2011 vastgestelde en uitgeleverde tarieven dus worden herzien. Dit zorgt voor een sterke stijging van de kostendelen van de tarieven.

Door de maximumtarieven van de klinische producten kindergeneeskunde aan te passen op basis van kostprijsgegevens van UMC-verpleegdagen, zullen de maximumtarieven voor algemene ziekenhuizen naar verwachting gemiddeld te hoog zijn. De NZa wijst verzekeraars nadrukkelijk op hun taak om overschrijdingen te voorkomen in lijn met het gesloten convenant, en waar nodig in het onderhandelingsproces rekening te houden met het feit dat de maximumtarieven te hoog kunnen zijn.

2.5 Tarieven dure en weesgeneesmiddelen

In de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistisch zorg' is reeds vastgelegd dat het uitgangspunt voor de add-ons de huidige beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen' zijn. 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. 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.

Alle kosten van geneesmiddelen die niet onder de genoemde beleidsregels vallen (inclusief off-label gebruik) 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 dekkingsgraad van de dure en weesgeneesmiddelen per 2012 minimaal gelijk is aan die op grond van de beleidsregel (per 1 juni 2011).

In de correctierelease zijn de tarieven voor de add ons voor dure- en weesgeneesmiddelen toegevoegd, op basis van 100% van de lijstprijzen.

2.6 Tarieven Intensive Care

Op verzoek van de NZa heeft DBC-O een kostprijsonderzoek uitgevoerd naar de IC-zorgproducten. Deze zijn binnen DOT vormgegeven als add-on. De huidige tarieven zijn sterk verouderd (2006) en herijking was noodzakelijk.

Een referentiegroep van 38 ziekenhuizen heeft hiervoor kostprijsgegevens aangeleverd aan DBC-O. DBC-O heeft deze gegevens gebruikt om de tarieven te berekenen per tariefgroep. De indeling van tariefgroepen vindt conform de huidige systematiek plaats op basis van het aantal beademingsdagen per jaar.

³ Aangezien 1 van deze 226 DBC-zorgproducten onderdeel uitmaakte van de 317 nog niet vastgestelde tarieven is in bijlage 2 in het betreffende tabblad alleen de resterende 225 DBC-zorgproducten opgenomen

Groep	Aantal dagen	Aantal instellingen in referentiegroep 2006	Aantal instellingen in referentiegroep 2009
Tariefgroep 1	Minder dan 1000 beademingsdagen	4	9
Tariefgroep 2	Tussen de 1000 en 2000 beademingsdagen	5	9
Tariefgroep 3	Meer dan 1000 beademingsdagen	12	20

De 38 ziekenhuizen hebben kostprijzen, ingedeeld in kostensoorten, aangeleverd over 2009. Bovendien is er bij de berekening van de tarieven door DBC-O genormeerd op basis van bezettingspercentage.

De belangrijkste overwegingen voor de normering op basis van bezettingspercentage zijn te vinden in de vigerende richtlijnen voor IC⁴, het rapport wat de IGZ recent heeft uitgebracht over de IC zorg⁵ en specifiek de aanbevelingen in dit rapport aan de NZa. Eén van deze aanbevelingen is om middels de bekostiging regionale samenwerking te stimuleren. De richtlijnen constateren dat een optimale IC-bezetting 80% is, zodat er enerzijds voldoende kennis en kunde aanwezig is, maar anderszijds ook voldaan wordt aan de brandweerfunctie van de IC. Dit kan met name in de hogere tariefgroepen nog wel eens lastig zijn.

Indien deze normering niet zou worden toegestaan leidt dit tot een nivellering tussen de tariefgroepen en zou juist regionale samenwerking (tussen grote en kleine IC's) mogelijk niet gestimuleerd worden. Ook zijn de tarieven door deze normering meer in lijn gebracht met de zwaarte van de betreffende IC's.

