

Rapport

Beoordeling release DOT 2013 (RZ13a)

Beoordeling prestaties en tarieven met
ingangdatum 1 januari 2013

September 2012

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Context	5
1.2 Oplevering release DOT-pakket 2013 (RZ13a)	5
1.3 Leeswijzer	6
2. Beoordeling productstructuur 2013	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Opheffen clustering DBC-zorgproducten	7
2.3 Wijzigingen productstructuur Cardiologie/Cardiopulmonale chirurgie	7
2.4 Wijzigingen productstructuur Neurochirurgie	8
2.5 Wijzigingen productstructuur Kindergeneeskunde	9
2.6 Wijzigingen productstructuur Revalidatiegeneeskunde	10
2.7 Wijzigingen productstructuur Epilepsie	11
2.8 Wijzigingen productstructuur Complex Chronisch Longfalen	12
2.9 Experimentele DBC	12
2.10 Wijzigingen overige zorgproducten	13
2.11 Conclusie	13
3. Beoordeling kostentarieven DOT	15
3.1 Uitgangspunten	15
3.2 Indexering kostentarieven	15
3.3 Kostentarieven Cardiopulmonale chirurgie en Neurochirurgie	15
3.3.1 Kwaliteit kostprijzen	16
3.3.2 Effectanalyse	17
3.3.3 Oordeel kwaliteit kostentarieven	17
3.4 Kostentarieven Kindergeneeskunde	17
3.4.1 Kostentarieven topreferente kindergeneeskunde	17
3.4.1.1 Kwaliteit kostprijzen	17
3.4.2 Kostentarieven kinderoncologie	18
3.4.2.1 Kwaliteit kostprijzen	18
3.4.3 Effectanalyse	19
3.4.4 Oordeel kwaliteit kostentarieven	19
3.5 Kostentarieven MICU-transport	19
3.5.1 Kwaliteit kostprijzen	19
3.5.2 Effectanalyse	19
3.5.3 Oordeel kwaliteit kostentarieven	20
3.6 Kostentarieven complex chronisch longfalen en Revalidatiegeneeskunde	20
3.7 Kostentarieven DOT 2013	20
3.7.1 Segmentering zorgproducten	20
3.7.2 Kwaliteit kostentarieven gereguleerde segment	21
3.7.2.1 Gehanteerde kostprijstabellen	21
3.7.2.2 Basisdata profielen	21
3.7.2.3 Toetsingskader	22
3.7.3 Effectanalyse	25
3.7.4 Oordeel kwaliteit kostentarieven gereguleerde segment	25
3.8 Conclusie en doorontwikkeling	26
4. Beoordeling honorariumtarieven DOT	27
4.1 Specifieke beleidskeuzes in de honorariummethodiek	27
4.1.1 Verificatie FTE aantallen	27
4.1.2 Intensive Care	28
4.1.3 Onverzekerde zorg	28
4.2 Uitkomsten impactanalyse	29

5. Beleidsontwikkeling DOT	31
5.1 Definiëring zorgactiviteiten	31
5.1.1 Nieuwe definities zorgactiviteiten	31
5.1.2 Aansluiten van categorale zorgactiviteiten bij definitie algemene zorgactiviteiten	32
5.2 Nieuwe indeling en opschoning overige zorgproducten	32
5.2.1 Opschonen overige zorgproducten	32
5.2.2 Nieuwe indeling overige zorgproducten	33
5.3 Overige wijzigingen beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'	34
5.4 Overige wijzigingen regeling 'Medisch specialistische zorg'	35
5.5 Conclusie	36
Bijlage 1: Concept verantwoordingsdocument DBC-Onderhoud deel 1	37
Bijlage 2: Verantwoordingsdocument CapGemini (Complex Chronisch Longfalen)	37
Bijlage 3: Toelichtingsdocument op de honorariumberekening DBC-zorgproducten 2013	37
Bijlage 4: Impactanalyses honorariumtarieven DOT 2013	37

1. Inleiding

1.1 Context

In 2011 is DOT als prestatie- en tarifieringsysteem vastgesteld voor de medisch specialistische zorg per 2012. Gezien de grote impact van deze wijzigingen heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (verder NZa) op een duidelijke en transparante wijze vastgelegd welke onderwerpen de komende jaren worden opgepakt om de productstructuur DOT en de tarieven verder te verbeteren. Op 1 november 2011 is daarom de doorontwikkelagenda DOT vastgesteld. Deze agenda bevat onderwerpen die vanuit het publieke oogpunt minimaal uitgevoerd dienen te worden op de korte en middellange termijn om de productstructuur en tarieven DOT te verbeteren.

