

Rapport

Productstructuur geriatrische revalidatiezorg 2013

Beoordeling van de productstructuur GRZ

juni 2012

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Aard van het besluit	9
1.2 Leeswijzer	9
2. Context	11
2.1 Overheveling geriatrische revalidatiezorg	11
2.2 Gefaseerde invoering DBC-bekostiging	11
2.3 Overheveling kapitaallasten	12
3. DBC-productstructuur	13
3.1 Totstandkoming productstructuur	13
3.2 Landelijke DBC-dataset	14
3.3 Opzet productstructuur	14
3.3.1 Indeling naar zorgproducten	14
3.3.2 De zorgproducten	15
4. Beoordeling DBC-productstructuur	17
4.1 Inleiding	17
4.2 Inhoudelijke criteria	17
4.2.1 De drie publieke belangen	17
4.2.2 De 3 H's (hanteerbaarheid, herkenbaarheid en homogeniteit)	19
4.2.3 Volledigheid	21
4.2.4 Stabiliteit	21
4.2.5 Uitvoeringsconsequenties en administratieve lasten	22
4.3 Procescriteria	22
4.3.1 Zorgvuldig proces	22
4.3.2 Draagvlak	23
4.4 Conclusie opzet productstructuur	24
5. Beoordeling productprijzen en tarieven	25
5.1 Inleiding	25
5.2 Beoordelingscriteria productprijzen	25
5.3 Wijze van berekening productprijzen	25
5.3.1 Expertkostprijzen op zorgactiviteiten niveau	26
5.4 Onderzoekopzet kostprijzen	26
5.4.1 Actualiteit kostprijzen	26
5.4.2 Uitkomsten audit	27
5.4.3 Samenstelling referentiegroep	28
5.5 Gebruikte productiedata (kwaliteit van de productprijzen)	29
5.5.1 Productiedata (registratiegegevens)	29
5.6 Verantwoording: waargenomen risico's	31
5.6.1 Spreiding van de kostprijzen	31
5.6.2 Directe en indirecte kosten	31
5.6.3 Onzekerheden in de registratie	31
5.6.4 Oordeel NZa	31
5.7 Conclusie productprijzen	32
5.8 Van productprijs naar (maximum)tarief	32
5.8.1 Indexatie loon- en materiële kosten	32
5.8.2 Toerekening kapitaallasten aan DBC's	33
5.9 Impactanalyse	33
5.9.1 Methode	33
5.9.2 Uitkomst	34

5.9.3	Oordeel NZa	34
5.10	Proces audit	34
6.	Regelgeving en specifieke aspecten	37
6.1	Regelgeving NZa	37
6.2	Registratieregels en declaratiebepalingen	37
6.3	DBC-Grouper en Groupereisen	38
6.4	Betaling Onderhanden Werk	38
6.5	Implementatie	38
7.	Vervolgstappen en doorontwikkeling	39
7.1	Vervolgstappen in 2012	39
7.2	Doorontwikkelagenda	39
7.3	Lange termijn	40
8.	Conclusie	41

Vooraf

Op 26 juni 2012 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een voorgenomen besluit genomen over de productstructuur van Geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Dit voorgenomen besluit is gebaseerd op de concept DBC-productstructuur 2013 die de NZa op 15 mei 2012 van DBC-Onderhoud (DBC-O) heeft ontvangen.

Gedurende 2011 en 2012 is er intensief gewerkt aan het ontwikkelen van de productstructuur GRZ. Dit met als doel vraagsturing in en transparantie van de GRZ te bevorderen. In dit rapport beschrijft de NZa haar bevindingen en de daaruit voortvloeiende beoordeling van de productstructuur GRZ.

De NZa acht de productstructuur GRZ geschikt voor de financiering van de GRZ in 2013 en neemt zich voor deze productstructuur vast te stellen. De definitieve vaststelling van de productstructuur vindt uiterlijk 1 oktober plaats, in samenhang met de DOT-productstructuur voor de medisch specialistische zorg.

De NZa heeft op verzoek van partijen de productstructuur GRZ, vooruitlopend op de beoordeling van de DOT-productstructuur van de medisch specialistische zorg 2013, beoordeeld zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars tijdig duidelijkheid hebben over het voorgenomen beleid. Hierdoor kunnen partijen zich verder voorbereiden. De Raad van Bestuur wil graag het belang benadrukken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de tijd tot 1 januari 2013 maximaal benutten om zich voor te bereiden op de invoering van de productstructuur GRZ!

Bij de ontwikkeling van de DBC-productstructuur GRZ hebben diverse betrokken partijen actief meegedacht. Ook had de productstructuur niet tot stand kunnen komen zonder de vrijwillige deelname van een koplopergroep zorgaanbieders. Wij willen allen die input hebben geleverd voor de productstructuur, hartelijk danken voor de constructieve bijdragen.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

Managementsamenvatting

Per 1 januari 2013 wordt de GRZ overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet¹ (Zvw).² De bedoeling is dat deze zorg vanaf dan wordt bekostigd³ en gefinancierd op basis van de productstructuur GRZ. De nu voorliggende versie van de productstructuur voor de GRZ is op 15 mei 2012 door DBC-Onderhoud aan de NZa opgeleverd. Deze versie is tot stand gekomen in samenwerking en nauw overleg met veldpartijen. In dit rapport beschrijft de NZa haar bevindingen en de daaruit voortvloeiende beoordeling van de productstructuur GRZ.

Beschrijving Productstructuur GRZ

De productstructuur GRZ bestaat uit achttien integrale zorgproducten, waarbinnen zowel de intramurale als extramurale zorg gecombineerd kan worden afgerekend. De achttien zorgproducten zijn onderverdeeld in negen zorgproducten voor 'CVA' en negen zorgproducten voor de 'overige diagnoses' (waaronder electieve orthopedie, trauma, amputaties en overige aandoeningen). De afleiding naar de zorgproducten vindt plaats op basis van de diagnose, het aantal geregistreerde verpleegdagen en het aantal geregistreerde behandelingen.

Bevindingen

Opzet productstructuur/ integrale zorgproducten:

- De productstructuur is hanteerbaar, dat wil zeggen dat het aantal unieke declarabele zorgproducten in verhouding staat tot de omvang van het geriatrische revalidatie zorgveld.
- De medische herkenbaarheid zal nog verder verbeterd kunnen worden. De afleiding naar zorgproducten is nu gebaseerd op het aantal geregistreerde verpleegdagen en behandelingen en niet op kenmerkende activiteiten op basis van zorgpaden.
- De kostenhomogeniteit van de zorgproducten is goed te noemen.
- De productstructuur is volledig.
- De uitvoeringsconsequenties en administratieve van de invoering van de productstructuur zullen met name in 2013 toenemen. Dit is inherent aan een transitie-model.
Belanghebbende partijen zijn nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van de productstructuur. Zij zijn het erover eens dat dit een bruikbare structuur is voor 2013, maar dat doorontwikkeling van de productstructuur wenselijk en noodzakelijk is.

Onderbouwing productprijzen:

- De wijze van berekening van de productprijzen komt overeen met de wijze van berekening van de productprijzen bij de medisch specialistische zorg.
- Niet voor alle kostendragers is een kostprijs beschikbaar. Voor een aantal kostendragers is de aanlevering minimaal. Voor deze kostendragers is een expertkostprijs bepaald conform het toetsingskader dat de NZa hanteert voor de medisch specialistische zorg.
- De kostprijsinformatie is afkomstig uit een referentiegroep van zorgaanbieders die zich hiervoor vrijwillig hebben aangemeld.

¹ Brief 'Overheveling geriatrische revalidatiezorg', kenmerk CZ/IPZ/3062995, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 13 mei 2011.

² Onder voorbehoud dat het besluit zorgverzekering wordt aangepast.

³ Alleen nieuwe zorgaanbieders zullen in het overgangsjaar 2013 op basis van DBC's worden bekostigd.

- De registratiegegevens zijn gebaseerd op 2011 en de kostprijzen zijn berekend op basis van het boekjaar 2010.
- Op basis van de audit kan geconcludeerd worden dat het kostprijsmodel GRZ over het algemeen juist is toegepast door zorgaanbieders.
- Niet alle zorgproducten voldoen aan het criterium dat minimaal sprake moet zijn van 400 patiënten per DBC-zorgproduct.
- De betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van 95/5 is voldoende.
- De indirecte kosten zijn niet toegerekend aan de behandelaars. Verdere verfijning van het kostprijsmodel is in de toekomst noodzakelijk.
- De impactanalyse geeft aan dat er nagenoeg geen verschil is in de omzet op basis van de DBC-productiewaarde en de productiewaarde op basis van oude parameters.
- Ten aanzien van de proces audit heeft de NZa geen aanleiding om de berekening van DBC-O in twijfel te trekken.

Conclusie

Bovenstaande punten leiden tot de conclusie dat de nu voorliggende productstructuur geschikt wordt geacht voor invoering per 2013. Richting 2014 en verder moet met name gewerkt worden aan een verbetering van de medische herkenbaarheid, en verbetering van de landelijke dataset.

Besluit van de Raad van Bestuur

Om financiële risico's in 2013 voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars te verminderen, is er voor bestaande zorgaanbieders sprake van een transitieproces, waarbij uiteindelijk de afrekening in oude parameters plaatsvindt. De beoordeling van de productstructuur 2013 en bijbehorende tarieven kan niet los van het bovenstaande worden gezien. Binnen deze context kan er dan ook positief geoordeeld worden over de productstructuur GRZ en bijbehorende (maximum)tarieven.

Deze versie van de productstructuur is een eerste stap op weg naar het beoogde eindmodel, waarbij kenmerkende activiteiten op basis van zorgpaden leidend zijn voor medisch herkenbare (inhoudelijke typering van de producten) en kostenhomogene zorgproducten. De productstructuur voor 2013 biedt een goed uitgangspunt voor verdere doorontwikkeling, waarbij zo mogelijk wordt aangesloten bij het doorontwikkelingspad van de medisch specialistische revalidatiezorg. Door een toename van gegevens uit de praktijk zal de productstructuur zich komende jaren verder moeten ontwikkelen naar een stabiel en voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars representatief praktijkmodel. Op basis van data en medische onderbouwing d.m.v. protocollen en zorgpaden kan ook de zorgvernieuwing een goede plek krijgen. Dit heeft echter enige doorlooptijd nodig.

1. Inleiding

1.1 Aard van het besluit

De NZa stelt, op grond van paragraaf 4.4 ('tariefregulering van vormen van zorg') van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), prestatiebeschrijvingen en tarieven vast voor alle vormen van zorg die onder de Wmg vallen, waaronder geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Uitgangspunt daarbij is volgens de toelichting bij de wet dat het initiatief voor een dergelijke aanvraag bij de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars ligt. Voor de DBC-zorgproducten GRZ geldt echter dat de NZa de prestatiebeschrijvingen en tarieven ambtshalve vaststelt, dat wil zeggen zonder dat er een aanvraag is. De NZa toetst de tarieven en prestatiebeschrijvingen daarbij in de eerste plaats aan de beleidsregels die zij op grond van de wet over de tarief- en prestatieregulering aanhoudt. Met de beoordeling zoals beschreven in dit rapport geeft de NZa invulling aan deze taak.

De NZa neemt op grond van de overwegingen in dit beoordelingsrapport, ten aanzien van de vaststelling van de productstructuur GRZ, een voorgenomen besluit. Er is gekozen voor een voorgenomen besluit, zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de tweede helft van 2012 kunnen proefdraaien met het systeem.⁴ Begin oktober zal het besluit definitief worden door vaststelling van de release RZ13a voor de medisch specialistische zorg, waarin de GRZ is opgenomen. Het voorgenomen besluit van de NZa wordt vooruitlopend op de definitieve aanspraakbepaling genomen. Op basis van de concept aanspraakbepaling is de verwachting dat de beoordeelde integrale zorgproducten binnen de aanspraak vallen. Zodra de aanspraak definitief is vastgesteld (naar verwachting in juli 2012), zal de NZa dit definitief toetsen. Ten aanzien van de definitieve vaststelling van de productstructuur en de tarieven voor de GRZ zal de NZa oordelen zoals nu is voorgenomen (onvoorziene omstandigheden daargelaten).

1.2 Leeswijzer

De ontwikkeling van een nieuwe productstructuur voor de GRZ vindt plaats in verband met de beoogde overheveling van de aanspraak op deze zorgvorm van de AWBZ naar de Zvw. In hoofdstuk 2 zal kort bij deze overheveling, de invoering van DBC-bekostiging en het overgangsmodel voor de kapitaallasten worden in gegaan. Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de productstructuur. Hoofdstuk 4 gaat in op de inhoudelijke beoordeling van de productstructuur en hoofdstuk vijf beschrijft de beoordeling van de productprijzen en de totstandkoming van de tarieven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 de regelgeving die van belang is voor de invoering van de productstructuur toegelicht. In hoofdstuk 7 wordt stil gestaan bij het vervolgproces en de doorontwikkeling van de productstructuur. Tot slot staat in hoofdstuk 8 de conclusie van de NZa.

In de bijlagen van dit rapport is opgenomen:

- Overzicht productstructuur GRZ
- Overzicht zorgproducten en maximumtarieven GRZ

⁴ DBC-Onderhoud faciliteert het zogenoemde proefdraaien. Meer informatie hierover is te vinden op de website van DBC-Onderhoud: <http://www.dbconderhoud.nl/aanmelden-voor-de-grouper/menu-id-65>.

