

Rapport

# Beoordeling updaterelease DOT RZ12d

Beoordeling release ingaande per 1 september

Juli 2012



# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Context	5
1.2 Oplevering updaterelease DOT (RZ12d)	5
1.3 Leeswijzer	6
<b>2. Beoordeling wijzigingen productstructuur</b>	<b>7</b>
2.1 Inleiding	7
2.2 Wijzigingen overige zorgproducten	7
<b>3. Beoordeling wijzigingen kostendelen tarieven DOT</b>	<b>9</b>
3.1 Wijzigingen tarieven overige zorgproducten	9
3.2 Wijzigingen tarieven kindernefrologie	9
<b>4. Wijzigingen in beleidsregel en regeling</b>	<b>10</b>
4.1 Inleiding	10
4.2 Wijzigingen beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'	10
4.3 Wijzigingen nadere regel 'Medisch specialistische zorg'	12
<b>Bijlagen</b>	<b>13</b>
Bijlage 1. Gebruikersdocument uitlevering deel 1	13



# 1. Inleiding

## 1.1 Context

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (verder NZa) heeft op 30 juni definitief besloten om DOT vast te stellen als prestatie- en tarifieringssysteem voor de medisch specialistische zorg per 1 januari 2012. Met dit besluit stond definitief vast dat DOT na jarenlange ontwikkeling en voorbereiding ook daadwerkelijk zou worden ingevoerd. Na dit besluit heeft de NZa in 2011 nog tweemaal een aantal componenten van het DOT-pakket vastgesteld: op 30 augustus 2011 de honorariumdelen van de DOT tarieven 2012<sup>1</sup> en op 15 november een updaterelease RZ12b met daarin de nog niet eerder vastgestelde onderdelen van de kostentarieven<sup>2</sup>.

In 2012 zijn door de NZa twee updatereleases voorzien. Op 27 maart 2012 is de eerste updaterelease vastgesteld (RZ12c) bestaande uit wijzigingen ten behoeve van uitvalreductie, wijzigingen in overige zorgproducten en tussentijdse aanpassingen van specifieke kosten- en honorariumtarieven. Dit pakket kende een ingangsdatum van 1 mei 2012<sup>3</sup>.

Per 1 september 2012 zal de NZa voor de tweede keer in 2012 een aantal wijzigingen en verduidelijkingen doorvoeren in het DOT-pakket 2012. Deze wijzigingen zijn door DBC-Onderhoud (verder DBC-O) uitgewerkt en verwerkt in de updaterelease RZ12d. In dit rapport beschrijft de NZa de wijzigingen in, en haar beoordeling van, deze release als basis voor de formele besluitvorming door de Raad van Bestuur op 24 juli 2012.

## 1.2 Oplevering updaterelease DOT (RZ12d)

Vanaf 2 juli heeft DBC-O de updaterelease die ingaat per 1 september (verder: RZ12d) bij de NZa opgeleverd inclusief verantwoordingsinformatie. Het gaat hierbij om de volgende onderdelen:

1. Gebruikersdocument deel 1, wijzigingenoverzicht
2. Zorgactiviteiten Tabel met toelichting
3. Zorgproducten Tabel met toelichting
4. Tarieven Tabel met toelichting
5. Registratiedrieluik met toelichting
6. Diagnose Combinatie Tabel met toelichting
7. Boombestanden (Grouper)
8. Referenties (Grouper)

Alle tabellen en documenten zijn te vinden op de website van DBC-O. Het gebruikersdocument genoemd onder 1 vormt de verantwoording van DBC-O van de updaterelease RZ12d en is als bijlage toegevoegd aan dit beoordelingsrapport.

In het gebruikersdocument deel 1 wordt een overzicht gegeven van alle wijzigingen in het pakket RZ12d.