Deze uitwerking is door DBC-O meegenomen in de correctierelease. Uitkomst is dat er voor alle tariefgroepen een significante stijging van de IC-tarieven plaats vindt. Het feit dat er een stijging waar te nemen is, is in lijn met signalen uit het veld dat de huidige tarifiering onvoldoende dekkend is. Hoewel het zonder nader onderzoek lastig is om hier kwalitatieve uitspraken over te doen, kan wel worden geconcludeerd dat de stijging van de IC-tarieven vrij fors is. De NZa ziet evenwel geen betere mogelijkheden om tot tarieven te komen en acht handhaving van huidige tarieven onwenselijk met het oog op de toegankelijkheid en kwaliteit van IC-zorg. De NZa is dan ook voornemens om de door DBC-O berekende tarieven vast te stellen. In dit voornemen is nadrukkelijk meegenomen dat deze zorg volgend jaar onder het transitie-model valt (waardoor de budgettaire risico's beperkt zijn), het maximumtarieven betreffen (waardoor zorgverzekeraars lagere prijzen kunnen afspreken) en dat de prestaties en tarieven voor de IC-structuur op de doorontwikkelagenda DOT zullen worden geplaatst. Zo zal worden onderzocht of er meer kan worden aangesloten bij de levelindeling van de IGZ en of er een herindeling van de groepen moet komen.

Groep	Tarief huidig	Tariefvoorstel 2012	Vershil in %
Tariefgroep 1	€ 632	€ 1344	213%
Tariefgroep 2	€ 887	€ 1650	186%
Tariefgroep 3	€ 996	€ 1826	183%
NICU	€ 1407	€ 2115	150%
PICU	€ 1388	€ 2226	160%

⁴ Intensive Care 2006 CBO Richtlijn, p13-17

⁵ Grote intensive care-afdelingen werken continu aan kwaliteit, IGZ, Utrecht september 2011

3. Aanpassing honorariumtarieven DOT

3.1 Inleiding

Op 30 augustus 2011 heeft de Raad van Bestuur van de NZa een besluit genomen over de honorariumtarieven DOT die ingaan per 1 januari 2012. In het op 1 september 2011 uitgeleverde tarievenpakket DOT 2012 zijn de eerder vastgestelde tabellen met de kostentarieven aangevuld met honorariumtarieven.

Voorafgaand aan deze besluitvorming heeft de NZa veldpartijen gevraagd zich uit te spreken over de vaststelling van de honorariumtarieven DOT. Partijen hebben positief geadviseerd ten aanzien van de gehanteerde methodiek, waarbij kanttekeningen zijn geplaatst bij de gehanteerde aanname met betrekking tot uitval. Op dat moment was de NZa, op grond van de discussie met de klankbordgroep, al gestart met een aanvullend onderzoek naar uitval. De NZa heeft toen aangegeven dat indien dit onderzoek daartoe aanleiding geeft, de uitkomsten daarvan nog verwerkt zullen worden in de tarieven in de RZ12b.

In dit hoofdstuk worden de doorgevoerde beleidsmatige wijzigingen ten opzichte van de reeds uitgeleverde honorariumtarieven op 1 september 2011 achtereenvolgens beschreven. De wijzigingen hebben betrekking op uitval en op de tarieven voor rijbewijskeuringen en bevolkingsonderzoek. De wijzigingen zijn verwerkt in de door DBC-O opgeleverde tarieven voor de RZ12b en zijn, na besluitvorming van de Raad van Bestuur van de NZa, op 15 november 2011 uitgeleverd aan partijen. Naast deze wijzigingen heeft DBC-O nog een beperkt aantal technische correcties doorgevoerd. In het verantwoordingsdocument van DBC-O, dat opgenomen is in bijlage 1 van dit beoordelingsdocument, wordt hier een nadere toelichting op gegeven.

3.2 Uitval

In de DBC-systematiek is sprake van uitval indien een geregistreerd traject niet gevalideerd kan worden en daardoor niet declarabel wordt. Uitval kan veelal opgelost worden door het verbeteren van de registratie. Met de introductie van de DOT-systematiek blijft in aanleg de mogelijkheid tot uitval bestaan. Gelet op het feit dat DOT hogere eisen stelt aan de kwaliteit van geregistreerde data, komt het voor dat trajecten, die voorheen wel gevalideerd, gedeclareerd en aan DIS aangeleverd konden worden, in DOT naar uitvalproducten leiden.