2. Context

2.1 Overheveling geriatrische revalidatiezorg

GRZ richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een integrale en multidisciplinaire revalidatiebehandeling zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met de kwetsbaarheid⁵, complexe multimorbiditeit⁶ en afgenomen leer- en trainbaarheid van deze groep cliënten. Het doel is hen te helpen (door het verminderen van de functionele beperkingen) terugkeren naar de oude woonsituatie en maatschappelijk te blijven participeren. Deze zorg wordt thans vrijwel uitsluitend intramuraal geleverd door instellingen uit de V&V-sector, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde. GRZ onderscheidt zich qua zorginhoud en cliëntgroep van de medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ). De MSRZ vindt plaats onder leiding van een revalidatiearts in gespecialiseerde centra en ziekenhuizen.

Omdat de GRZ relatief kortdurende en op herstelgerichte zorg betreft, wordt deze zorg per 1 januari 2013 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Een belangrijk voordeel hiervan is dat de zorgketen efficiënter ingericht kan worden. Voorafgaand aan GRZ heeft een medisch specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden die nu al vanuit de Zvw wordt gefinancierd. Als de verschillende vormen van zorg vanuit hetzelfde sturingssysteem en volgens dezelfde principes worden bekostigd, wordt het voor zorgverzekeraars gemakkelijker om ketenafspraken te maken. Zij krijgen de regie over de hele zorgketen.

Tegelijk met deze overheveling vindt de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek, de DBC-zorgproducten, plaats.

2.2 Gefaseerde invoering DBC-bekostiging

De nieuwe productstructuur GRZ vormt de basis voor een gefaseerde invoering van volledige prestatiebekostiging op basis van DBC-zorgproducten voor alle zorgaanbieders die GRZ leveren. Om de systeemrisico's van de overheveling en invoering van de nieuwe productstructuur te beperken, geldt in 2013 voor zorgaanbieders die onder de AWBZ al GRZ leverden (hierna: bestaande zorgaanbieders⁷) een transitie-model. Dit transitie-model houdt in dat deze zorgaanbieders gedurende 2013 de prestaties declareren op basis van de nieuwe productstructuur, maar bekostigd krijgen volgens de oude AWBZ-

⁵ Er is sprake van kwetsbaarheid indien er een gelijktijdige afname is op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is sprake van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk. Bron: Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010.

⁶ Er is sprake van complexe multimorbiditeit indien de aanwezigheid van ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps leiden tot het verlies van welbevinden, waarbij de oorzaken van de problemen moeilijk te ontrafelen zijn en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten anders kunnen zijn dan verwacht. Bron: Rapport van de Gezondheidsraad van 22 januari 2008 "Ouderdom komt het gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit", publicatienr. 2008/01.

⁷ Zorgaanbieder die geriatrische revalidatiezorg biedt en die daartoe voor 1 januari 2012 productieafspraken heeft gemaakt met een zorgkantoor.

parameters. Een eventueel verschil tussen de beide omzetten wordt achteraf verrekend.

De NZa stelt, met betrekking tot de afrekening van het jaar 2013, ambtshalve een verrekenbedrag vast. Dit bedrag is het positieve of negatieve verschil tussen het bedrag dat een bestaande zorgaanbieder in 2013 op basis van de nieuwe DBC-financiering en het bedrag dat die aanbieder in rekening had kunnen brengen als het financieringssysteem voor de AWBZ nog van toepassing zou zijn geweest. Voor nieuwe aanbieders geldt geen transitie-model. Zij worden in 2013 volledig bekostigd op basis van integrale zorgproducten.

2.3 Overheveling kapitaallasten

Begin 2012 is in de AWBZ voor de intramurale zorg de normatieve huisvestingscomponent (NHC) ingevoerd, met het doel om integrale tarieven in de zorg te introduceren, waarin ook de vergoeding voor vastgoed is opgenomen. Voor extramurale zorg is de vergoeding voor huisvesting al vanaf 2007 onderdeel van het integrale tarief. Dit betekent dat in het tarief van iedere declarabele prestatie een component zit die voor de bekostiging van huisvesting bedoeld is. Ook in de tarieven voor de DBC-zorgproducten voor de GRZ wordt een kapitaallastencomponent opgenomen, op basis van de kapitaallastennormen die onder de AWBZ worden toegepast. Hiermee zal er voor de GRZ sprake zijn van een integraal DBC-tarief.

In de AWBZ is voor de intramurale zorg een overgangsmoedel vastgesteld waarin, tussen 2012 en 2018, de huidige bekostiging van kapitaallasten wordt afgebouwd en de vergoeding op basis van de NHC opgebouwd. De randvoorwaarde, die VWS voor de overheveling heeft gesteld, is dat de kosten voor de GRZ niet meer mogen zijn dan de kosten die onder de AWBZ gemaakt zouden worden.

Om hieraan te voldoen is in overleg met partijen gekozen voor een moedel, waarbij onder de Zvw een DBC-zorgproduct zal worden gedeclareerd, waarin de volledige NHC in de tarieven is opgenomen. Voor bestaande zorgaanbieders vindt er nog een verrekening bij de nacalculatie plaats, zodat aangesloten wordt bij het overgangstraject dat onder de AWBZ is vastgesteld. In 2013 hebben deze zorgaanbieders recht op 20% NHC en 80% 'nacalculeerbare kapitaallasten'. Nieuwe aanbieders (vanaf 1 januari 2012) krijgen niet te maken met deze overgangsperiode. Voor hen geldt direct het volledige integrale tarief.

3. DBC-productstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft het proces van de totstandkoming van de productstructuur, de dataset waarop de productstructuur gebaseerd is en een toelichting op de opzet van de productstructuur.

3.1 Totstandkoming productstructuur

De productstructuur is een belangrijk onderdeel bij de overheveling van de GRZ van de AWBZ naar de Zvw. Op basis van de productstructuur kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars inkoopafspraken maken en zorgaanbieders de geleverde zorg aan zorgverzekeraars declareren. Voordat de productstructuur werd ontwikkeld is een aantal uitgangspunten door de landelijke werkgroep DBC's geformuleerd. De uitgangspunten voor de productstructuur zijn:

A. Aansluiten bij de systematiek van de medisch specialistische revalidatie

Bij de ontwikkeling van de DBC-productstructuur voor de GRZ wordt in de basis uitgegaan van de productstructuur zoals deze voor de medisch specialistische revalidatie bekend is.

B. Data-benadering waar nodig aangevuld met expertkennis

De ontwikkeling van de productstructuur gebeurt op basis van praktijkgegevens van zorgaanbieders. Dit is de gebruikelijke wijze waarop DBC-zorgproducten worden ontwikkeld en wil zeggen dat de zorgproducten een vertaling zijn van de zorg die op dit moment in de praktijk wordt geboden en geregistreerd. Ingeval de geregistreerde data geen (voldoende) gegevens opleveren ten aanzien van bepaalde wenselijke en noodzakelijke zorg kan overwogen worden om een beperkt aantal expertproducten toe te voegen aan de productstructuur.

C. Gebruik maken van zorgpaden/behandelkaders en proeftuinen

Bij de uitwerking van de te registreren gegevens wordt gebruik gemaakt van de ontwikkelde zorgpaden/behandelkaders en de informatie uit de proeftuinen.

D. Zorgzwaarte

Zorgzwaarte wordt in de registratiefase niet als apart element meegenomen omdat uit expertbijeenkomsten is gebleken dat er op dit moment nog geen uniforme wijze is waarop zorgzwaarte over de instellingen wordt/kan worden geregistreerd.

E. Aansluiting bij bestaande registratiesystemen

Om de administratieve/registratie last voor instellingen zo beperkt mogelijk te houden, is wat betreft de specificatie van de gegevensvastlegging besloten om uit te gaan van een beperkte registratieset en om zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij reeds bestaande registratiesystemen van de instellingen. Daarnaast is besloten ten behoeve van de ontwikkeling van de productstructuur in 2011 niet alle instellingen te laten registreren maar om met een groep van koploper-instellingen te starten.

Op basis van deze landelijke DBC-praktijkgegevens en de input vanuit een drietal expertbijeenkomsten heeft DBC-O vervolgens verschillende varianten voor de opzet en invulling van de productstructuur voor de GRZ uitgewerkt en voorgelegd aan de landelijke werkgroep DBC's, onder

leiding van VWS, waarin de verschillende betrokken partijen vertegenwoordigd zijn. Binnen de werkgroep is gekozen voor een productstructuur gebaseerd op de behandelduur (aantal verpleegdagen) en de behandelintensiteit (aantal behandelingen). Daarbij was het voor partijen van belang dat het een structuur betreft die toekomstige ontwikkelingen niet in de weg staat.

3.2 Landelijke DBC-dataset

In 2011 is gestart met het vastleggen en verzamelen van DBC-gegevens. Een groep van 39 koploper instellingen is in dat jaar gestart met het vastleggen van DBC-registratiegegevens (beschrijven van de geleverde zorg aan de hand van de DBC-registratieregels). Daarnaast werd deze aanbieders gevraagd hun kostprijzen te berekenen. Dit leverde een dataset op die als uitgangspunt is gebruikt voor de analyse en onderbouwing van de productstructuur.

Begin 2012 waren er 10.072 afgesloten DBC-zorgtrajecten beschikbaar in de landelijke DBC-dataset. Om de dataset om te zetten in een kwalitatief goede en representatieve productiedataset heeft DBC-O de dataset geschoond⁸ en een representativiteitstoets gedaan. Dit bracht de feitelijk gebruikte dataset terug tot 7.277 bruikbare zorgtrajecten. Dit is de basis geweest voor de analyse en onderbouwing van de productstructuur.

3.3 Opzet productstructuur

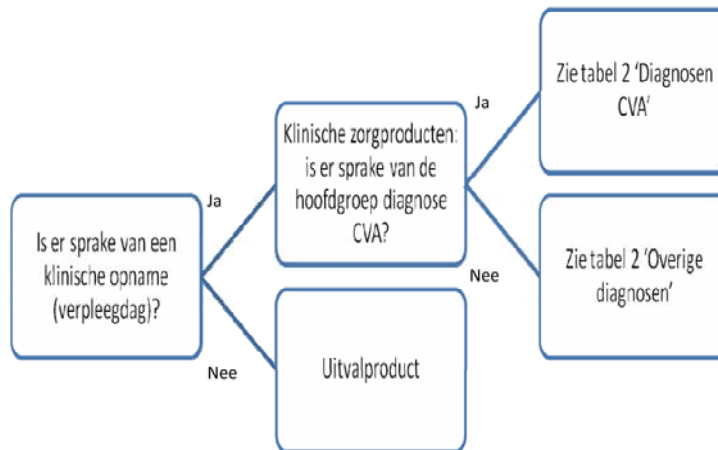
De productstructuur is gebaseerd op de behandelduur (aantal verpleegdagen) en de behandelintensiteit (aantal behandelingen). De productstructuur 2013 bestaat uit achttien integrale zorgproducten, waarbinnen zowel de intramurale als extramurale zorg gecombineerd kan worden afgerekend. Het volledige overzicht van de productstructuur staat in bijlage 1 van dit rapport.

3.3.1 Indeling naar zorgproducten

Om te kunnen bepalen welk zorgproduct in rekening kan worden gebracht, wordt een aantal stappen doorlopen. Dit gebeurt in de zogenaamde grouper en is een geautomatiseerd afleidingsproces. De te doorlopen stappen worden samen ook wel de 'beslisboom' genoemd. Het proces is in figuur 1 visueel weergegeven.

⁸ Naast de algemene schoningsregels is de dataset aanvullend geschoond voor de DBC-producten voor de lange klinische zorgtrajecten (>134 dagen). Het gaat hierbij om de prestaties 'CVA klinisch > 134 dagen' en 'overige diagnoses klinisch > 134 dagen'. De dataset is geschoond voor trajecten die langer dan zes maanden duurden. De productprijzen zijn hiermee gebaseerd op de trajecten die zes maanden of korter duurden.

Figuur 1. Het indelingsprincipe naar zorgproducten



3.3.2 De zorgproducten

De belangrijkste elementen die bepalend zijn voor de afleiding van DBC-zorgtrajecten naar de zorgproductgroepen zijn:

- de geregistreerde DBC-diagnose;
- het totaal aantal geregistreerde verpleegdagen;
- de geregistreerde behandeluren.

De DBC-zorgtrajecten waarbij minstens één volledige verpleegdag is geregistreerd, worden afgeleid naar de zorgproducten. Uitgaande van het huidige onderscheid naar behandelintensiteit dat wordt gehanteerd binnen de AWBZ, wordt ten aanzien van deze zorgproducten onderscheid gemaakt in de groep 'diagnosen CVA' en de groep 'overige diagnosen' (waartoe de DBC-hoofddiagnosen trauma, electieve orthopedie, amputaties en overige aandoeningen worden gerekend).

De volgende stap in de afleiding is dat een nadere onderverdeling wordt gemaakt op basis van de duur van de klinische episode (aantal verpleegdagen). Gegeven de dataset 2011 wordt op basis van de huidige frequentieverdeling van het aantal trajecten naar verpleegduur de volgende indeling gehanteerd:

Tabel 1. Indeling naar zorgproducten op basis van het aantal verpleegdagen

Verpleegdagen	Onderscheid naar behandelintensiteit
Meer dan 134 (> 19 weken)	Nee
92 t/m 134 (13 t/m 19 weken)	Nee
57 t/m 91 (8 t/m 13 weken)	Nee
29 t/m 56 (4 t/m 8 weken)	Ja, grens op 27 (overige diagnosen) of 39 (CVA) behandeluren
15 t/m 28 (2 t/m 4 weken)	Ja, grens op 14 (overige diagnosen) of 20 (CVA) behandeluren
1 t/m 14 (t/m 2 weken)	Ja, grens op 5 (overige diagnosen) of 7 (CVA) behandeluren

Vervolgens wordt per range van verpleegdagen een nadere onderverdeling gemaakt op basis van de behandelintensiteit waarbij een indeling naar regulier en intensief als uitgangspunt dient. De intensieve behandeling betreft de groep van relatief hoog belastbare patiënten die

meer behandeluren per week aan kunnen. Voor de reguliere behandeling wordt voor de 'diagnosen CVA' en de groep 'overige diagnosen' uitgegaan van respectievelijk gemiddeld 6,5 behandeluren per week en 4,5 behandeluren per week.