<sup>1</sup> Zie circulaire 1 september 2011 (kenmerk CI/11/29c)

<sup>2</sup> Zie circulaire 15 november 2011 (kenmerk CI/11/43c)

<sup>3</sup> Zie circulaire 29 maart 2012 (kenmerk CI/12/69c)

Na afstemming met partijen in het Technisch Overleg DOT van 29 juni 2012 heeft de NZa op 24 juli 2012 de updaterelease DOT RZ12d en de bijbehorende regelgeving vastgesteld.

### **1.3 Leeswijzer**

In dit rapport wordt de beoordeling van de updaterelease RZ12d weergegeven als basis voor het besluit dat de Raad van Bestuur van de NZa op 24 juli 2012 heeft genomen. Aangezien het merendeel van de wijzigingen is aangedragen door de NZa, houdt de beoordeling van dit pakket voornamelijk in een controle op het verwerken van deze wijzigingen in de tabellen. In deze beoordeling ligt de focus op een drietal aspecten:

#### *Beoordeling wijzigingen in productstructuur (hoofdstuk 2)*

In hoofdstuk 2 worden de wijzigingen in de productstructuur beknopt toegelicht en beoordeeld.

#### *Beoordeling kostendelen tarieven DOT (hoofdstuk 3)*

In dit hoofdstuk worden de kostendelen van de tarieven beoordeeld die zullen worden aangepast per 1 september 2012.

#### *Aanpassing beleidsregel en regeling (hoofdstuk 4)*

In hoofdstuk 4 wordt kort stilgestaan bij een aantal ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot DOT en de aanpassingen die worden doorgevoerd in de beleidsregel en nadere regel.

De volgende bijlage is opgenomen bij het rapport:

- Bijlage 1. Gebruikersdocument uitlevering deel 1

## **2. Beoordeling wijzigingen productstructuur**

### **2.1 Inleiding**

Gezien het feit dat de beleidsrijke release voor het nieuwe kalenderjaar (RZ13a) vier maanden later (op 1 januari 2013) van kracht gaat dan het hier voorliggende pakket, is in overleg met partijen een beperkte scope voor de RZ12d afgesproken. Bovendien zijn in de eerdere updatereleases RZ12b en RZ12c reeds diverse wijzigingen in de productstructuur doorgevoerd. De wijzigingen in de productstructuur in pakket RZ12d hebben alleen betrekking op overige zorgproducten.

### **2.2 Wijzigingen overige zorgproducten**

De eerste en grootste wijziging betreft het toevoegen van nieuwe prestaties voor add-ons dure en weesgeneesmiddelen. Het gaat hierbij zowel om add-ons die voortvloeien uit toevoegingen aan de stofnamenlijst, als om add-ons voor geneesmiddelen en / of indicaties die zijn geregistreerd vanaf 1 januari 2012 en waarvoor een add-on aanvraag is ingediend en goedgekeurd. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er één stofnaam en indicatie in deze release wordt verwijderd, aangezien dit middel van de markt is gehaald door een gebrek aan werkzaamheid (zie paragraaf 4.2).

Een tweede wijziging betreft de overige zorgproducten voor long/astma zorg. Met de overgang van de (derdelijns) long/astma centra naar de DBC-financiering is het voor de long/astma centra niet meer mogelijk om een aantal verrichtingen los te declareren (middels een overig zorgproduct), hoewel dat voorheen via de tarieflijst instellingen wel mogelijk was. Om deze reden worden alsnog een aantal prestaties los declarabel gemaakt met ingang van 1 januari 2012.

Verder zijn er op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) twee ondersteunende producten (OP's) voor stollingsfactoren toegevoegd. Het betreft nieuwe toedieningseenheden bij bestaande stofnamen. Deze prestaties kennen een ingangsdatum van 1 januari 2012. Ook is er een omschrijving van een stofnaam aangepast, aangezien deze omschrijving niet geheel juist was (zie paragraaf 4.2).