De honorariumberekening maakt gebruik van productiegegevens uit DIS. Met behulp van geregistreerde DBC's uit 2009 wordt, door simulatie van registratieregels en de DOT-productstructuur, een voorspelling gedaan van de productie in 2012. In deze prognose komen uitvalproducten voor, veroorzaakt door onvolledige of foutieve registratie. Bij verbeterde registratie in 2012 kunnen hiervoor declarabele zorgproducten afgeleid worden.

In de op 1 september 2011 uitgeleverde honorariumtarieven heeft de NZa daarom de aanname gehanteerd dat alle uitvalproducten in 2012 tot een declarabel product af te leiden zijn. In de tariefberekening zijn de uitvalproducten niet meegenomen in de productiedataset. Onder de aanname dat uitval in 2012 tot een declarabel product zal afleiden, dient de waarde van de uitval ook uit het budgettaire kader gehaald worden.⁶ De beschikbare budgettaire middelen per specialisme worden ten behoeve van de tariefberekening met een uitvalpercentage verlaagd, omdat de tarieven anders te hoog vastgesteld worden.

⁶ De waarde van de uitval is bepaald naar rato van de kostprijzen van de zorgactiviteiten in de uitval.

Zoals in de inleiding gesteld heeft de NZa nog nader onderzoek laten doen naar de uitvalproducten. Op 29 augustus 2011 heeft DBC-O informatie verstrekt aan de klankbordgroep ter onderbouwing van de aanname dat vrijwel alle uitval waarvan in de berekeningen is uitgegaan in 2012 tot declarabele producten zal leiden. Wetenschappelijke verenigingen zijn in de gelegenheid gesteld onderbouwd te beargumenteren waarom zij, op basis van de verstrekte informatie, van oordeel zijn dat deze aanname geen stand kan houden.

Met inachtneming van de reacties van partijen, heeft DBC-O op 28 september 2011 een advies uitgebracht aan de NZa met betrekking tot de wijze waarop uitval meegenomen zou moeten worden in de tariefberekening. In dit advies, dat opgenomen is in bijlage 2 van dit beoordelingsdocument, stelt DBC-O voor om de uitvalproducten die volgens de standaardboom zijn ingedeeld in de categorie 'conservatief' uit de berekening te laten. Daarnaast stelt DBC-O voor om voor de zorgproducten die niet zijn ingedeeld in de standaardboom, de categorie 'overig', ook het lichtste conservatieve uitvalproduct uit de berekening te laten. Dit betekent dat de waarde van deze producten niet in mindering gebracht wordt op de BKZ bedragen per specialisme. De conservatieve zorgproducten kunnen zorgactiviteiten bevatten zonder face-to-face contact. Dergelijke trajecten mogen niet gedeclareerd worden en zijn, ondanks verbeterde registratie, ook in 2012 niet declarabel. DBC-O geeft aan dat het voorstel om te corrigeren voor conservatieve uitval de best mogelijke benadering is van de situatie in 2012.

De NZa heeft het advies van DBC-O overgenomen. In het definitieve uitgeleverde tarievenpakket op 15 november 2011 wordt de aanname gehanteerd dat alle conservatieve uitval niet declarabel te maken is in 2012. Voor de andere categorieën uitval wordt aangenomen dat deze trajecten, onder andere door verbeterde registratie, wel declarabel te maken zijn in 2012. Hiervoor blijft de tariefberekening ongewijzigd.

3.3 Rijbewijskeuringen en bevolkingsonderzoek

Op 13 juli 2011 heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) een uitspraak gedaan over de korting die de NZa in 2010 doorvoerde op de tarieven van medisch specialisten. Het CBb oordeelt kort gezegd dat de NZa de korting zorgvuldig heeft berekend, waardoor de doorgevoerde korting gehandhaafd blijft. De tariefkorting diende om een herhaling van de eerdere overschrijdingen op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) te voorkomen.