Om vervolgens de grenzen voor het aantal behandeluren per zorgproduct te bepalen is de rekenkundig gemiddelde klinische behandelduur per range van verpleegdagen als basis genomen. Gegeven de gestelde uitgangspunten ten aanzien van het transitietarief beperkt de intensieve behandeling zich in principe tot maximaal acht weken waardoor voor de zorgproducten van meer dan acht weken geen sprake is van een intensieve behandeling en hiervoor dan ook geen specifieke intensieve zorgproducten gedefinieerd zijn.

Alle producten samen geven een totaal van achttien declarabele zorgproducten (zie tabel 2). Deze zorgproducten bevatten zowel de klinische opname als de ambulante behandeling, die mogelijk aansluitend op de klinische opname plaatsvindt. Een overzicht hiervan, inclusief de tarieven, staat in bijlage 2 van dit rapport.

Tabel 2. Overzicht zorgproducten binnen de productstructuur DBC GRZ

Nr.	Productcode	Omschrijving zorgproduct
Overige diagnosen		
1	998418036	Overige diagnosen; klinisch 1-14 dagen; maximaal 5 behandeluren
2	998418030	Overige diagnosen; klinisch 1-14 dagen; > 5 behandeluren
3	998418032	Overige diagnosen; klinisch 15-28 dagen; maximaal 14 behandeluren
4	998418024	Overige diagnosen; klinisch 15-28 dagen; > 14 behandeluren
5	998418026	Overige diagnosen; klinisch 29-56 dagen; maximaal 27 behandeluren
6	998418018	Overige diagnosen; klinisch 29-56 dagen; > 27 behandeluren
7	998418016	Overige diagnosen; klinisch 57-91 dagen
8	998418014	Overige diagnosen; klinisch 92-134 dagen
9	998418008	Overige diagnosen; klinisch > 134 dagen
Diagnosen CVA		
10	998418034	Diagnosen CVA; klinisch 1-14 dagen; maximaal 7 behandeluren
11	998418027	Diagnosen CVA; klinisch 1-14 dagen; > 7 behandeluren
12	998418029	Diagnosen CVA; klinisch 15-28 dagen; maximaal 20 behandeluren
13	998418020	Diagnosen CVA; klinisch 15-28 dagen; > 20 behandeluren
14	998418022	Diagnosen CVA; klinisch 29-56 dagen; maximaal 39 behandeluren
15	998418017	Diagnosen CVA; klinisch 29-56 dagen; > 39 behandeluren
16	998418015	Diagnosen CVA; klinisch 57-91 dagen
17	998418009	Diagnosen CVA; klinisch 92-134 dagen
18	998418005	Diagnosen CVA; klinisch > 134 dagen

Er zijn geen producten specifiek voor GRZ zonder verpleegdagen omdat hiervoor al prestaties bestaan. Het betreft hier bijvoorbeeld de eerstelijnszorg, waaronder fysiotherapie, ergotherapie en de huisartsenzorg vallen.

4. Beoordeling DBC-productstructuur

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de beoordeling van de opzet van de productstructuur en in hoeverre deze voldoet aan verschillende beoordelingscriteria. Deze criteria zijn overgenomen uit het toetsingskader dat al geldt voor de medisch specialistische zorg, de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg in strafrechtelijk kader.⁹

Per criterium staat steeds kort een toelichting en wordt beschreven of de opzet van de productstructuur hier al dan niet aan voldoet. De aandachtspunten in de beoordeling zijn vertaald in doorontwikkelpunten voor de productstructuur 2014 en verder (zie hoofdstuk 7).

4.2 Inhoudelijke criteria

4.2.1 De drie publieke belangen

Toelichting criterium

De NZa houdt, als toezichthouder op zorgmarkten, toezicht op de drie publieke belangen in de zorg. De NZa zet zich in voor toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg voor de consument:

- *Kwaliteit*: heldere informatie over onder andere kwaliteit is van belang voor de concurrentie tussen aanbieders en het keuzegedrag van consumenten en/of zorginkopers.
- *Toegankelijkheid*: de zorg moet voor consumenten toegankelijk zijn. Dat wil zeggen dat mensen toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand, binnen een redelijke tijd en onder redelijke voorwaarden. Voor een aantal functies bestaat hiervoor wettelijk vastgestelde normen.
- *Betaalbaarheid*: het is van belang dat de zorg betaalbaar blijft, zowel op microniveau (een betaalbare basisverzekering voor iedereen) als op macroniveau (geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven). Daarvoor is het belangrijk dat de geleverde zorg op een doelmatige, efficiënte manier tot stand komt.

Een goed werkende zorgmarkt leidt in principe tot een optimale behartiging van deze drie publieke belangen. Een duidelijke omschrijving van prestaties en tarieven (via de productstructuur) draagt bij aan transparantie over wat er aan zorg geboden wordt. Dit maakt het mogelijk om te kunnen onderhandelen over prijs, kwaliteit en hoeveelheid zorg. Om die reden worden de drie publieke belangen als criteria bij de beoordeling hieronder besproken.

Analyse

Een eerste belangrijke trend die de laatste jaren zichtbaar is in de zorg is de behoefte aan zorg op maat. Dit geldt ook voor de GRZ. Een gedifferentieerd zorgaanbod, dat per cliënt de beste behandeling biedt, is daarbij het streven. De nieuwe DBC-productstructuur geeft meer ruimte aan zorgaanbieders om gedifferentieerde zorg in rekening te kunnen brengen. Binnen de DBC-productstructuur is sprake van een gevarieerder aantal zorgproducten voor GRZ dan binnen de AWBZ. Hierdoor ontstaan er vooral meer mogelijkheden om korte, intensieve

⁹ NZa beleidsregel BR/CU-5044: Toetsingskader beoordeling DBC-productstructuur.

behandeling in rekening te brengen, waardoor cliënten sneller terug kunnen keren naar hun thuissituatie. Meer dan de huidige AWBZ-systematiek, is de nieuwe productstructuur geënt op een variabele behandelintensiteit. De verwachting is dat dit de kwaliteit van de zorg ten goede komt. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de huidige productstructuur is ontwikkeld binnen de context van de AWBZ-bekostiging.¹⁰ Concreet heeft dit zijn weerslag gehad op de waargenomen gemiddelde verpleegduur en het gemiddeld aantal behandeluren binnen de zorgproducten. Daar de ontwikkeling van deze nieuwe zorgvormen (binnen de zogenaamde proeftuinen) parallel liep aan de ontwikkeling van de productstructuur is er beperkt data voorhanden waarin deze zorgvernieuwing tot uiting komt. De verwachting is dat op basis van meer en actuelere praktijkgegevens deze zorg steeds een beter beslag krijgt in de volgende productstructuren. Hierbij is het wel van belang dat de noodzaak van de zorgvernieuwing ook op basis van protocollen en zorgpaden onderbouwd wordt en de registratie hierop wordt aangepast.

Verder is hierbij een aandachtspunt het inzichtelijk maken van de kwaliteit. Om dit inzichtelijk te maken zullen er prestatie-indicatoren moeten worden ontwikkeld. Verenso heeft hiertoe de opdracht gekregen van VWS. De planning is dat de indicatoren in mei 2013 worden vastgesteld. Vervolgens worden deze nog verder uitgetest.

Het is denkbaar dat als gevolg van de overheveling en de daarmee samenhangende gewijzigde 'spelregels' voor contractering (selectieve inkoop of geen contractering) het aantal zorgaanbieders dat GRZ aanbiedt, afneemt. De NZa verwacht echter niet dat het aanbod dusdanig afneemt dat de toegankelijkheid in gevaar komt. Hier speelt mee dat andere aanbieders mogelijk ervoor kiezen om zich op GRZ te specialiseren en meer zorg van dit type gaan aanbieden. Deze vorm van concentratie verandert wellicht de geografische spreiding, maar daar staat tegenover dat de bijbehorende specialisatie gunstig kan uitpakken voor de kwaliteit van zorg. Tot slot is het door de overheveling naar de Zvw ook mogelijk dat andere soorten zorgaanbieders zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra toetreden tot deze zorgmarkt. De toegankelijkheid van zorg lijkt op voorhand dan ook niet onder druk te komen door de invoering van de nieuwe productstructuur.

De betaalbaarheid op macroniveau is afhankelijk van de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken over de nieuwe DBC-zorgproducten. Hoofdstuk vijf gaat hier verder op in. Hier kan alvast worden opgemerkt dat de verwachting is dat de nieuwe productstructuur korte (efficiënte) behandelingen meer stimuleert. Uiteindelijk kan dit de betaalbaarheid ten goede komen. Voor 2013 zijn er echter geen (grote) financiële schommelingen op macroniveau te verwachten omdat er sprake is van een transitie-model, waarbij de DBC-omzet verrekend wordt met de omzet zoals die zou zijn geweest onder de AWBZ. Alleen nieuwe zorgaanbieders worden volledig op basis van de DBC's bekostigd. Voor individuele cliënten zal de nieuwe productstructuur voorsnog ook weinig gevolgen hebben. De overheveling van AWBZ naar Zvw heeft voor de patiënt wel merkbare verschillen; zo vervalt de eigen bijdrage AWBZ, maar wordt het eigen risico voor de Zvw wél van toepassing.

¹⁰ Vooruitlopend op de invoering van de DBC-bekostiging is onder de AWBZ overigens ook al geëxperimenteerd met een intensievere behandeling door de invoering van de zogenoemde transitietoelagen.

Oordeel NZa

Op voorhand voorziet de NZa een positief effect van de invoering van de DBC-productstructuur op de kwaliteit van zorg. De verwachting is dat deze beter wordt, omdat er meer ruimte is om de behandelintensiteit aan te passen aan de wensen van de cliënt en deze zorg in rekening te kunnen brengen. De huidige structuur is binnen de context van de AWBZ-bekostiging ontwikkeld, en dat heeft mogelijk zijn weerslag gehad op de ontwikkeling van de zorgproducten. De NZa verwacht dat de toenemende vernieuwing van het zorgaanbod komende jaren een beter beslag zal krijgen. Wat betreft de toegankelijkheid is het niet de verwachting dat het aanbod sterk afneemt of dat bepaalde zorg niet langer toegankelijk zal zijn. De NZa zal wel de vinger aan de pols houden en eventuele signalen meewegen in de beoordeling van de productstructuur 2014. De betaalbaarheid zal op lange termijn profiteren van een productstructuur waarin de verkorting van de ligduur meer gestimuleerd wordt.

4.2.2 De 3 H's (hanteerbaarheid, herkenbaarheid en homogeniteit)

De productstructuur moet voldoen aan de zogenaamde '3-H's':

- 1. hanteerbaarheid;
- 2. herkenbaarheid (medische);
- 3. homogeniteit (kosten).

Bij het hanteren van deze drie uitgangspunten wordt steeds getracht een optimale balans te vinden. De uitgangspunten kunnen immers tegenstrijdig met elkaar zijn; een hoge kostenhomogeniteit kan een lage hanteerbaarheid betekenen. Immers, als voor ieder geregistreerd DBC-zorgtraject een apart zorgproduct beschikbaar is, zal dit betekenen dat er oneindig veel zorgproducten ontstaan die allen zeer kostenhomogeen zijn: de gemiddelde kostprijs is dan de gemiddelde kostprijs van dat ene zorgtraject. Hieronder worden deze drie uitgangspunten apart behandeld.

Ad 1) Hanteerbaarheid

Onder hanteerbaarheid wordt het aantal zorgproducten binnen de productstructuur verstaan. Er dient een beperkt en overzichtelijk aantal zorgproducten aanwezig te zijn dat geregistreerd en gedeclareerd wordt en waarover onderhandeld kan worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Analyse

De productstructuur GRZ bestaat uit achttien integrale zorgproducten, waarin het integrale zorgaanbod (zowel intramuraal en als extramuraal) tot uitdrukking komt.

Ad 2) Herkenbaarheid

Ten behoeve van de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de transparantie voor de patiënt is het van belang dat de zorgproducten voldoende medisch herkenbaar zijn. Met andere woorden; zorgproducten moeten vanuit geneeskundig perspectief herkenbaar zijn en de geleverde zorg moet zodanig omschreven zijn dat deze bruikbaar is voor de onderhandelingen.

Analyse

De voorliggende productstructuur is een eerste stap op weg naar een model waarbij onderscheidende patiëntkenmerken leidend zijn voor (medisch) herkenbare zorgproducten. In de productstructuur voor 2013 vindt de afleiding plaats op basis van geregistreerde verpleegdagen in combinatie met de geregistreerde behandeluren.

Het gebruik van het aantal behandeluren en het aantal ligdagen als criterium creëert in feite zorgproducten op basis van de factor tijd. Dit heeft tot gevolg dat verschillende behandelvormen met verschillende kostprijzen en verschillende cliëntpopulaties kunnen afleiden tot één en dezelfde prestatie met bijbehorend tarief.

Er wordt onderscheid gemaakt naar zorgproducten voor de diagnosehoofdgroep 'CVA' en 'Overige diagnoses'. Deze indeling sluit aan bij de opzet van de huidige AWBZ-parameters waar dit onderscheid ook wordt gehanteerd.