De omschrijving van de prestaties voor informatieverstrekking (119051 'Telefonische informatieverstrekking aan bedrijfsarts en verzekeringsarts' en 119052 'Schriftelijke informatieverstrekking aan bedrijfsarts, verzekeringsarts of het centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR)' zijn verduidelijkt door aan te geven dat deze ook in rekening gebracht kunnen worden voor informatieverstrekking aan het centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) binnen het kader van sociaalrechtelijke wetgeving.

Voorts worden er drie prestaties voor dieetadvisering toegevoegd die onderdeel zijn van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening en wordt er een prestatie toegevoegd voor screening bij directe toegang tot extramurale dieetadvisering. Dit op nadrukkelijke verzoek van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Deze prestaties zijn declarabel per 1 januari 2012.

Tot slot wordt er één prestatie voor ergotherapie toegevoegd in verband met de directe toegang voor ergotherapie. Op basis van een tweezijdig verzoek wordt deze prestatie declarabel gemaakt per 1 januari 2012.



## **3. Beoordeling wijzigingen kostendelen tarieven DOT**

### **3.1 Wijzigingen tarieven overige zorgproducten**

De nieuw toegevoegde overige zorgproducten zijn voorzien van een tarief. Voor de add-ons dure en weesgeneesmiddelen is het tarief gebaseerd op de lijstprijs (apotheek inkoopprijs, AIP) van 1 april van jaar t-1. De kostenbedragen van dure en weesgeneesmiddelen zijn gebaseerd op de lijstprijs per milligram of per unit van de goedkoopste aanbieder en omgerekend vanuit de goedkoopste verpakkingseenheid. Ook voor de stollingsfactoren geldt dat de tarieven gebaseerd zijn op de lijstprijs van 1 april van jaar t-1.

De tarieven die los declarabel worden gemaakt voor de long-astma centra zijn overgenomen uit de tarieflijst instellingen. Het tarief voor de prestatie ergotherapie is conform het tarief in de eerste lijn. De prestaties voor dieetadvisering zijn voorzien van een vrij tarief.

### **3.2 Wijzigingen tarieven kindernefrologie**

In de updaterelease RZ12d worden de kostendelen van de tarieven van de DBC-zorgproducten voor kindernefrologie aangepast per 1 september 2012. Aangezien het laagfrequente zorg met een hoog-complex karakter betreft is het aantal trajecten en profielen in DIS, waarop de oorspronkelijke tariefberekening gebaseerd is, beperkt. Om representativiteit van de tarieven te vergroten worden de kostendelen van de tarieven van de DBC-zorgproducten kinderdialyse vastgesteld als experttarief op basis van een separaat kostprijsonderzoek van de sectie kindernefrologie van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK).

## 4. Wijzigingen in beleidsregel en regeling

### 4.1 Inleiding

Per 1 januari is de DOT-productstructuur in gebruik en zijn de bijbehorende beleidsregel 'Prestaties en tarieven medische specialistische zorg' en de regeling 'Medische specialistische zorg' in werking getreden. Sinds de invoering van DOT zijn er een aantal onvolkomenheden en/of onduidelijkheden aan het licht gekomen en hebben zich daarnaast een aantal wijzigingen voorgedaan als gevolg van het nieuwe DBC-pakket. Om deze reden zijn in zowel de beleidsregel als de regeling enkele aanpassingen doorgevoerd die ingaan per 1 september 2012.

### 4.2 Wijzigingen beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'

Hieronder volgt een korte toelichting van de wijzigingen die in de nieuwe beleidsregel 'Prestaties en tarieven medische specialistische zorg' (verder BR/CU-2076) zijn aangebracht ten opzichte van de oude beleidsregel 'Prestaties en tarieven medische specialistische zorg' (verder BR/CU-2068).