Alleen voor wat betreft de korting voor rijbewijskeuringen en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker heeft het CBb geoordeeld dat deze teruggedraaid moet worden, omdat deze activiteiten niet vallen onder het BKZ. De NZa heeft de korting derhalve ongedaan gemaakt. De uitspraak van het CBb heeft alleen betrekking op de honorariumtarieven van 2010, maar ondanks dat gegeven past de NZa de correctie van de korting ook toe op de honorariumtarieven van 2011 aangezien in dat jaar een soortgelijke korting is toegepast en dezelfde bezwaren op dit onderdeel reeds door partijen naar voren zijn gebracht. De NZa heeft besloten om een incidentele compensatie in de tarieven op te nemen vanwege de onterechte korting in 2010 en 2011. Deze is verwerkt in de correctierelease RZ12b, zodat hiervoor per 1 januari 2012 gecorrigeerd wordt.

De NZa heeft besloten om de korting te compenseren gedurende een looptijd van twee jaar, namelijk in de tarieven die gelden van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2013. De belangrijkste afwegingen hierbij zijn dat de rijbewijskeuringen voor het overgrote deel onverzekerde zorg betreffen, waardoor de patiënten gedurende de verrekenperiode een hogere rekening gepresenteerd krijgen. Een kortere verrekenperiode leidt namelijk tot hogere

opslagfactoren. Het verrekenen van de korting over een periode van twee jaar sluit aan in het beleid waarbij de kortingen op de honorariumtarieven ook zijn toegepast over een periode van twee jaar.

Eén declaratiecode (119020) bij rijbewijskeuringen wordt door twee specialismen, neurologie en cardiologie, uitgevoerd. Als gevolg van de gedifferentieerde kortingen zijn hierdoor twee verschillende tarieven ontstaan. Omdat de DOT-structuur een specialisme overstijgend karakter heeft en elk product hierdoor slechts één tarief kent, is besloten om voor deze declaratiecode één (specialisme overstijgende) opslagfactor te hanteren. Hierbij wordt de aanname gehanteerd dat de verhouding in productieaantallen tussen deze specialismen voor deze activiteit constant blijft.

In onderstaande tabel zijn de berekende opslagen weergegeven. Deze opslagfactoren zijn verwerkt in de honorariumtarieven die op 15 november 2011 zijn uitgeleverd.

Figuur. Opslagfactoren honorariumtarieven DOT 2012

Code	Prestaties	Specialisme	Opslagfactor op DOT honorarium tarief 2012
			24 maanden
Rijbewijs keuringen			
119020	Rijbewijskeuring	Overstijgend	1,2778
119021	Rijbewijskeuring	Neurologie	1,2623
Bevolkingsonderzoek			
50509	Cytodiagnostisch onderzoek	Pathologie	1,2565

3.4 Conclusie

Op 1 september 2011 zijn de honorariumtarieven DOT 2012 door DBC-O uitgeleverd aan partijen. In dit hoofdstuk zijn, ten aanzien van deze eerdere uitlevering, twee wijzigingen beschreven die leiden tot aanpassing in de honorariumtarieven die op 1 januari 2012 in werking treden. In het verantwoordingsdocument van DBC-O worden deze en enkele technische wijzigingen nader beschreven.

De definitieve tarieven zijn, na besluitvorming door de Raad van Bestuur van de NZa, op 15 november 2011 uitgeleverd aan partijen.

4. Beleidsontwikkeling DOT

4.1 Inleiding

Op 30 juni 2011 zijn bij het definitieve besluit over DOT ook de bijbehorende beleidsregel en nadere regel vastgesteld. De NZa heeft het beleid inzake DOT omschreven in één integrale beleidsregel genaamd 'Prestaties en tarieven medisch specialistisch zorg' (BR/CU-2045).

De NZa heeft ook een nieuwe nadere regel opgesteld, de 'Regeling medisch specialistische zorg' (NR/CU-209). Deze beschrijft verplichtingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De regeling bevat verplichtingen rondom registreren, afleiden, declareren en informeren.

In zowel de beleidsregel als de nadere regel zijn enkele aanpassingen doorgevoerd. In de beleidsregel zijn nieuwe beleidsonderdelen toegevoegd en in de nadere regel zijn enkele verduidelijkingen, mede naar aanleiding van vragen vanuit het veld, aangebracht. In dit hoofdstuk worden een tweetal specifieke beleidsaspecten nader toegelicht.

4.2 Criteria add-ons dure en weesgeneesmiddelen

Met de overgang naar prestatiebekostiging op 1 januari 2012 komen de huidige beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen' te vervallen⁷.