De categorie 'Overige diagnoses' bestrijkt een aantal uiteenlopende hoofdgroep diagnoses, waaronder trauma, electieve orthopedie, amputaties en overige aandoeningen. Het aantal waargenomen verpleegdagen tussen de verschillende diagnosegroepen van de categorie 'overige diagnoses' verschilt. Daarnaast is het aantal aangeleverde DBC-zorgtrajecten voor de diagnosegroepen trauma, overige aandoeningen en electieve orthopedie groter dan voor de diagnosegroep CVA. Voor de productstructuur 2014 verdient het de aanbeveling om te onderzoeken of de groep overige diagnoses nog verder uitgesplitst dient te worden. In de doorontwikkeling voor de langere termijn dient verder bekeken te worden hoe de populatiekenmerken en prognostische criteria opgenomen kunnen worden in de DBC structuur omdat sec de diagnose een te beperkte voorspellende waarde voor de behandeling heeft.

Gestreefd wordt om alle DBC-zorgproducten in te delen naar medische diagnoses zoals die worden onderscheiden op de diagnose classificatielijst 'ICD-10'. In de voorliggende productstructuur is er nog geen link gelegd tussen de DBC-diagnoses en de ICD-10- diagnoses, dit zal een aandachtspunt zijn voor de doorontwikkeling.

Ad 3) Homogeniteit

Bij kostenhomogeniteit van zorgproducten wordt gekeken naar de spreiding van de kosten van zorgproducten gemeten middels de coëfficiënt van de variantie (CV-waarde). Binnen de productstructuur dienen de zorgproducten een CV-waarde lager dan 0,5 te hebben.

Analyse

Voor alle zorgproducten, zowel met als zonder kapitaallasten is de CV-waarde kleiner dan 0,5. De CV-waarde voor het korte zorgproduct CVA (1-14 dagen max.7 behandeluren) is het hoogst. Deze CV-waarde is 0,425. De CV-waarde van het langste zorgtraject voor de overige diagnoses is het kleinst (>134 dagen). Deze CV-waarde is 0,116. Alle CV-waarden vallen daarmee binnen de gestelde norm van <0,5.

Oordeel NZa

De NZa oordeelt dat het aantal unieke declarabele zorgproducten in verhouding staat tot de omvang van het geriatrische zorgveld. Het gaat om een beperkt aantal producten, dat hanteerbaar is voor de zorginkoop.

De productstructuur levert zorgproducten op die, afgezien van het onderscheid tussen de hoofddiagnosegroepen 'CVA' en 'Overige diagnoses' weinig medische inhoudelijke herkenbaarheid kennen. Voor de verdere doorontwikkeling is medisch herkenbaarheid een belangrijk aandachtspunt. Voor de productstructuur 2014 verdient het de aanbeveling om te onderzoeken of de groep 'overige diagnoses' nog verder uitgesplitst dient te worden. Omdat er voornamelijk weinig verschil is in de kostprijzen van de zorgproductgroepen 'overige diagnoses' en er geen causaal verband lijkt te bestaan tussen diagnose en behandeling, is

deze splitsing voor 2013 niet gemaakt. Verder moet voor de productstructuur 2014 verder onderzocht worden in hoeverre de GRZ alsnog opgenomen kunnen worden in de reguliere ICD10 hoofdstukken in de release 2014.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat alle zorgproducten kostenhomogeen zijn.

4.2.3 Volledigheid

Toelichting criterium

Bij volledigheid wordt gekeken of redelijkerwijs alle vormen van zorg die tot de GRZ horen, ook zijn opgenomen in de productstructuur. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft de GRZ afgebakend van andere vormen van (revalidatie)zorg. Alle zorg die binnen die afbakening valt, dient ook een plaats te hebben binnen de productstructuur GRZ.

Analyse

In principe hebben alle vormen van zorg die declarabel waren onder de oude AWBZ parameters ook een plaats in de nieuwe productstructuur. Zoals in paragraaf 4.2 ook is beschreven, bestaan er al prestaties die de ambulante zorgproducten omvatten.

Oordeel NZa

Met betrekking tot de volledigheid van de productstructuur concludeert de NZa dat de productstructuur GRZ 2013 volledig is.

4.2.4 Stabiliteit

Toelichting criterium

Bij stabiliteit van de productstructuur wordt gekeken in hoeverre de productstructuur uniform toepasbaar is ten opzichte van voorgaande jaren en welke financiële effecten als gevolg van eventuele wijzigingen hebben plaatsgevonden. De doorgevoerde wijzigingen en de financiële effecten (impactanalyses) op de productstructuur dienen transparant en verklaarbaar te zijn.

Analyse

In 2011 is gestart met de ontwikkeling van de productstructuur. Zodoende kon in 2012 voor het eerst een productstructuur voor 2013 worden opgeleverd. Het is dus niet mogelijk om deze versie van de productstructuur af te zetten tegen een eerdere versie om zo na te gaan wat de financiële effecten zijn. Dit is wel een aandachtspunt voor de tweede versie van de productstructuur. Dan zal gekeken kunnen worden hoe de productstructuur zich houdt bij onderbouwing van de structuur met meer (betrouwbare en recentere) gegevens, waarbij de inschatting van de NZa is dat zolang de bekostiging op de oude leest geschoeid is, de structuur niet ingrijpend zal wijzigen.

Overigens is de nu opgeleverde productstructuur een tussenstap richting een productstructuur die uitdrukkelijker is gebaseerd op patiëntkenmerken, zorgzwaarte en behandelprotocollen hetgeen ook consequenties heeft voor producten, profielen en tariefbepaling en dus de vergelijkbaarheid over de jaren heen.

VWS heeft de NZa gevraagd om bij de overheveling de tarieven van de DBC-zorgproducten voor de GRZ macroneutraal vast te stellen. Hiertoe is door DBC-O een impactanalyse gemaakt. De uitkomsten hiervan worden in hoofdstuk vijf (paragraaf 5.9) besproken.

4.2.5 Uitvoeringsconsequenties en administratieve lasten

Toelichting criterium

De NZa weegt ook de uitvoeringsconsequenties mee bij de algehele beoordeling van de productstructuur. Onderdeel van de uitvoeringsconsequenties vormen de administratieve lasten. De invoering van DBC-zorgproducten in de GRZ mag niet tot meer dan een noodzakelijke incidentele verhoging van de administratieve lasten leiden. Daarbij maakt de NZa wel onderscheid naar administratieve lasten die samenhangen met de overheveling van de GRZ en administratieve lasten die samenhangen met de invoering van de DBC-systematiek voor GRZ. In dit rapport richt de NZa zich op deze laatste categorie.

Analyse

De invoering van de nieuwe productstructuur vraagt aanpassingen in de administratieve organisatie en ICT-systemen van GRZ-aanbieders, ook moeten behandelaars worden opgeleid in de nieuwe systematiek. Daarnaast kunnen de onderhandelingslasten toenemen voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars wanneer zij onderhandelingen gaan voeren over de nieuwe zorgproducten. Ten slotte hebben bestaande zorgaanbieders extra incidentele lasten in het kader van het transitieproces. Van hen wordt namelijk gevraagd dat zij hun omzet in zowel DBC-zorgproducten als in de oude paramaters uitdrukken en vastleggen. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat het transitieproces een noodzakelijke voorwaarde vormt voor een succesvolle overheveling en invoering van de productstructuur. Zonder deze toename van administratieve lasten is het niet mogelijk eventuele negatieve financiële risico's van de overheveling te dempen.

Oordeel NZa

De overheveling van de AWBZ naar de Zvw brengt met zich mee dat er ook aangesloten moet worden op het bekostigingssysteem dat onder de Zvw geldt. De administratieve lasten en uitvoeringslasten zullen met name in 2013 toenemen. Deze extra lasten zijn echter inherent aan de overheveling en nodig voor een succesvolle invoering. Er is dus wel sprake van een verhoging van de uitvoeringslasten, maar deze verhoging is incidenteel (zolang het vangnet bestaat).

Hierbij vindt de NZa het wel van belang dat partijen voldoende voorbereidingstijd hebben en dat er extra ondersteuning is om de aanpassingen in met name de ICT te kunnen doen. Door de voorlichtingsbijeenkomsten die gedurende het jaar gegeven zijn en oplevering van de productstructuur begin juli gaat de NZa ervan uit dat zorgaanbieders en verzekeraars voldoende voorbereidingstijd hebben. Daarnaast heeft VWS het mogelijk gemaakt dat zorgaanbieders extra ondersteund worden bij de ICT implementatie.

4.3 Procrescriteria

De procescriteria geven de criteria aan waarlangs het proces van de totstandkoming van de productstructuur wordt getoetst. Hieronder wordt ook de onderbouwing van de gebruikte gegevens verstaan. Dit laatste wordt in hoofdstuk vijf behandeld.

4.3.1 Zorgvuldig proces

Toelichting criterium

De vastgestelde DBC-productstructuur met de bijbehorende kostentarieven is een set van prestaties en tarieven in de zin van de

Wmg. In het proces van vaststelling is de NZa, zoals elk ander bestuursorgaan, eraan gehouden om de geschreven en ongeschreven regels van het bestuursrecht in acht te nemen. Die regels brengen onder meer met zich mee dat er sprake moet zijn van zorgvuldig onderzoek en van een zorgvuldige procedure. Dit betekent onder andere dat belanghebbende partijen voldoende in de gelegenheid moeten zijn gesteld hun visie kenbaar te maken.

Analyse

Veldpartijen zijn steeds nauw betrokken bij de ontwikkeling van de productstructuur. De opzet van de productstructuur is drie keer aan de orde geweest in de landelijke werkgroep DBC's, waarin Actiz, Revalidatie Nederland (RN), Verenso, de Nederlandse vereniging van revalidatieartsen (VRA), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) deelnemen. Daarnaast zijn er enkele bijeenkomsten geweest met expertteams, waarin de zorgaanbieders en specialisten ouderengeneeskunde zitting hadden. Tevens heeft DBC-O in een aantal bijeenkomsten met ZN, Actiz en Verenso uitwerking gegeven aan specifieke onderdelen van de productstructuur. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in de concept productstructuur. Dit concept is besproken in de landelijke werkgroep. Op basis hiervan hebben Actiz, Revalidatie Nederland, ZN en Verenso nog een schriftelijke reactie gegeven. Tot slot heeft er nog een bijeenkomst met alle partijen bij de NZa plaatsgevonden waarin DBC-O een toelichting heeft gegeven op de productstructuur die de NZa aangeleverd heeft ontvangen. De concept-beoordeling van de NZa is aansluitend besproken in een technisch overleg en voor schriftelijke reactie voorgelegd aan de leden van de Adviescommissie Cure.

Oordeel NZa

De NZa is van mening dat het proces dat doorlopen is, zorgvuldig heeft plaatsgevonden. Zeker gezien de mate van complexiteit door de invoering van een totaal nieuwe productstructuur, kan er volgens de NZa worden gesproken van een zorgvuldig proces.

4.3.2 Draagvlak

Toelichting criterium

De NZa weegt de mate van draagvlak bij de veldpartijen ten aanzien van de productstructuur mee bij de algehele beoordeling. Dit doet zij vanuit de gedachte dat veldpartijen de productstructuur zullen gaan gebruiken. Daarnaast onderkent de NZa dat veldpartijen goed zicht hebben op de aansluiting van de productstructuur op de praktijk.

Analyse

Zoals beschreven in paragraaf 3.1 zijn veldpartijen in een vroeg stadium betrokken bij de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur. De basisprincipes van de productstructuur zijn hierdoor mede afkomstig van de veldpartijen zelf. De uiteindelijke besluitvorming over de variant voor 2013 is gebeurd via 'een meerderheid van de stemmen'. Individuele partijen hadden, op punten, soms andere wensen maar stemden in met de procedure die hier is gevolgd. Partijen zijn het erover eens dat dit een bruikbare structuur is voor 2013 maar dat doorontwikkeling gewenst is. Vanaf het begin was duidelijk dat de productstructuur 2013 een tussenstap is richting het eindmodel waarin de zorgproducten worden afgeleid op basis van patiëntkenmerken en inhoudelijk omschreven zorgpaden. Door het ontbreken van behandelpaden voor de patiëntcategorieën die onder de GRZ vallen, was op voorhand voor alle partijen duidelijk dat dit eindmodel niet haalbaar is voor 2013.

Oordeel NZa

Met alle partijen is uiteindelijk geconcludeerd dat deze productstructuur een goed vertrekpunt is voor 2013 en dat verdere ontwikkeling nodig is. De NZa sluit zich daarbij aan, en concludeert dat de productstructuur op dit moment op voldoende draagvlak bij de veldpartijen kan rekenen.

4.4 Conclusie opzet productstructuur

Op basis van bovenstaande bevindingen, is de conclusie van de NZa dat de zorgproducten voldoende hanteerbaar en kostenhomogeen zijn. De medische herkenbaarheid van de zorgproducten is nog wel een aandachtspunt. Verder acht de NZa de zorgproducten volledig. Wat betreft de administratieve lasten verwacht de NZa komend jaar (met name voor de bestaande zorgaanbieders) een toename, die inherent is aan de keuze voor een zorgvuldige overgang, waarbij twee systemen naast elkaar worden gehanteerd. Na het verdwijnen van het vangnet zullen deze lasten verminderen. Over de stabiliteit van de productstructuur kunnen nog geen uitspraken worden gedaan, dit moet blijken op basis van meer en recentere praktijkgegevens. Tot slot is het proces voor de totstandkoming van deze productstructuur zorgvuldig gegaan en kan de invoering van deze productstructuur 2013 rekenen op draagvlak van veldpartijen.