In 2012 zijn door de NZa vervolgens twee updatereleases vastgesteld: een eerste updaterelease per 1 mei 2012 (RZ12c) en een updaterelease per 1 september 2012 (RZ12d). De updatereleases bestaan uit wijzigingen ten behoeve van uitvalreductie, wijzigingen in overige zorgproducten en tussentijdse aanpassingen van specifieke kosten- en honorariumtarieven.

Releases die ingaan per een nieuw kalenderjaar bevatten doorgaans meer fundamentele (beleidsrijke) wijzigingen in de productstructuur en tarieven. Omdat dit rapport de eerste grote release is na invoering van het DOT-systeem per 2012 bevat deze release een aantal grote aanpassingen in zowel productstructuur als tarieven. Dit rapport beschrijft de wijzigingen in het DOT-pakket 2013 (RZ13a) en geeft hier een beoordeling van, mede aan de hand van de doorontwikkelagenda DOT.

1.2 Oplevering release DOT-pakket 2013 (RZ13a)

Half augustus heeft DBC-Onderhoud (verder DBC-O) de release van het DOT-pakket 2013 bij de NZa opgeleverd inclusief verantwoording. Op 26 juni jl. heeft een bestuurlijk overleg plaats gevonden in het kader van het door de minister en partijen afgesproken Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015. Partijen hebben in dit overleg aangegeven te streven naar een afronding van de contractering medisch specialistische zorg 2013 voor 1 december 2012.

Tegen die achtergrond hebben partijen de NZa tijdens dit overleg verzocht om het concept tabellen en tarieven behorende bij de productstructuur DOT 2013 (RZ13a) zo vroeg als mogelijk uit te leveren. De NZa heeft aangegeven dat de definitieve uitlevering uiterlijk 1 oktober zal plaatsvinden, maar dat uitlevering van concept tabellen en tarieven eerder kan plaatsvinden, namelijk op het moment dat DBC-O deze aan de NZa aanbiedt ter beoordeling en vaststelling. Om die reden heeft de DBC-O op 16 augustus, parallel aan de uitlevering aan de NZa, ook alle concept tabellen en documenten gepubliceerd op haar website. Hierdoor kunnen partijen deze concepten gebruiken ter voorbereiding op het onderhandelingstraject.

DBC-O heeft bij het pakket RZ13a drie gebruikersdocumenten opgeleverd. De gebruikersdocumenten vormen gezamenlijk de verantwoording van DBC-O bij de release RZ13a.

In het gebruikersdocument deel 1 wordt een overzicht gegeven van alle wijzigingen in het pakket RZ13a. Het gebruikersdocument deel 2 beschrijft de wijzigingen in de tarieven. In het gebruikersdocument deel 3 beschrijft DBC-O de ICT-eisen die worden gesteld aan een succesvolle implementatie van dit DOT-pakket. Dit deel is vooral bestemd voor automatiseerders en ZIS-leveranciers en zal dus ook niet bepalend zijn voor de beoordeling. Deel 1 en 2 vormt de kern

van de verantwoording door DBC-O. Deel 1 is als bijlage aan dit rapport toegevoegd (zie bijlage 1).

De NZa heeft de release van het DOT-pakket 2013 en bijbehorende regelgeving in een technisch overleg DOT op 30 augustus en 17 september en in een adviescommissie op 5 september, afgestemd met partijen. Partijen hebben daarbij een positief oordeel uitgesproken over het voorliggende pakket en de doorontwikkeling. De honorariumtarieven zijn afgestemd met de klankbordgroep op 30 augustus.

1.3 Leeswijzer

In dit rapport wordt de voorlopige beoordeling van de release RZ13a weergegeven. In deze beoordeling ligt de focus op een viertal aspecten:

Beoordeling productstructuur 2013 (hoofdstuk 2)

Dit hoofdstuk beschrijft de wijzigingen in de productstructuur 2013.