Uitgangspunt blijft dat de kosten van alle geneesmiddelen binnen de medisch specialistische zorg onderdeel zijn van de tarieven van DBC-zorgproducten. De inzet van dure en weesgeneesmiddelen kan echter leiden tot kosteninhomogeniteit binnen een DBC-zorgproduct. Om eventuele negatieve gevolgen van kosteninhomogeniteit te voorkomen is voor bepaalde geneesmiddelen en indicaties, welke voldoen aan genoemde criteria, een aparte declaratietitel gecreëerd, namelijk een add-on ('aanhaakprestatie').

Add-ons dure⁸ en weesgeneesmiddelen⁹ zijn overige zorgproducten voor geneesmiddelen, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die additioneel bij een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd.

Het is aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieder om te bepalen hoe de declaratiestroom vorm gegeven wordt en of deze geneesmiddelen wel of niet separaat uitonderhandeld worden (middels add-ons) of dat het integraal meegenomen wordt in de DBC-zorgproducten. Geneesmiddelen en/of indicaties waarvoor geen add-on beschikbaar is kunnen gedeclareerd worden via de DBC-zorgproducten.

Het wel of niet beschikbaar zijn van een add-on voor een geneesmiddel bij een bepaalde indicatie is geen duiding van aanspraak of recht op vergoeding voor de patiënt. Het CVZ beoordeelt op aanspraak van het geneesmiddel voor een bepaalde indicatie voor een patiënt.

In hoofdstuk 2 is reeds beschreven welke add-ons er in de startsituatie zullen zijn. De NZa heeft voor de periode vanaf 1 januari 2012 criteria vastgesteld

⁷ Ten behoeve van de invoering van prestatiebekostiging wordt een deel van het huidige beleid inzake dure en weesgeneesmiddelen materieel voortgezet en maakt onderdeel uit van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg.

⁸ De term 'dure' geneesmiddelen is afkomstig uit de beleidsregel 'Dure geneesmiddelen'. Per 2012 worden echter nieuwe criteria geïntroduceerd die bepalen wat 'duur' is.

⁹ Weesgeneesmiddelen mogen alleen gedeclareerd worden door de aangewezen expertisecentra.

waaraan geneesmiddelen moeten worden getoetst en op basis waarvan de NZa kan besluiten om add-on bekostiging toe te passen (of te kiezen voor integrale opname in DBC-tarief).

Op 27 september en 27 oktober 2011 (Technisch Overleg) en op 19 oktober 2011 (Adviescommissie) zijn de mogelijke criteria voor het aanvragen van nieuwe add-ons met veldpartijen besproken.

4.2.1 Mogelijke criteria

De partijen zijn het er unaniem over eens dat het criterium 'CV-waarde DBC-zorgproduct' vanuit inhoudelijk oogpunt het meest wenselijke criterium is, aangezien aan de hand van de CV-waarde bepaald kan worden of er sprake is van een kosteninhomogeen DBC-zorgproduct.

Het toetsen van nieuwe geneesmiddelen aan de CV-waarde brengt echter uitvoeringsproblemen met zich mee:

- Een CV-waarde dient te worden bepaald per DBC-zorgproduct. Voor ieder aan het geneesmiddel gerelateerd DBC-zorgproduct moet daarom een CV-waarde toets worden uitgevoerd. Het is vanuit consistentieoogpunt onwenselijk en uitvoeringstechnisch niet werkbaar om een add-on vast te stellen op het niveau van het DBC-zorgproduct. In dat geval zou voor één geneesmiddel bij één gerelateerd DBC-zorgproduct wel een add-on worden vastgesteld en bij een ander gerelateerd DBC-zorgproduct niet. Een praktische complicatie is dat voor nieuwe geneesmiddelen niet op voorhand en met zekerheid is vast te stellen aan welke DBC-zorgproducten het geneesmiddel gerelateerd is.
- Daarnaast zijn gebruiksgegevens nodig om een geneesmiddel aan een CV-waarde criterium te kunnen toetsen. Voor nieuwe geneesmiddelen zijn deze gegevens (doorgaans) nog niet beschikbaar omdat nieuwe geneesmiddelen nog geen registratie- en toedieningsgeschiedenis kennen in de klinische praktijk.