5. Beoordeling productprijzen en tarieven

5.1 Inleiding

Om de productstructuur als basis te kunnen gebruiken voor de financiering in 2013, is het niet alleen belangrijk om tot een zo goed mogelijke onderbouwing van de zorgproducten te komen, maar ook dat hiervoor kostendekkende tarieven worden bepaald. Dit hoofdstuk beschrijft de berekening van de productprijzen (methode), de beoordeling van de productprijzen en de totstandkoming van de integrale (maximum)tarieven.

5.2 Beoordelingscriteria productprijzen

De NZa heeft in haar toetsingskader voor de volgende onderdelen kaders gesteld:

- wijze van berekenen van de productprijzen;
- onderzoeksopzet t.b.v. verzameling kostprijsgegevens; de manier van steekproeftrekking, nauwkeurigheid, representativiteit en betrouwbaarheid;
- gebruikte productiedata;
- wijze van verantwoording: vooral de waargenomen risico's en knelpunten zijn hier voor de NZa van belang;
- impactanalyse: hierbij kijkt de NZa naar de eventuele financiële gevolgen van de nieuwe productprijzen ten opzichte van de huidige tarieven (oude bekostiging);
- procesaudit: DBC-Onderhoud heeft als derde partij de productprijzen berekend. De transparantie en de kwaliteit van het proces waarop de totstandkoming van de release verloopt is van belang in het kader van zorgvuldige besluitvorming door de NZa. Om deze reden heeft DBC-O een procesaudit laten uitvoeren door een onafhankelijke partij.

In de volgende paragrafen worden deze kaders toegepast op de productstructuur DBC GRZ.

5.3 Wijze van berekening productprijzen

De productprijzen zijn gebaseerd op de door zorgaanbieders aangeleverde registratiegegevens en de (berekende, aangeleverde en geauditeerde) kostprijsgegevens. De aanlevering gebeurde vrijwillig door zorgaanbieders.

De berekeningswijze van de productprijzen, zoals beschreven door DBC-O in het gebruikersdocument uitlevering deel 2 'Verantwoording tariefwijziging', sluit aan bij de wijze waarop de productprijzen voor de medisch specialistische zorg zijn berekend. In de ontwikkelingsfase van de productstructuur volstaat deze methode. Wel merkt de NZa op dat het streven is om de komende jaren toe te groeien naar een methode waarbij de kostdelen van de productprijzen worden berekend door de gewogen landelijke gemiddelde profielen te vermenigvuldigen met de lokale kostprijzen van de referentiegroep. De lokale kostprijzen zijn daarbij gebaseerd op aanbieder- eigen kostprijzen en aanbieder-eigen zorgprofielen. Deze methode kan alleen worden toegepast wanneer sprake is van stabiele zorgproducten. Aangezien dit jaar voor het eerst een productstructuur is ontwikkeld, kon deze methode vooralsnog niet toegepast worden.

5.3.1 Expertkostprijzen op zorgactiviteiten niveau

Voor een zevental zorgactiviteiten is geen kostprijs door de referentiegroep van zorgaanbieders aangeleverd. Het betreft de zorgactiviteiten polikliniekbezoek, huisbezoek, afwezigheidsdagen en vier behandel disciplines¹¹ (hydrotherapeut, muziektherapeut, psychologisch medewerker en de therapieassistent).

Voor polikliniek- of huisbezoeken zijn geen kostprijzen aangeleverd omdat deze prestaties onder de AWBZ niet zijn vastgesteld en er daarmee ook geen registratiegegevens beschikbaar zijn over 2010. Dit geldt ook voor de afwezigheidsdagen. Onder de AWBZ worden deze niet apart geregistreerd. De behandelaren, waarvoor geen kostprijs is aangeleverd, kwamen in 2010 niet afzonderlijk in het grootboek van de instellingen voor.

De expertkostprijzen voor deze zorgactiviteiten zijn als volgt tot stand gekomen:

- Polikliniekbezoek: deze is gelijk verondersteld aan maximaal twee uur behandelsetting dagbehandeling. Daartoe is de gehalveerde kostprijs van de (vier uur) dagbehandeling overgenomen.
- Huisbezoek: kostprijs gelijk aan nul. Kosten zijn reeds verdisconteerd in de kostprijzen van de overige behandelvormen.
- Afwezigheidsdag: kostprijs gelijk verondersteld aan de verpleegdag, omdat de registraties onderdeel uitmaken van de aantallen VV9a verpleegdagen.
- Behandelaren (hydrotherapeut, muziektherapeut, psychologisch medewerker en therapie assistent). Voor deze vier zorgactiviteiten is op basis van de onderlinge kostprijsverhouding Medisch Specialistische Revalidatie een kostprijs afgeleid.

Daarnaast zijn de kostprijzen van de zorgactiviteiten van de klinische verpleging gebaseerd op de kostprijs van de klinische verpleging-decubitus wondverzorging.

5.4 Onderzoeksozpet kostprijzen

Om de kwaliteit van de kostprijzen te beoordelen hanteert de NZa de volgende criteria:

- De gebruikte kostprijsinformatie is niet ouder dan het jaar T-2 (waarin t het jaar is dat de productstructuur wordt beoordeeld).
- De juistheid van de kostprijsinformatie is door middel van een audit vastgesteld.
- Samenstelling referentiegroep: de kostprijsinformatie, die wordt gebruikt voor de berekening van de productprijzen, is afkomstig uit een voldoende grote steekproef. Daarnaast dient de netto respons voldoende groot te zijn zodat er statistisch verantwoorde conclusies kunnen worden getrokken met een nauwkeurigheid/betrouwbaarheid van 95/10. Deze betrouwbaarheid is gebaseerd op tenminste 80% van de omzet binnen de groep zorgaanbieders.

5.4.1 Actualiteit kostprijzen

De kostprijzen die gehanteerd zijn bij het berekenen van de tarieven zijn gebaseerd op het boekjaar 2010 (meest actuele beschikbare jaar) en niet ouder dan T-2.

¹¹ Daarnaast zijn de kostprijzen van de cognitief trainer en de transmuraal begeleider slechts op één waarneming gebaseerd.

5.4.2 Uitkomsten audit

De NZa heeft in maart en april 2012 een audit laten uitvoeren op de toepassing van het kostprijsmodel DBC GRZ door zorgaanbieders die GRZ leveren én kostprijsgegevens hebben aangeleverd aan DBC-O. Dit kostprijsmodel is een verdere uitwerking van de calculatieprincipes, die de NZa hanteert. De doelstelling van de audit was om vast te stellen of zorgaanbieders het kostprijsmodel (versie 2.0, december 2011) op een juiste wijze hebben toegepast bij de berekening van kostprijzen.

In totaal heeft de auditor voor 29 instellingen beoordeeld of het kostprijsmodel DBC GRZ juist is toegepast, waar 31 instellingen kostprijzen hebben aangeleverd aan DBC-O.¹² Over het algemeen concludeert de auditor dat het kostprijsmodel DBC GRZ juist is toegepast en dat de aan DBC-O aangeleverde gegevens niet materieel (minder dan 1% van de totale kosten) afwijken van de calculatie-principes. De auditor heeft daarbij rekening gehouden met effecten van kleinere afwijkingen bij de uitwerking van de kostprijzen van de behandelaren en verpleegkundige activiteiten, indien van toepassing.

De door de auditor geconstateerde bevindingen en afwijkingen vallen hetzij binnen de vrijheidsgraden van de calculatieprincipes of zijn van zodanige aard en omvang dat deze slechts beperkte invloed hebben op de gemiddelde kostprijs van de kostendragers.

Wat opvalt is dat niet alle instellingen voor alle activiteiten een kostprijs hebben aangeleverd. Van de 27 zorgactiviteiten zijn er zeven activiteiten waar geen kostprijs voor is aangeleverd (expertkostprijzen) en drie zorgactiviteiten waar minder dan drie aanleveringen voor zijn gedaan. Bij acht instellingen is voor de behandelaren en de verpleegkundige activiteiten geen kostprijs aangeleverd, aangezien in 2010 nog geen/onvoldoende tijd geschreven is voor de revalidatie-activiteiten (en de overige activiteiten). Hierdoor was het voor die instellingen niet (goed) mogelijk om het aantal FTE's te bepalen dat als basis dient voor de kostprijzen van de behandelaren en/of de verpleegkundige activiteiten.

De aangeleverde kostprijzen van 20 instellingen zijn volledig akkoord bevonden. Voor negen instellingen geldt dat de conclusie is 'deels akkoord'. Voor deze instellingen geldt dat niet voor alle kostendragers de kostprijs akkoord is. De belangrijkste kostprijs, de kostprijs voor de verpleegdagen, is in alle gevallen akkoord. Wat betreft de auditor kunnen de goedgekeurde kostprijzen van de kostendragers dan ook worden meegenomen bij de onderbouwing van de productprijzen.

¹² Voor aanvang van de audits bleek dat twee instellingen een zodanige aanlevering hadden ingediend dat deze niet konden worden betrokken in het totaal van de aanleveringen.

Tabel 3. overzicht aantallen aangeleverde kostprijzen en goed-afgekeurde kostprijzen

	Verpleegdag	Dagbehandeling	Behandelaren	VPG activiteiten
Totaal aangeleverde kostprijzen	29	8	29	29
Goedgekeurde kostprijzen	29	8	27	21
Afgekeurde kostprijzen	0	0	2	8

Alleen de kostprijzen die door de auditor zijn goedgekeurd zijn door DBC-O meegenomen in de berekening van de productprijzen.

5.4.3 Samenstelling referentiegroep

In het verantwoordingsdocument is aangegeven dat de kostprijsinformatie, die wordt gebruikt voor de berekening van de productprijzen, afkomstig is uit een voldoende grote steekproef. Daarnaast moet de netto respons (goedgekeurde en geauditeerde kostprijsaanleveringen) voldoende groot zijn zodat er verantwoorde conclusies getrokken kunnen worden met een nauwkeurigheid/betrouwbaarheid van 95/10.

In totaal heeft 13% van de zorgaanbieders voor GRZ goedgekeurde/deels goedgekeurde kostprijzen aangeleverd. De omzet GRZ van deze instellingen bedraagt 22,5% van de totale omzet GRZ in 2010. De instellingen, die de kostprijzen hebben aangeleverd zijn onderverdeeld in vier grootteklassen. De grotere instellingen zijn lichtelijk oververtegenwoordigd ten opzichte van de kleinere instellingen. Per klasse vallen de afwijkingen echter binnen 5% van de gehele groep. Daarmee is de netto respons binnen de genoemde klassen voldoende groot, zodat er statistisch verantwoorde conclusies kunnen worden getrokken.

Hierbij merkt de NZa op dat de aanlevering van kostprijsgegevens geschiedt op basis van vrijwilligheid door een qua omvang beperkte referentiegroep van instellingen. In algemene zin is het risico hierbij dat er een vertekend beeld kan ontstaan door de deelname aan het kostprijsonderzoek, waarbij bijvoorbeeld de zorgaanbieders met gemiddeld hogere kosten kostprijsinformatie hebben aangeleverd en de zorgaanbieders met gemiddeld lagere kostprijsgegevens niet.

Op basis van het gebruikersdocument is er geen aanleiding om te veronderstellen dat er geen sprake is van een representatieve steekproef. Dit wordt onderbouwd doordat de spreiding van de kostprijzen laag is. De maximale CV-waarde bij 80% van de omzet van de zorgactiviteiten is 12,1%. Opvallend is daarbij de lage CV-waarde voor de verpleegdag. Dit geeft aan dat binnen 7% van het gemiddelde 68% van de waarnemingen ligt. Dit is van belang omdat voor de GRZ de verblijfsdagen de belangrijkste kostenbepalende factoren zijn en tevens de kostendrager waaraan bijna alle indirecte kosten zijn toegerekend. Daarnaast correleert de waargenomen gemiddelde verpleegduur per hoofddiagrosegroep sterk met de normatieve verpleegduur waarop transitietoeslagen zijn gebaseerd. Ook het gemiddeld aantal behandelingen is nagenoeg gelijk aan de uren die in het ZP-tarief en de

transitietoeslagen zijn opgenomen. Tot slot komt de onderverdeling in diagnosegroepen overeen met het eerder uitgevoerde onderzoek naar de aard en omvang van de revalidatiezorg in de AWBZ.¹³

Om de betrouwbaarheid van de kostprijzen te bepalen wordt gewerkt met een nauwkeurigheidspercentage. Hoe lager het nauwkeurigheidspercentage, hoe hoger de betrouwbaarheid van de kostprijzen. De landelijke kostprijsberekening heeft voor de kostendragers geresulteerd in percentages betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van 95/5 gebaseerd op 80% van de omzet van de zorgactiviteiten. Hierbij is uitgegaan van een dataset van 226 zorgaanbieders.

Oordeel NZa

In 2011 zijn er door de zorgaanbieders uit de referentiegroep voor het eerst kostprijzen berekend voor de GRZ. Gezien de minimale ervaringen van zorgaanbieders met het berekenen van kostprijzen, en mede dankzij de inzet van landelijke ondersteuners, zijn de uitkomsten goed te noemen.

Bevindingen:

- De kostprijzen zijn gebaseerd op het jaar 2010, hetgeen binnen de mogelijkheden van het huidige model van aanleveren en vaststellen van kostprijzen voldoende actueel is.
- Op basis van de audit kan geconcludeerd worden dat het kostprijsmodel GRZ over het algemeen juist is toegepast.
- Niet voor alle kostendragers is een kostprijs aangeleverd. Voor een aantal kostendragers is de aanlevering minimaal.
- De kostprijsinformatie is afkomstig uit een referentiegroep die zich hiervoor vrijwillig hebben aangemeld, en niet afkomstig uit een aselecte steekproef.
- De betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van 95/5 is voldoende.