Beoordeling kostendelen tarieven DOT (hoofdstuk 3)

In dit hoofdstuk worden de kostendelen van de tarieven toegelicht, inclusief de onderliggende beleidskeuzes.

Beoordeling honorariumdelen tarieven DOT (hoofdstuk 4)

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste beleidskeuzes toegelicht die zijn toegepast in de concepttarieven van de honoraria die op 16 augustus 2012 zijn uitgeleverd.

Beleidsontwikkeling DOT (hoofdstuk 5)

In hoofdstuk 5 wordt kort stilgestaan bij een aantal ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot DOT.

De volgende bijlagen zijn opgenomen bij het rapport:

Bijlage 1: Verantwoordingsdocument DBC-O deel 1

Bijlage 2: Verantwoordingsdocument CapGemini (Complex Chronisch Longfalen)

Bijlage 3: Toelichtingsdocument op de honorariumberekening DOT 2013

Bijlage 4: Rapport impactanalyses honorariumtarieven DOT 2013

2. Beoordeling productstructuur 2013

2.1 Inleiding

De productstructuur DOT is per 1 januari 2012 als prestatie- en tarifieringsstelsel voor de medisch specialistische zorg ingevoerd. Vervolgens zijn in een tweetal updatereleases gedurende 2012 enkele verbeteringen in de productstructuur, kostentarieven en honorariumtarieven doorgevoerd.¹

De nu voorliggende RZ13a bevat de wijzigingen in de productstructuur die per 2013 zullen worden doorgevoerd. In dit hoofdstuk zullen de wijzigingen in de productstructuur mede aan de hand van de doorontwikkelagenda DOT worden toegelicht.

2.2 Opheffen clustering DBC-zorgproducten

Naar aanleiding van signalen uit het veld over knelpunten in de lokale onderhandelingen als gevolg van de clustering van DBC-zorgproducten door middel van declaratiecodes, heeft er overleg plaatsgevonden tussen de NZa, DBC-O en veldpartijen over de (on)wenselijkheid van het clusteren van DBC-zorgproducten. Met het clusteren van DBC-zorgproducten werd impliciet het signaal afgegeven dat het medisch volledig identieke producten betrof. Dit sloot niet altijd aan bij de praktijk en bleek tot verwarring te leiden.

Om de productstructuur optimaal aan te laten sluiten bij de inkooprol van zorgverzekeraars, was het gewenst dat elk DBC-zorgproduct van een unieke declaratiecode werd voorzien. De NZa heeft daarom besloten deze clustering per 2013 op te heffen. Deze vorm van deregulering biedt verzekeraars en zorgaanbieders meer vrijheid in het onderhandelingsproces.

Veldpartijen kunnen daarmee per 2013 makkelijker een eigen clustering toepassen die recht doet aan de lokale situatie. Het ontclusteren van DBC-zorgproducten leidt niet direct tot een toename van het aantal DBC-zorgproducten, noch tot verandering van de reikwijdte van de prestaties.

2.3 Wijzigingen productstructuur Cardiologie/Cardiopulmonale chirurgie

De Nederlandse Federatie van Universitaire (verder NFU) en de Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) hebben kenbaar gemaakt dat de structuur en tarieven binnen DOT (2012) voor o.a. de WBMV-zorg bij hartinterventies verder doorontwikkeld en heroverwogen zou moeten worden. De wijzigingen die naar aanleiding daarvan nu zijn doorgevoerd hebben vooral betrekking op structurele knelpunten rondom de medische herkenbaarheid.

De betreffende zorgproductgroep 979001 is opnieuw ingedeeld. Er worden nu drie zorggebieden onderscheiden:

- Cardiopulmonale chirurgie (van 78 naar 39 zorgproducten);
- Interventiecardiologie (van 30 naar 27 zorgproducten);
- Begeleiding van transplantaties door beschouwende specialisten (van 12 naar 30 zorgproducten).

Binnen alle drie de gebieden is een aantal thema's te onderscheiden waaraan de ontwikkelde zorgproducten zijn te relateren. Ten algemene zijn de zorgbeschrijvingen eenduidiger en vollediger gemaakt.