#### *Aanvullende bepaling nazorg transplantatie*

In de BR/CU-2068 zijn aanvullende voorwaarden opgenomen bij DBC-zorgproducten voor nazorg na transplantaties. Binnen DOT hebben deze bepalingen echter meer betrekking op het vastleggen van specifieke zorgactiviteiten nazorg die van belang zijn bij de afleiding naar een DBC-zorgproduct voor nazorg. Om deze reden zijn de bepalingen omtrent nazorg transplantatie aangepast in de BR/CU-2076, door aanvullende voorwaarden op te nemen bij het vastleggen van zorgactiviteiten voor nazorg (zie nieuw artikel 10.7 in BR/CU-2076) in plaats van bij de DBC-zorgproducten nazorg. Hiermee komen de artikelen 10.3.1 t/m 10.3.3 uit de BR/CU-2068 te vervallen.

#### *Dagverpleging*

Voor dagverpleging (artikel 10.7.8) is er de volgende definitie:

*Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist.*

Aangezien er in het veld onduidelijkheid is over de term 'in het algemeen voorzienbaar' én branchepartijen unaniem van mening zijn dat er ook in geval van 'een aantal uren durende acute cardiologische (EHH) observaties' het gebruik van de zorgactiviteit dagverpleging mogelijk zou moeten zijn, is de volgende voetnoot toegevoegd:

*Onder 'in het algemeen voorzienbaar' wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland). In uitzondering hierop mag ook een dagverpleging worden vastgelegd in geval van een aantal uren durende acute cardiologische (EHH) observatie. Voor nadere definiëring van het begrip 'observatie' verwijst de NZa naar een in oktober 2011 gepubliceerd boetebesluit op [www.nza.nl](http://www.nza.nl) (zaak 11J0155).*

### *Wijzigingen add-on geneesmiddelen*

Er zijn diverse stofnamen en/of indicaties toegevoegd aan de stofnamenlijst behorend bij de beleidsregel 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen' naar aanleiding van een uitvoeringsbrief van de minister.<sup>4</sup> Hierdoor komt er per 1 september voor al deze stofnamen en/of indicaties een add-on declaratietitel beschikbaar, met een ingangsdatum van 1 januari 2012.

Verder zijn vier stofnamen en/of indicaties positief beoordeeld op basis van de aanvraagprocedure add-on geneesmiddelen. Deze middelen worden toegevoegd aan de add-on lijst per 1 september 2012.<sup>5</sup> Het gaat om de volgende stofnamen en indicaties:

- ❖ Vemurafenib (Zelboraf): Behandeling van volwassen patiënten met een inoperabel of gemetasteerd melanoom dat positief is voor de BRAF V600-mutatie
- ❖ Bevacizumab (Avastin): Bevacizumab in combinatie met carboplatine en paclitaxel is geïndiceerd voor de eerstelijnsbehandeling van gevorderde (FIGO stadia IIIB, IIIC en IV) epitheliaal ovarium-, tuba- of primair peritoneaal carcinoom.
- ❖ Eculizumab (Soliris) voor de indicatie atypisch hemolytisch-uremisch syndroom (aHUS).
- ❖ Adalimumab (Humira) bij de behandeling van matig tot ernstig actieve colitis ulcerosa bij volwassen patiënten die een ontoereikende respons hebben gehad op conventionele therapie, waaronder corticosteroiden en 6-mercaptopurine (6-MP) of azathioprine (AZA), of die dergelijke behandelingen niet verdragen of bij wie hiertegen een contra-indicatie bestaat.

Er is één stofnaam en indicatie van de add-on lijst verwijderd, aangezien dit middel van de markt is gehaald door een gebrek aan werkzaamheid. Dit betreft de stofnaam drotrecogin alfa.

### *Wijzigingen beleid add-on geneesmiddelen*

Er zijn enkele verduidelijkingen in de bepalingen rondom de add-ons voor geneesmiddelen doorgevoerd. Zo is, om onnodige verspilling van dure geneesmiddelen tegen te gaan, in de BR/CU-2076 expliciet gemaakt dat de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s) het uitgangspunt is voor de in rekening te brengen gebruikte hoeveelheid, indien niet de volledige inhoud van een verpakking wordt aangewend voor toediening aan één of meerdere patiënten.