5.5 Gebruikte productiedata (kwaliteit van de productprijzen)

De kwaliteit van de productprijzen hangt onder meer af van de gebruikte productiedata (registratiegegevens) en de actualiteit van de kostprijzen en de gebruikte dataset. Deze worden hieronder besproken.

5.5.1 Productiedata (registratiegegevens)

De volgende eisen ten aanzien van de registratiegegevens worden in het toetsingskader gesteld:

- De productiedata is doorgaans de data die wordt aangeleverd aan een landelijk informatiesysteem, waarbij indien mogelijk een selectie wordt gemaakt van zorgproducten van hetzelfde jaar als gebruikt voor de kostprijsdata.
- De registratiegegevens worden gebruikt van de zorgaanbieders die betrokken zijn bij het kostprijsonderzoek.
- De registratiegegevens worden in vijf stappen bewerkt en gecontroleerd.
- De kwaliteit van de registratiegegevens is voorafgaand aan het gebruik onderzocht en beoordeeld.
- De 'productiemassa' is 400 patiënten per DBC zorgproduct met een minimale omzet van 3,5 miljoen.

¹³ Revalidatie in de AWBZ omvang, aard en intensiteit, *ETC tangram*, 31 maart 2008.

Aanlevering gegevens

In totaal hebben 39 zorgaanbieders 10.072 afgesloten zorgtrajecten (DBC's) bij DBC-O aangeleverd. Normaal gesproken wordt deze data uit het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) gehaald omdat er voor de GRZ nog niet aan het DIS wordt aangeleverd zijn deze gegevens rechtstreeks bij DBC-O aangeleverd. De registratiegegevens zijn gebaseerd op 2011, de kostprijzen zijn berekend op basis van het boekjaar 2010. Praktisch gezien was het niet mogelijk om de jaren op elkaar aan te laten sluiten. In de planning was het niet haalbaar om de kostprijzen te baseren op 2011. Immers de accountantsverklaring bij de jaarrekening 2011 wordt pas in het eerste kwartaal 2012 afgegeven.

Registratiegegevens en kostprijzen

In totaal zijn, na schoning, de registratiegegevens van 32 zorgaanbieders meegenomen in de onderbouwing van de zorgproducten en de kostprijsgegevens van 29 zorgaanbieders. Voor 28 zorgaanbieders geldt dat zowel hun registratiegegevens als kostprijsgegevens zijn gebruikt.

Bewerking en schoning

De aangeleverde dataset is door DBC-O geschoond, zie ook paragraaf 3.2 van dit rapport. In het toetsingskader zijn vijf stappen opgenomen, waaronder de schoning. Een aantal van deze stappen zijn niet van toepassing voor de GRZ. Het gaat hierbij om transformatie en de stimulatie. Daarnaast is opgenomen dat er een periodeselectie moet plaatsvinden en een representativiteittoets.

Periodeselectie: gebruik van een zo recent mogelijke dataset over de aaneengesloten periode van twaalf maanden waarbij volledigheid en continuïteit van de gegevenslevering belangrijke randvoorwaarden zijn. De dataset die gebruikt is, zoals eerder aangegeven, is gebaseerd op 2011.

Representativiteittoets: De zorgproductie in de gebruikte dataset dient een representatieve afspiegeling te zijn. Aanlevering van registratiegegevens geschiedt nu op basis van vrijwilligheid door een qua omvang beperkte referentiegroep zorgaanbieders (39 van de 226 instellingen). Er is echter geen aanleiding om te veronderstellen dat deze zorgaanbieders geen representatieve afspiegeling vormen van de hele groep zorgaanbieders.

Kwaliteit is onderzocht en beoordeeld

De kwaliteit van de registratiegegevens is aan de hand van de schoning onderzocht en beoordeeld. De kwaliteit van de kostprijsgegevens is onderzocht en beoordeeld in de kostprijsaudit.

Productie omvang

De NZa hanteert als criterium voor de productiedata dat er als productiemassa minimaal sprake is van 400 patiënten per DBC-zorgproduct en dat die minimaal een productiewaarde van €3,5 miljoen vertegenwoordigen. Deze criteria zijn gebaseerd op de landelijke omzet (DIS-data). Voor de GRZ is echter sprake van een beperkte dataset uit een proefomgeving. Een aantal producten voldoet ook op basis van deze beperkte dataset aan deze eisen. Op basis van DIS-data over 2013 zal opnieuw aan deze criteria moeten worden getoetst, ook als het gaat om de vraag om eventueel de overige diagnoses onder te verdelen.

5.6 Verantwoording: waargenomen risico's

In het verantwoordingsdocument heeft DBC-O een aantal risico's genoemd. Deze hebben betrekking op:

- de spreiding van de kostprijzen;
- directe en indirecte kosten;
- onzekerheden in de registratie.

5.6.1 Spreiding van de kostprijzen

De spreiding van de kostprijzen is laag. Wel blijkt de spreiding afzonderlijk van het directe en indirecte deel hoog te zijn. Dat kan op afwijkingen in de opstelling van de kostenverdeelstaat duiden. Er zijn binnen het kostprijsmodel vrijheidsgraden opgenomen ten aanzien van de verdeling van het grootboek in kostenplaatsen en de onderverdeling hiervan in hulp- en hoofdkostenplaatsen. Bij sommige instellingen is de ontwikkeling van het interne kostprijsmodel verder gevorderd dan bij andere instellingen, waardoor de eerstgenoemde beter in staat zijn kosten direct toe te wijzen aan de afdelingen. Dat beïnvloedt de verhouding direct/indirect. Er bestaat overigens geen correlatie tussen de verhouding direct/indirect en de hoogte van de kostprijs.

5.6.2 Directe en indirecte kosten

De oorzaak van de kleine spreiding van de kostprijzen behandelaar is mede gelegen in het feit dat er geen indirecte kosten zijn toegerekend aan de behandelaars. Daarnaast is in het kostprijsmodel gewerkt met een genormeerde productiviteitspercentage. Voor de specialist ouderengeneeskunde is dit 60% en voor de paramedische groepen 70%. Tot slot zijn de kostprijzen van de behandelaars gebaseerd op de fte-inzet voor de hele instelling. Hierdoor is het model grofmaziger geworden, waardoor de kostprijzen homogener ogen. Ook voor klinisch verpleegkundige activiteiten is er in veel gevallen met een norm percentage van 10% van de totale productiviteit gewerkt.

Door de vereenvoudiging van het kostprijsmodel op een aantal punten kunnen de daadwerkelijke kostprijzen van instellingen afwijken van de berekende kostprijzen. Deze keuze was noodzakelijk om binnen de beperkte tijd naar stabiele kostprijzen toe te werken met afdoende waarnemingen.

5.6.3 Onzekerheden in de registratie

De kostprijzen zijn gebaseerd op 2010. Pas vanaf 2012 is er apart geïndiceerd voor VV9a en VV9b. Dit houdt in dat er pas vanaf 2012 ook onderscheid tussen VV9a en VV9b in de administratie van de meeste zorgaanbieders wordt gemaakt. Vanwege het ontbreken van deze registraties is in veel gevallen gerekend met het totaal aantal VV9 patiënten of het totaal aantal patiënten wanneer er eveneens andersoortige zorgzwaarte patiënten op dezelfde afdeling voorkwamen. Wat de fte-registraties betreft waren deze in veel gevallen alleen beschikbaar op instellingsniveau, waardoor, zoals eerder opgemerkt, de kostprijs minder zegt over de behandelinzet op de GRZ afdeling zelf.

5.6.4 Oordeel NZa

De verwachting is dat instellingen hun basisregistratie en het tijdschrijven komende jaren beter gaan beheersen, waardoor verfijning van het kostprijsmodel op termijn kan plaatsvinden. In het vervolgtraject is de beoordeling van het productiviteitspercentage van belang. Als instellingen over meer reële en volledige tijdsregistraties beschikken,

kunnen de gehanteerde normen, indien noodzakelijk, aangepast kan worden.

De indirecte kosten zijn dit jaar alleen aan de behandelsetting toegerekend. Dit is een aandachtspunt voor de evaluatie van het kostprijsmodel, waarbij besproken zal worden of een verdere verfijning van het kostprijsmodel op dit punt mogelijk is. Voor de productstructuur van 2013 is het van belang om op te merken dat deze kosten gelijkmatig verdeeld zijn omdat er altijd sprake is van een behandelsetting.

5.7 Conclusie productprijzen

De nieuwe productstructuur is een tussenmodel en uit dien hoofde nog in ontwikkeling. Dit geldt ook voor de productprijzen. Deze zijn gebaseerd op basis van de registratie over zorgactiviteiten in 2011 en de kostprijzen 2010. Hierin is maar beperkt de verwachte zorgvernieuwing in de GRZ meegenomen, waarin het streven is om het aantal ligdagen te verkorten met intensievere behandeling. Om financiële risico's in 2013 voor zowel zogaanbieders als zorgverzekeraars te verminderen, is er sprake van een transitie-model, waarbij uiteindelijk de afrekening in oude parameters plaatsvindt. De beoordeling van de productprijzen 2013 kan niet los van de bovenstaande worden gezien. Binnen deze context kan er dan ook positief geoordeeld worden over de productprijzen van de zorgproducten. In dit hoofdstuk heeft de NZa een aantal aandachtspunten benoemd, deze zullen aan DBC-O worden meegegeven voor de doorontwikkeling van de productstructuur.

Voor de verdere doorontwikkeling is het volgende op te merken:

- Het aantal kostprijzen met een beperkt aantal waarnemingen, alsmede expertkostprijzen dient in de toekomst verminderd te worden.
- In afstemming met zogaanbieders zal bekeken moeten worden op welke punten het kostprijsmodel DBC GRZ verfijnd kan worden.

5.8 Van productprijs naar (maximum)tarief

Om van een productprijs naar een (maximum)tarief te komen, vindt een indexering van loon- en materiële kosten van de productprijzen 2010 naar 2013 plaats en wordt een gedifferentieerde opslag toegepast voor de kapitaallasten. De methoden hiervoor worden hieronder toegelicht.

5.8.1 Indexatie loon-en materiële kosten

De kostdelen van de tarieven 2013 zijn gebaseerd op de nacalculatorische kostprijzen van zogaanbieders over het boekjaar 2010. Voor de loon- en materiële kosten is uitgegaan van een gecombineerde index die bestaat uit 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten.

Voor 2011, 2012 en 2013 zijn de volgende indexen toegepast:

- 2,73% definitieve gecombineerde index 2011 (1,98%, definitieve index materiële kosten en 3,11%, definitieve index loonkosten);
- 2,77% definitieve gecombineerde index 2012 (2,41%, definitieve index materiële kosten en 2,95%, definitieve index loonkosten);
- 0,75% voorlopige gecombineerde index 2013 (0,75%, voorlopige index materiële kosten en 0,75%, voorlopige index loonkosten).

5.8.2 Toerekening kapitaallasten aan DBC's

Onder de AWBZ zijn in 2012 integrale tarieven, met een overgangsregime, voor de intramurale zorg ingevoerd. Hiervoor zijn de kapitaallasten op basis van een normatieve huisvestingscomponent (NHC) aan de tarieven toegevoegd. Deze NHC is gebaseerd op een recent onderzoek van TNO. Voor de extramurale zorg gelden vanaf 2007 integrale tarieven.

Voor de toerekening van kapitaallasten is, in overleg met partijen zoveel mogelijk aangesloten bij de normen, die onder de AWBZ van toepassing zijn. De prestaties die worden overgeheveld naar de Zvw zijn zorgzwaartepakket 9a en de dagactiviteit H801. In tabel 4 worden de kapitaallastennormen weergegeven.

Tabel 4. Tariefopbouw ZPZ 9A en H801 (prijspeil 2013)

Prestatie	Tarief (inclusief kapitaallasten)	Component kapitaallasten als onderdeel van tarief
ZPZ 9A incl. BH	253,78 (per dag)	35,75 (per dag) ¹
H801	64,64 (per dagdeel)	9,24 (per dagdeel) ²

¹ Deze norm valt onder het overgangsregime zoals beschreven in paragraaf 2.3

² De kapitaallasten van H801 exclusief inhaalbedrag 2012 zijn 9,20. Deze zijn toegerekend aan het DBC tarief.

Op basis van het aantal ligdagen, afwezigheidsdagen, dagbehandeling en polikliniekbezoeken in het zorgprofiel van de zorgproducten is een kapitaallasten component aan de productprijzen toegerekend. De kapitaallasten die op basis van het aantal ligdagen en afwezigheidsdagen aan de productprijs zijn toegerekend vallen onder het overgangsregime. Dit houdt onder andere in dat over dit onderdeel bij bestaande zorgaanbieders, niet onderhandeld kan worden. In bijlage 2 is het aandeel hiervan inzichtelijk gemaakt. In hoofdstuk 2.3 is meer achtergrondinformatie te lezen over het overgangstraject.

Indexatie

De NHC, die is toegerekend aan de lig- en afwezigheidsdagen, wordt jaarlijks met 2,5% geïndexeerd. De kapitaallasten die toegerekend zijn aan de dagbehandeling en polikliniekbezoeken worden jaarlijks geïndexeerd met de TNO-Gezondheidszorgindex.

5.9 Impactanalyse

De randvoorwaarde voor de overheveling is dat de DBC-tarieven macroneutraal worden vastgesteld. Hiertoe heeft DBC-O een impactanalyse gedaan. Deze analyse had tot doel om de DBC-productiewaarde voor de GRZ-producten te vergelijken met de AWBZ-productiewaarde.