¹ Zie ook circulaire CI/12/69c, 'Vaststelling updaterelease DOT', 29 maart 2012 en circulaire CI/12/81c, 'Vaststelling updaterelease RZ12d', 26 juli 2012

De NZa kan zich goed vinden in de doorgevoerde aanpassingen. Onderwerpen als steunharten en begeleiding van transplantatie door onder andere het specialisme longgeneeskunde krijgen zo vanaf 2013 een betere plek in de productstructuur. Daarnaast is ervoor gezorgd dat zorgactiviteiten en producten die eerder niet als medisch herkenbaar werden gezien, dit nu wel zijn. De zorgproductgroep is waar nodig en mogelijk overzichtelijker geworden, bijvoorbeeld op het gebied van cardiopulmonale chirurgie. Wel constateert de NZa dat er op sommige plaatsen meer producten bij zijn gekomen; deze aanpassingen zijn echter wel in lijn met de begeleiding van orgaantransplantaties in andere zorgproductgroepen. Ook daar wordt onderscheid gemaakt in producten voor begeleiding bij screening, transplantatie en nazorg.

Bij het beoordelen van deze zorgproductgroep heeft de NZa zich verdiept in de huidige constructie van aanspraakbepaling. Zoals bekend worden de zorgactiviteiten binnen DOT door het College voor zorgverzekeringen (verder CVZ) van een kleuring voorzien zodat na afleiding van een DBC-zorgproduct in de DOT-boomstructuur zichtbaar wordt of er sprake is van verzekerde, dan wel onverzekerde zorg. En alhoewel de NZa inhoudelijk geen uitspraken doet over aanspraak van bepaalde producten dient de NZa wel de productstructuur, waarin deze kleuring is aangebracht, vast te stellen. Om die reden is dit punt onderdeel van de beoordeling geweest.

Door knooppunten in de productstructuur waarin de zogenaamde 'aanspraakbeperkingsensor' aan staat kunnen zorgproducten als onverzekerd worden bestempeld (en dus leiden tot een groen of rood zorgproduct). Staat deze sensor echter niet aan, dan zullen gekleurde zorgactiviteiten nooit afleiden naar een onverzekerd zorgproduct. Deze knooppunten met zo'n sensor worden 'paarse knopen' genoemd. De NZa heeft haar twijfels bij deze extra schakel (de sensor) in het aanspraakmechanisme. Immers, kleuring op zorgactiviteitsniveau zou voldoende aanleiding moeten zijn om een product anders te kleuren. De toegevoegde waarde van de sensor is voor de NZa niet duidelijk gemaakt. Gezien de inbedding in de productstructuur en het gegeven dat deze manier van aanspraakbepaling al specifiek is dan in de oude DBC-systematiek, is de NZa van mening dat dit aanspraakmechanisme in 2013 in stand kan blijven. De NZa zal het onderwerp aanspraakbepaling binnen de DOT-productstructuur opnieuw op de doorontwikkelagenda DOT plaatsen en dit ook bij CVZ onder de aandacht brengen.

2.4 Wijzigingen productstructuur Neurochirurgie

De NFU en Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (verder NVvN) hebben gezamenlijk een rapportage uitgebracht over de productstructuur voor neurochirurgie. Hierover heeft in december 2011 overleg plaatsgevonden tussen partijen, DBC-O en de NZa.

Hierin is besproken om de producttypering van met name de tertiaire neurochirurgie te optimaliseren en een scheiding aan te brengen tussen WBMV/ niet-WBMV. Dit is door een werkgroep van DBC-O opgepakt en verwerkt in de RZ13a. In deze aangepaste structuur is de zorg eenduidiger en vollediger beschreven. Hiertoe is de zorgproductgroep 972802 heringedeeld waardoor alleen nog WBMV zorg in deze groep valt. Hierbinnen zijn drie hoofdgroepen te onderscheiden: epilepsie (1 apart DBC-zorgproduct), neuromodulatie (8 DBC-zorgproducten) en hersen-/ wervelkolomchirurgie (36 DBC-zorgproducten).

In een aantal niet-WBMV-bomen zijn nieuwe zorgactiviteiten toegevoegd voor operatieve verrichtingen, bijzondere kunst- en hulpmiddelen en neuromonitoring. Daarnaast is er een aantal zorgactiviteiten vervallen of gewijzigd.