Verder is een verduidelijking aangebracht in de aanvraagprocedure voor nieuw add-ons geneesmiddelen. Bij een positief besluit tot vaststelling van een add-on zal de stofnaam en/of indicatie worden opgenomen in bijlage 5 bij de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' met ingang van de eerst mogelijke uitlevering (release) van prestaties en tarieven.

### *Stollingsfactoren*

Op verzoek van VWS worden er twee ondersteunende producten voor stollingsfactoren toegevoegd:

- ❖ Wilate 500, 500 EI F VIII/500 EI VWF, poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie.
- ❖ Wilate 1000, 1000 EI F VIII/1000 IE VWF poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie.

De prestaties krijgen een ingangsdatum van 1 januari 2012. Verder is de stofnaam 'immunonine' gewijzigd in 'immunine'.

<sup>4</sup> Zie circulaire 'Overgangsmaatregelen en dure geneesmiddelen en aanpassing stofnamenlijsten 29 mei 2012' (kenmerk CI/12/75c)

<sup>5</sup> Vanaf 2012 lopen de add-on aanvraagprocedure en de procedure voor opname op de stofnamenlijst parallel aan elkaar. Een toevoeging aan de add-on lijst leidt in dit geval niet automatisch tot compensatie in het schaduwbudget.

### 4.3 Wijzigingen nadere regel 'Medisch specialistische zorg'

Hieronder volgt een korte toelichting van de wijzigingen die zijn doorgevoerd in de regeling 'Medische specialistische zorg' (verder NR/CU-220) ten opzichte van de regeling 'Medische specialistische zorg' (NR/CU-217).

#### *Afschaffen automatisch openen vervolg DBC-zorgproduct*

De verplichting tot het standaard openen van vervolg subtrajecten, na (automatische) afsluiting van het voorliggende subtraject, wordt op verzoek van partijen afgeschaft. Uitgangspunt is dat de algemene sluitregels (en uitzonderingen daarop) voor alle subtrajecten gehandhaafd blijven, maar dat het niet verplicht is om lege subtrajecten te openen. Wanneer er na het sluiten van een subtraject toch zorgactiviteiten volgen, is het wel verplicht om aansluitend aan het voorgaande subtraject een vervolg subtraject te openen met een ingangsdatum, met terugwerkende kracht, tot één dag na sluiting van het voorliggend traject.

#### *Dialyse*

Indien de patiënt tijdelijk dialyseert in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt regulier in behandeling is, mogen beide instellingen een eigen zorgtraject registreren. Dit is een beleidswijziging ten opzichte van de regelgeving voor de invoering van DOT, omdat binnen DOT het aantal dialyses bepalend is voor het type DBC-zorgproduct.

#### *Verduidelijking declaratie overig zorgproduct*

Naar aanleiding van vragen uit het veld, zijn de declaratie bepalingen van het ondersteunend product (OP) en het overig product (OVP) verduidelijkt in de NR/CU-220. Aanvullend is opgenomen dat een OP en OVP alleen in rekening gebracht mogen worden als het OP of OVP niet binnen één week na uitvoering leidt tot opening van een zorgtraject. Deze tijdsperiode is op verzoek van partijen toegevoegd.

#### *Diagnose combinatie tabel*

Voor het specialisme Plastische chirurgie is de combinatie van diagnose 331 "Triggerfingerrelease" met diagnose 351 "CTS, decompressie carpale tunnel / klieven retinaculum, open of endoscopisch" in de diagnose-combinatietabel (bijlage 1) komen te vervallen.

#### *Informatieverplichting bij declaratie*

Bij declaratie van een add-on is het verplicht om het subtrajectnummer van het zorgproduct waarop het betrekking heeft mee te sturen. In de NR/CU-220 wordt een uitzondering op deze verplichting gemaakt voor patiënten die in het buitenland in behandeling zijn en de TNF-alfaremmers in Nederland wordt verstrekt.

## **Bijlagen**

### **Bijlage 1. Gebruikersdocument uitlevering deel 1**