Hoewel het 'CV-waarde criterium' de voorkeur verdient, hebben de partijen om deze redenen unaniem aangegeven dat het criterium minder geschikt is als toetsingscriterium in 2012 voor nieuwe geneesmiddelen. Mogelijk kan dit criterium de komende jaren wel een rol spelen bij de toetsing van reeds bestaande add-ons.

Naast de criteria van 'CV-waarde zorgproduct' en 'absolute kostendrempel', is het criterium van 'macro kostendrempel' ook in overweging genomen als mogelijke oplossing voor 2012. Een voordeel van dit criterium is dat het relatief eenvoudig uitvoerbaar is en dat de uitvoeringslasten laag zijn. Dit criterium is echter door de partijen (inclusief VWS) afgewezen omdat het niet past binnen het systeem van prestatiebekostiging dat ingevoerd gaat worden per 2012.

4.2.2 Criterium voor 2012

Tijdens de Technische Overleggen en de Adviescommissie hebben de partijen (inclusief VWS) aangegeven dat het criterium 'absolute kostendrempel' het beste alternatief is voor het criterium 'CV-waarde DBC-zorgproduct'. Voor het toetsen van geneesmiddelen aan het criterium absolute kostendrempel zijn de vereiste gegevens voor nieuwe geneesmiddelen én nieuw geregistreerde indicaties beschikbaar. Bovendien worden in deze situatie geneesmiddelen getoetst op het niveau van de bij het geneesmiddel behorende indicatie. Het aantal uit te voeren toetsen is daarom beperkter dan wanneer er getoets zou worden per DBC-zorgproduct.

De NZa heeft zich daarom beperkt tot het criterium 'absolute kostendrempel'. Vanuit systeemconsistentie acht de NZa het onwenselijk dat er een uitdijning van het aantal add ons plaatsvindt. Dit pleit voor een passende kostendrempel, te meer omdat de NZa zich beperkt tot slechts 1 criterium (absolute kostendrempel).

Alle add-on aanvragen worden dus getoetst aan een absolute kostendrempel, te weten de gemiddelde jaarlijkse behandelkosten per patiënt. De rekenmethode kan gebaseerd worden op een onderdeel van de methode die het CVZ (de Commissie Farmaceutische Hulp) hanteert bij de berekening van de prognose van de macro omzet (netto inkoopkosten) van een geneesmiddel.

Toelichting

De gemiddelde kosten van een behandeling met een geneesmiddel voor een gespecificeerde en geregistreerde indicatie per patiënt per jaar berekent men aan de hand van de volgende gegevens:

- A) Meest recente Apotheekinkoopprijs (A.I.P.).
- B) Behandelingschema voor de geregistreerde indicatie (op basis van 1B tekst EPAR en de pivotal registratiestudies) in aanmerking nemend:
 1. Gemiddelde dosering (bij dosering per kg lichaamsgewicht voor gemiddelde patiënt van 70 kg met lichaamsoppervlakte van 1,8m²).
 2. Gemiddelde toedieningsfrequentie (bij voorkeur vast te stellen op basis van pivotal registratiestudies; deze geven een realistischer beeld dan het schema in de 1B tekst EPAR).
 3. Gemiddelde behandelduur (bij voorkeur vast te stellen op basis van de pivotal registratiestudies).

Het behandelingschema leidt tot een gemiddeld aantal benodigde eenheden (tabletten, flacons of verpakkingen) van het geneesmiddel per patiënt per jaar. Vermenigvuldiging met A.I.P. prijs levert een kostenprognose op.

Bij de keuze voor de hoogte van de grenswaarde is de afweging meegenomen dat deze niet te hoog, maar ook niet te laag moet zijn. Indien de grenswaarde te hoog wordt vastgesteld is er kans op risicoselectie; indien de grenswaarde te laag wordt vastgesteld kan er een enorme groei in aantal add-ons ontstaan en ondermijnd dit de DBC-systematiek.