5.9.1 Methode

De DBC-productiewaarde is berekend door de geschoonde GRZ-dataset onder te verdelen naar de te onderscheiden DBC-zorgproducten. De onderverdeelde trajecten zijn vermenigvuldigd met de bijbehorende productprijzen (prijspeil 2012, exclusief kapitaallasten).

De AWBZ-productiewaarde is berekend door eerst voor alle DBC-zorgtrajecten de AWBZ-waarde VV9a te berekenen aan de hand van het

aantal verpleegdagen en afwezigheidsdagen. Daarna is de AWBZ-waarde H801 bepaald aan de hand van het aantal dagbehandelingen. Vervolgens is, indien van toepassing, voor ieder DBC-zorgtraject de CVA toeslag berekend conform de beleidsregel. Tenslotte is afhankelijk van de hoofddiagnosegroep en het gemiddeld aantal uren behandeltijd per week een transitieopslag berekend.

5.9.2 Uitkomst

In deze analyse zijn de DBC-productiewaarde voor de GRZ-producten vergeleken met de AWBZ-productiewaarde van 32 zorgaanbieders. Uit de impactanalyse komt naar voren dat de uitkomst (verschil DBC-productiewaarde met AWBZ-productiewaarde) amper verschilt; de DBC-productiewaarde valt iets lager uit. Hierbij moet opgemerkt worden dat een aantal onderdelen van de AWBZ productiewaarde niet is meegenomen in de berekening. Het betreft hierbij bijvoorbeeld de vergoeding voor dure medicijnen en zorggebonden materiaal, de mutatiedagen en de intensiveringsmiddelen 2012. Als deze wel meegenomen zouden zijn dan zou de AWBZ productiewaarde iets hoger uitkomen. Dit is ook verklaarbaar doordat in 2012 intensiveringsmiddelen aan de ZZP-tarieven zijn toegevoegd. Deze zijn niet meegenomen in de DBC-productiewaarde. In het Gebruikersdocument van DBC-O is opgenomen dat vervolgonderzoek noodzakelijk is om het cumulatieve effect van deze factoren in te schatten.

5.9.3 Oordeel NZa

De impactanalyse is gebaseerd op de gegevens van een beperkt aantal zorgaanbieders en er is een aantal aannames gedaan, waardoor de uitkomsten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. De NZa onderschrijft de conclusie van DBC-O dat nader onderzoek nodig is om – naar het zich nu laat aanzien – een opslag op de tarieven GRZ toe te passen.

De NZa zal onderzoeken en met partijen bespreken welke mogelijkheden er zijn om een beter beeld te krijgen van de DBC-omzet in relatie tot de oude parameters. Door partijen is benadrukt dat in deze een onderscheid moet worden gemaakt tussen enerzijds de vertaling van AWBZ-productie/ZZP's naar DBC's (de productiewaarde oud en nieuw van corresponderende zorg) en anderzijds de vertaling van macrokader 2012 en 2013 naar realisatie 2013 o.b.v. een Zvw-onderhandelingsmodel dat afwijkt van de contractering onder de AWBZ (het ingekochte volume kan wijzigen op grond van contracteerbeleid/het inkoopkader van zorgverzekeraars). Beide onderdelen maken monitoring in 2013 noodzakelijk.

5.10 Proces audit

In het toetsingskader zijn ten aanzien van de proces audit de volgende criteria opgenomen:

- 1. De audit wordt uitgevoerd door een onafhankelijke organisatie. De auditor geeft een oordeel over de besluitvorming.
- 2. Gegevensverwerking en controles bij de totstandkoming van de productstructuur.
- 3. De auditor beoordeelt of de onderzoekers de dossiervorming voldoende op orde heeft. Keuzes in berekeningen en achterliggende argumentatie moeten zijn vastgelegd. Tussenstappen, keuzes en aannames in de berekeningen moeten zijn vastgelegd en beoordeeld.

De eindresultaten moeten door de onderzoekers zelf in voldoende mate zijn gecontroleerd.

Ad1) KPMG heeft een proces audit op de productprijzen en de dataset voor 2013 gedaan. Op basis van de uitgevoerde beoordelingen en detailwerkzaamheden (zoals de rondrekening met AWBZ parameters en DBC parameters) delen zij mee dat voorlopig met een redelijke mate van zekerheid is vastgesteld dat de totstandkoming van de productprijzen inclusief de dataset voor 2013 juist is geweest.

Ad2) Voor de diverse berekeningen en bewerkingen is naast berekeningen aan de hand van de reguliere database ook gebruik gemaakt van Excel overzichten, waardoor de borging van de authenticiteit een risico vormt. De opgestelde schoningscriteria zijn duidelijk beschreven en toetsbaar.

Ad3) De keuzes in berekeningen en achterliggende argumentatie zijn vastgelegd. Hierbij gaat het om het tot stand komen van de expertkostprijzen, de indexatie, de toerekening van de kapitaallasten, de Productprijsberekening, de berekening van de CV-waarden, de exportproducten voor ambulante producten en de rondrekening. Voor de rondrekening heeft DBC-O een verklaring gegeven voor de ontstane afwijking.

Op basis van de uitkomsten van de audit ziet de NZa voldoende bevestiging van een zorgvuldig proces van de berekening.

6. Regelgeving en specifieke aspecten

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de NZa bij de besluitvorming over de productstructuur en bijbehorende tarieven voornemens is om met de onderliggende regelgeving om te gaan en welke onderwerpen hierin minimaal geregeld zullen worden. Vervolgens zal nog kort worden ingegaan op de betaling van het onderhanden werk en de implementatie van de productstructuur in 2012.

6.1 Regelgeving NZa

De invoering van de DBC's voor de GRZ zal gepaard gaan met aanpassingen (voor zover nodig) in de bestaande beleidsregels en de regelingen van de NZa.

In de Wmg kunnen globaal drie juridische instrumenten worden onderscheiden waarmee de marktordering in de gezondheidszorg wordt vormgegeven: beleidsregels, regelingen en tariefbeschikkingen. In de beleidsregels geeft de NZa aan op welke wijze zij haar wettelijke taken en bevoegdheden invult. In regelingen (zoals 'nadere regels' en declaratiebepalingen) geeft de NZa aan waar zorgaanbieders, zorgverzekeraars en soms ook derden zich ten opzichte van patiënten, elkaar en de NZa aan moeten houden. Met tariefbeschikkingen stelt de NZa vast door wie tarieven voor zorgverlening in rekening mogen worden gebracht, en welke voorwaarden en beperkingen daar eventueel bij gelden.

De belangrijkste onderwerpen voor de GRZ zullen in een beleidsregel ('tarieven en prestaties Medisch Specialistische Zorg') en een nadere regel ('regeling Medisch specialistische zorg') worden opgenomen. Deze beleidsregel en regeling gelden al voor de curatieve somatische zorg en zullen in oktober 2012 voor 2013 worden geactualiseerd en uitgebreid met bepalingen met betrekking tot de GRZ. De wijzigingen specifiek voor de GRZ zullen daarop vooruitlopend uiterlijk in juli 2012 gepubliceerd worden via een voorgenomen besluit.

6.2 Registratieregels en declaratiebepalingen

Registratieregels beschrijven de voorwaarden waaraan de registratie van geleverde zorg moet voldoen om tot een correcte typering daarvan te komen en zo de declarabele prestatie te kunnen bepalen. In de uitwerking door veldpartijen van medisch specialistische zorg is vastgesteld dat onder de term 'registratieregels' dient te worden verstaan: "het drieluik van registratieregels (inclusief ict-addendum), de algemene toelichting en de specialisme specifieke toelichting (uitzonderingen)." De NZa zal het ICT-addendum/registratie-addendum vaststellen en opnemen als bijlage bij haar regeling Prestaties en tarieven curatieve somatische zorg.

Declaratiebepalingen regelen 'aan wie', 'door wie', 'op welke wijze' en onder welke voorwaarden en met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Voor de declaratiebepalingen geldt hetzelfde als voor de registratieregels, deze vormen een integraal onderdeel van de beleidsregel en nadere regel en worden in oktober 2012 voor 2013 geactualiseerd en uitgebreid met bepalingen met betrekking tot de GRZ.

6.3 DBC-Grouper en Groupereisen

Binnen de DBC-systematiek is er een belangrijke rol weggelegd voor de grouper. De grouper is een geautomatiseerd systeem waarin de vastgelegde subtrajecten en zorgactiviteiten worden afgeleid naar DBC-zorgproducten. Gezien de bepalende rol die de grouper vervult bij het vaststellen welke prestatie (en daarmee welk tarief) voor samenhangende zorgactiviteiten in rekening zal worden gebracht, acht de NZa het van groot belang om zeker te stellen dat een declaratie afkomstig is van een juist afleidende grouper en dat zorgaanbieders alleen declaraties waarvan het zeker is dat ze 'door de grouper zijn geweest' aan de (patiënt of diens) zorgverzekeraar sturen. Hierover is dan ook expliciet een bepaling opgenomen in de regeling 'Tarieven en Prestaties Medisch Specialistische Zorg.

6.4 Betaling Onderhanden Werk

Binnen de AWBZ-systematiek is sprake van bevoorschotting. Met de overheveling van de GRZ naar de Zvw worden deze bevoorschottingsafspraken niet automatisch overgenomen. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over de betaling van onderhanden werk (ook wel bevoorschottingsafspraken genoemd) voor 2013. De NZa zal dit in 2013 monitoren. Als er geen afspraken zijn omtrent de bevoorschotting dan kan pas na het afsluiten van het DBC-zorgproduct de declaratie worden verzonden.

6.5 Implementatie

Voor een goede invoering en werking van de DBC-zorgproducten in het stelsel van GRZ is het noodzakelijk dat de productstructuur GRZ tijdig wordt geïmplementeerd in de systemen van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

Dit betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars individueel hun processen en systemen op orde hebben en medewerkers hebben opgeleid. Daarnaast zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in staat moeten zijn om facturen te versturen, te ontvangen en te verwerken. Tot slot maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor het eerst afspraken over de GRZ op basis van zowel de huidige bestaande (oude) AWBZ-parameters als (voor zover mogelijk) over DBC-zorgproducten. Tot 2013 maakten zorgaanbieders de afspraken op basis van oude parameters met zorgkantoren. Dit betekent dat zorgaanbieders met (een) nieuwe partij(en) (en mogelijk andere contactpersonen) om tafel gaan en naast oude parameters onderhandelen in DBC-zorgproducten (voor zover dit inzicht er is). Voor zorgverzekeraars is de onderhandeling over oude parameters nieuw.

7. Vervolgstappen en doorontwikkeling

Met het positieve voorgenomen besluit van de NZa over de vaststelling van de productstructuur wordt een nieuwe stap gezet op weg naar de invoering van de productstructuur GRZ per 1 januari 2013.

7.1 Vervolgstappen in 2012

Vooralsnog is er sprake van een voorgenomen besluit, zodat partijen in de 2e helft van 2012 kunnen proefdraaien en oefenen met de nieuwe productstructuur. Uiterlijk 1 oktober zal het besluit definitief worden door vaststelling van de DOT-release 2013 waarin GRZ is opgenomen. De NZa gaat ervan uit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarmee voldoende de tijd hebben om zich maximaal voor te bereiden op de implementatie van de zorgproducten.

Voor een goede succesvolle invoering van de nieuwe productstructuur, maar niet vallend onder de besluitvorming of verantwoordelijkheid van de NZa, zijn de volgende zaken verder relevant:

- ontwikkeling en implementatie van het triage-instrument;
- ontwikkeling en implementatie van prestatie-indicatoren.

7.2 Doorontwikkelagenda

In oktober 2012 wordt de doorontwikkelagenda 2014 voor de medisch specialistische zorg/somatiek vastgesteld, hier is de GRZ een onderdeel van. Mede op basis van de bevindingen in dit rapport en de inbreng van landelijke partijen in technische overleggen kan er al een aantal aandachtspunten/activiteiten voor de doorontwikkelagenda benoemd worden:

- Het verzamelen van meer en actuelere praktijkgegevens op basis waarvan de productstructuur 2013 en de bijbehorende tarieven herijkt/geactualiseerd kunnen worden voor 2014 en de nieuwe zorgontwikkeling (waaronder bijvoorbeeld de ambulante nazorg) binnen de sector beter tot uitdrukking kan worden gebracht in de zorgproducten 2014.
- Evaluatie van het huidige registratiemodel, waarbij op voorhand de aandachtspunten zijn: de wijze waarop groepsbehandeling wordt meegenomen, gehanteerde definities voor dagbehandeling en poliklinische zorg, de zorgactiviteitenlijst en beroepen die tijd mogen vastleggen¹⁴, de relevantie van de vastlegging van nevendiagnoses en zorgvraag en de formulering van de ontslagredenen.
- Een evaluatie van het huidige kostprijsmodel om te bekijken op welke punten dit verfijnd kan worden. Evaluatiepunten zijn bijvoorbeeld:
 - de toerekening van de indirecte kosten aan de kostendragers;
 - de normatieve productiviteitspercentages;
 - toerekening van kosten naar afwezigheidsdagen.

De productstructuur levert zorgproducten op die, afgezien van het onderscheid tussen de hoofddiagnosegroepen 'CVA' en 'overige diagnoses', weinig medische inhoudelijke herkenbaarheid kennen. Op basis van de gemiddelde kosten voor de groepen binnen de overige diagnoses ziet DBC Onderhoud nu geen aanleiding om een differentiatie aan te brengen in de productstructuur. Vanuit het perspectief van medische herkenbaarheid is deze aanleiding er

¹⁴ Hierbij dient een toets plaats te vinden op de beroepen die tijd mogen registreren in relatie tot de aanspraak op GRZ.

mogelijk wel. De NZa merkt daarbij op dat zorgverzekeraars bij hun zorginkoop dienaangaande ook aanvullende informatie kunnen opvragen, waardoor het niet noodzakelijk is om deze in de productstructuur op te nemen. Voor de productstructuur 2014 verdient het wel de aanbeveling om te onderzoeken of de groep 'overige diagnoses' nog verder uitgesplitst te worden.

Voor de productstructuur 2014 moet verder onderzocht worden of de GRZ al opgenomen kan worden in de reguliere ICD10 hoofdstukken.

- In de DBC-registratie kunnen geen behandelingen parallel worden vastgelegd (en gedeclareerd), dat wil zeggen dat er geen nieuw GRZ behandeltraject geopend mag worden voordat een oud behandeltraject is afgesloten (op 42 dagen na de laatste behandeldag). De keuze om parallelle trajecten niet mogelijk te maken, komt voor uit de veronderstelling dat een GRZ patiënt niet gelijktijdig twee revalidatietrajecten kan doorlopen, gezien de geringe belastbaarheid. Concreet betekent dit dat indien de patiënt die binnen 42 dagen na de laatste verrichting terugkeert met een GRZ indicatie, waarbij sprake is van een andere hoofddiagnose, door het uitsluiten van paralleliteit bekostigd wordt als ware het één enkele behandeling. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een patiënt met een CVA en die na het revalidatietraject een heup breekt. Deze 'ene' behandeling kent daardoor kunstmatig veel verpleegdagen, waardoor het moeilijker of zelfs onmogelijk kan worden om nog in de 'intensieve' categorie te komen. Het is ook mogelijk dat de behandeling van de twee diagnoses samen meer dan zes maanden duurt; in de productstructuur worden behandelingen echter maar tot zes maanden bekostigd.
- Verkennen in hoeverre er overlap is tussen de Medisch specialistische revalidatiezorg en de GRZ. In het verlengde daarvan nagaan in hoeverre de zorgvraagindex, die bij de Medisch specialistische revalidatiezorg wordt gehanteerd, ook toepasbaar is voor de GRZ.

7.3 Lange termijn

De eerste versie van de productstructuur is een eerste stap op weg naar het beoogde eindmodel, waarbij kenmerkende activiteiten op basis van zorgpaden en onderscheidende patiëntkenmerken leidend zijn voor (medisch herkenbare) zorgproducten. Deze versie biedt een goed uitgangspunt voor verdere doorontwikkeling en staat een verdere doorontwikkeling, waarbij *mogelijk* wordt aangesloten bij het doorontwikkelingspad van de MSRZ (waaronder de invoering van het ICF-systeem), niet in de weg. Om bij het beoogde eindmodel te komen, zal op termijn een meer fundamentele doorontwikkeling van de DBC-productstructuur moeten plaatsvinden.

De NZa zal op korte termijn in overleg treden met partijen om de doorontwikkeling voor de langere termijn nader in te vullen. Daarbij wordt onder andere gekeken op welke wijze de productstructuur beter kan aansluiten op de vooraf gestelde uitgangspunten, waaronder het vergroten van de medische herkenbaarheid, verdere aansluiting op zorgpaden en zorgzwaarte.

8. Conclusie

Het voorgenomen besluit over de invoering van de productstructuur GRZ 2013 is positief.

In hoofdstuk vier is uiteengezet dat de conclusie van de NZa is dat de zorgproducten voldoende hanteerbaar en kostenhomogeen zijn. De medische herkenbaarheid van de zorgproducten is nog wel een aandachtspunt. Verder acht de NZa de zorgproducten volledig. Wat betreft de administratieve lasten verwacht de NZa komend jaar (voor bestaande zorgaanbieders) een toename, die inherent is aan de keuze voor een zorgvuldige overgang, waarbij twee systemen naast elkaar worden gehanteerd. Na het verdwijnen van het vangnet zullen deze lasten verminderen. Over de stabiliteit van de productstructuur kunnen nog geen uitspraken worden gedaan, dit moet blijken op basis van meer en recentere praktijkgegevens. Tot slot is het proces voor de totstandkoming van de productstructuur zorgvuldig gegaan. Partijen hebben aangegeven dit een bruikbare structuur voor 2013 te vinden, waarbij de kanttekening gemaakt wordt dat verdere doorontwikkeling noodzakelijk is.

In hoofdstuk vijf heeft de NZa geconstateerd dat de productprijzen gebaseerd zijn op de registratie van zorgactiviteiten in 2011 en de kostprijzen 2010. Hierin is maar beperkt de verwachte zorgvernieuwing in de GRZ meegenomen, waarin het streven is om het aantal ligdagen te verkorten met intensievere behandeling. Om financiële risico's in 2013 voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars te verminderen, is er sprake van een transitie-model, waarbij uiteindelijk de afrekening in oude parameters plaatsvindt. De beoordeling van de productprijzen 2013 kan niet los van de bovenstaande worden gezien. Binnen deze context kan er dan ook positief geoordeeld worden over de productprijzen van de zorgproducten.

DBC Onderhoud heeft een impactanalyse uitgevoerd waarin de DBC-productiewaarde is afgezet tegen de AWBZ-productie, ten einde een uitspraak te kunnen doen over de macroneutraliteit van de DBC-tarieven. Deze impactanalyse is gebaseerd op de gegevens van een beperkt aantal instellingen en er is een aantal aannames gedaan, waardoor de uitkomsten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. De NZa onderschrijft de conclusie van DBC Onderhoud dat nader onderzoek nodig is om – naar het zich nu laat aanzien – een opslag op de tarieven GRZ toe te passen. De NZa zal onderzoeken en met partijen bespreken welke mogelijkheden er zijn om een beter beeld te krijgen van de DBC-omzet in relatie tot de oude parameters.

Op basis van bovenstaande (deel)conclusies concludeert de NZa als volgt:

De productstructuur GRZ 2013 moet in een bredere context worden beschouwd:

- geplande overheveling vanuit de AWBZ naar Zvw;
- bekostiging in 2013 op basis van bestaande AWBZ-parameters (vangnet) voor bestaande zorgaanbieders;
- beperkte dataset beschikbaar op basis van koploper instellingen;
- doorontwikkelagenda GRZ/Medisch specialistische revalidatiezorg;
- monitoring 2013 en volgende jaren.

Binnen die context én samenhang kan thans een positief voorgenomen besluit worden genomen over de invoering van de productstructuur GRZ met ingang van 2013.

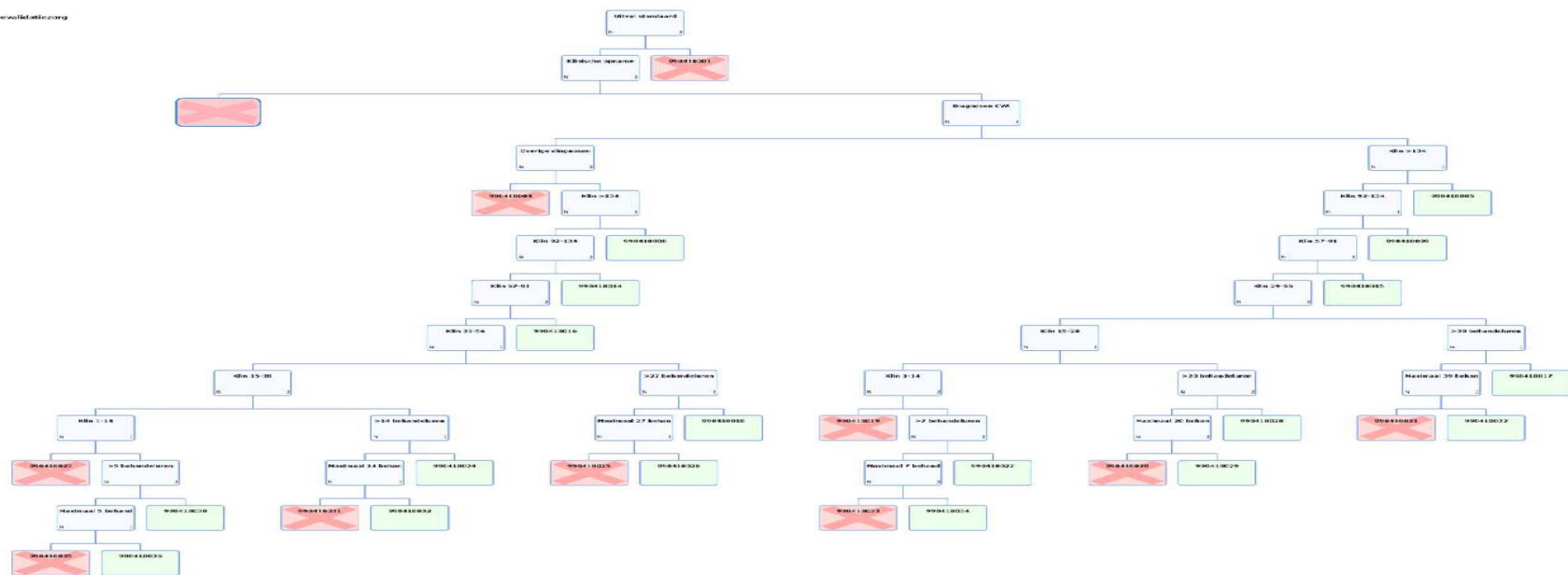
Later dit jaar zal de NZa een standpunt bepalen inzake de doorontwikkeling GRZ, zowel wat betreft tempo/fasering als wat betreft de aansluiting bij de productstructuur voor medisch specialistische revalidatiezorg. Dat standpunt zal input zijn voor de releaseplanning/doorontwikkelagenda 2014.

Concreet betekent dit dat de NZa thans een positief besluit neemt wat betreft invoering productstructuur GRZ voor financiering van bestaande zorgaanbieders GRZ én bekostiging van nieuwe toetreders GRZ in 2013. VWS heeft de NZa gevraagd in 2013 een analyse te doen naar de geschiktheid van de productstructuur en eventuele randvoorwaarden voor volledige prestatiebekostiging na 2013.

Met deze fasering in besluitvorming denkt de NZa tevens tegemoet te komen aan de door partijen geleverde reacties op de nu voorliggende productstructuur GRZ.

Bijlage 1. Overzicht productstructuur GRZ

Geriatrische revalidatiezorg



Bijlage 2. Overzicht zorgproducten en bijbehorende maximumtarieven¹⁵

In de onderstaande tabel staat een overzicht van de zorgproducten GRZ met daarbij de productcodes en omschrijvingen vermeld. In de laatste twee kolommen staat het integrale tarief (inclusief indexering (voorlopige cijfers) 2013 en een gedifferentieerde opslag voor kapitaallasten) vermeld, waarvan in de laatste kolom een uitsplitsing is gemaakt naar de kapitaallasten (NHC) die niet onderhandelbaar zijn en onder het overgangsregime vallen (zoals beschreven in paragraaf 5.8.2 'Toerekening kapitaallasten aan DBC's' van dit rapport).

Nr.	Productcode	Omschrijving	Tarief (integraal)	Waarvan niet- onderhandelbare kapitaallasten
Overige diagnoses				
1	998418036	Overige diagnoses; klinisch 1-14 dagen; maximaal 5 behandeluren	€ 1.935,30	€ 270,98
2	998418030	Overige diagnoses; klinisch 1-14 dagen; > 5 behandeluren	€ 2.917,27	€ 368,46
3	998418032	Overige diagnoses; klinisch 15-28 dagen; maximaal 14 behandeluren	€ 5.240,21	€ 737,79
4	998418024	Overige diagnoses; klinisch 15-28 dagen; > 14 behandeluren	€ 6.429,64	€ 812,83
5	998418026	Overige diagnoses; klinisch 29-56 dagen; maximaal 27 behandeluren	€ 10.083,91	€ 1.437,61
6	998418018	Overige diagnoses; klinisch 29-56 dagen; > 27 behandeluren	€ 12.513,53	€ 1.614,48
7	998418016	Overige diagnoses; klinisch 57-91 dagen	€ 18.349,61	€ 2.576,89
8	998418014	Overige diagnoses; klinisch 92-134 dagen	€ 28.588,18	€ 4.062,71
9	998418008	Overige diagnoses; klinisch > 134 dagen	€ 39.303,02	€ 5.611,75
Diagnosen CVA				
10	998418034	Diagnosen CVA; klinisch 1-14 dagen; maximaal 7 behandeluren	€ 2.166,37	€ 289,33
11	998418027	Diagnosen CVA; klinisch 1-14 dagen; > 7 behandeluren	€ 3.149,44	€ 362,50
12	998418029	Diagnosen CVA; klinisch 15-28 dagen; maximaal 20 behandeluren	€ 5.438,19	€ 730,35
13	998418020	Diagnosen CVA; klinisch 15-28 dagen; > 20 behandeluren	€ 7.372,62	€ 856,28
14	998418022	Diagnosen CVA; klinisch 29-56 dagen; maximaal 39 behandeluren	€ 10.563,09	€ 1.436,84
15	998418017	Diagnosen CVA; klinisch 29-56 dagen; > 39 behandeluren	€ 13.766,37	€ 1.639,65
16	998418015	Diagnosen CVA; klinisch 57-91 dagen	€ 19.554,66	€ 2.593,08
17	998418009	Diagnosen CVA; klinisch 92-134 dagen	€ 29.842,59	€ 3.990,94
18	998418005	Diagnosen CVA; klinisch > 134 dagen	€ 41.446,79	€ 5.558,35

¹⁵ De in deze tabel vermelde tarieven zijn inclusief een component kapitaallasten en indexering t/m (voorlopig) 2013.