De NZa zal dan per 2012 een kostendrempel van € 10.000 euro hanteren. Wel zal er in de regelgeving een uitzonderingsgrond worden geformuleerd. Voor de langere termijn (2013) zal de NZa bezien of een alternatieve systematiek voor de declaratie van dure geneesmiddelen mogelijk en wenselijk is.

4.3 Overgangsbeleid Long/Astma Centra

Per 1 januari 2012 gaan 5 derdelijnsinstellingen¹⁰ voor long/astma zorg voor wat betreft hun financiering over van FB-parameters (op basis van verpleegdagen) en (poli)klinische verrichtingen (op basis van tarieflijst instellingen) naar een financiering van DBC-zorgproducten onder het FB. Deze systeemwijziging heeft als gevolg dat behandelingen die zijn gestart in 2011 (onder bovengenoemd regime) doorlopen in de nieuwe situatie met DBC-zorgproducten in 2012.

Achtergrond

In samenwerking met de Vereniging Astmacentra Nederland (VAN) heeft CapGemini een ontwikkeltraject voor een nieuwe productstructuur doorlopen. Kenmerkend voor de nieuwe productstructuur is de modulaire systematiek. De modules (gebaseerd op de geprotocolleerde behandelprogramma's) zijn de eenheden (zorgactiviteiten) waarin de behandelingen worden gepland, uitgevoerd en vastgelegd. De modules worden in de ICT-systemen ingevoerd als zorgactiviteiten en ook via de Grouper afgeleid. In totaal zijn er dertien zorgproducten samengesteld. Daarnaast wordt een onderscheid gemaakt tussen klinische behandeling en dagbehandeling. Deze productstructuur is in juni al door de RvB van de NZa vastgesteld.

Opties voor overgangssituatie

¹⁰ CIRO+ , Heideheuvel (Merem), RC Breda (Revant), Dekkerswald en Beatrixoord

Tijdens de stuurgroepbijeenkomst voor de DBC-zorgproductontwikkeling voor long/astmacentra zijn verschillende varianten voor de overgangssituatie besproken. Twee varianten zijn:

- Lopende behandelingen declareren volgens de bestaande systematiek en alleen nieuwe behandelingen die starten in 2012 als DBC declareren¹¹
 - Alle in 2012 afgesloten behandelingen declareren als DBC (dus ook met terugwerkende kracht vanaf 2011) en de reeds gedeclareerde kosten in FB termen in mindering brengen.
- Enkele van deze varianten zijn vanwege technische uitvoeringsproblemen niet mogelijk:

Daarom heeft de NZa de door partijen aangedragen optie overgenomen waarbij alle behandelingen op 31 december 2011 worden afgesloten en alle lopende behandelingen per 1 januari 2012 als nieuw DBC-zorgproduct worden geopend. In deze DBC komt alleen het in 2012 uitgevoerde deel van de behandeling terecht. Bij deze optie worden behandelingen die in 2011 zijn gestart voor het deel in 2011 gefactureerd volgens de 'oude systematiek'. Voor het deel dat in 2012 doorloopt dienen per 1 januari 2012 zorgtrajecten geopend te worden. Deze mogen bij afsluiten in 2012 als zodanig gefactureerd worden aan de betreffende zorgverzekeraar. Eventuele zorgtrajecten voor nieuwe behandelingen in 2012 mogen vanaf 2 januari 2012 geopend worden. Door deze op zijn vroegst vanaf 2 januari te openen, terwijl oude behandelingen geopend worden met als startdatum 1 januari, blijft in de registratie zichtbaar welke zorgproducten zijn geopend in verband met de overgang naar DBC-declaratie en welke DBC-zorgproducten geheel nieuw zijn in 2012.

¹¹ Dit sluit ook aan bij de gekozen overgangssituatie van DBC's naar DBC-zorgproducten in 2012. Maar binnen de DBC-systematiek speelt ook het probleem van uitval bij onvolledige producten. Dit is niet aan de orde bij FB-parameters.

Bijlagen

Bijlage 1. Verantwoordingsdocument DBC-Onderhoud RZ12b

Deze bijlage is als losse bijlage te downloaden via de website www.nza.nl.

Bijlage 2. Advies DBC-Onderhoud uitval RZ12b

Deze bijlage is als losse bijlage te downloaden via de website www.nza.nl.