De NZa kan zich goed vinden in de doorgevoerde aanpassingen. Vooral het onderscheid dat is aangebracht tussen de zorg die wel of niet onder WBMV-vergunning valt vindt de NZa een goede ontwikkeling. Daarnaast begrijpt de NZa dat doorontwikkeling naar producten, die beter recht doen aan de zwaartegroepen en daarmee ook leiden tot een betere allocatie van zowel ziekenhuiskosten als de inzet van de medisch specialist, wenselijk was. Deze beschrijvingen zijn tot stand gekomen in samenspraak tussen Beroeps Belangen Commissie van de Wetenschappelijke Vereniging (BBC), vier UMC's en de NVvN. Men heeft hierbij operatieve ingrepen ingedeeld op basis van OK-duur. Naast deze wijzigingen is bij de zorgbeschrijving het onderscheid tussen wel of geen neuromonitoring toegevoegd aangezien dit binnen het vakgebied een belangrijke zorgactiviteit is.

2.5 Wijzigingen productstructuur Kindergeneeskunde

Met betrekking tot kindergeneeskunde heeft de NZa in haar beoordeling van de productstructuur in april 2011 geconcludeerd dat deze boomstructuur voor de topreferente zorg nog onvoldoende was uitontwikkeld. De productstructuur voor kindergeneeskunde is daarom op de doorontwikkelagenda DOT van de NZa geplaatst. Hierin heeft de NZa aangegeven dat het doel is om indien mogelijk de aparte structuur voor kindergeneeskunde te integreren in de reguliere ICD-10 bomen binnen de productstructuur, zodat identieke zorg voor volwassenen en kinderen geen verschillende zorgproducten kent.

Voor alle subspecialismen kindergeneeskunde is de definiëring van topreferente producten uitgevoerd. Om zowel de topreferente als algemene zorgproducten ook te voorzien van adequatetarieven is gekeken naar een goede casemix en passende profielen per zorgproduct. In samenwerking met alle subspecialismen binnen de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) is er in de productstructuur een onderscheid gemaakt tussen topreferente en algemene kindergeneeskunde.

Kindergeneeskunde was in zijn totaliteit ondergebracht in zorgproductgroep 990016. Deze zorgproductgroep wordt met ingang van 2013 opgesplitst in vijftien zorgproductgroepen per subspecialisme voor kindergeneeskunde, waaronder een nieuwe zorgproductgroep voor kinderoncologie. Ten bate van de nieuwe structuur zijn verschillende nieuwe zorgactiviteiten toegevoegd of zorgactiviteiten anders omschreven.

Omdat de NZa vraagtekens had bij de mate waarin de nieuwe productstructuur voor kindergeneeskunde bijdraagt aan de gewenste integratie met de reguliere ICD-10 bomen, heeft zij dit voorgelegd in een Technisch Overleg DOT. Tijdens dit overleg is door alle belanghebbende partijen benadrukt dat de nieuwe productstructuur een toekomstige integratie niet in de weg staat en juist een stap is op weg richting integratie. Echter, wanneer de kindergeneeskunde nu al zou worden overgeheveld naar ICD-10, dan zou daar een groot aantal extra zorgproducten ontstaan en dit wordt niet wenselijk geacht. De NVK heeft ook zelf nog schriftelijk gereageerd richting de NZa. In deze reactie wordt gepleit voor goedkeuring van deze structuur omdat het toekomstige integratie niet in de weg staat.

Wat betreft de kinderoncologie: Op verzoek van de NZa heeft DBC-O de huidige producten en tarieven voor kinderoncologie doorontwikkeld. Een belangrijke aanleiding hiervoor was een verzoek van het Nederlands Kinder Oncologisch Centrum (NKOC) om een door hen ontwikkelde productstructuur vast te stellen. Aangezien de registratie van zorgactiviteiten en DBC's voor kinderoncologie in de afgelopen jaren onvolledig is geweest, biedt DIS onvoldoende basis voor nieuwe producten en tarieven. Om deze reden is gebruik gemaakt van alternatieve databronnen waaronder de SKION database. In deze database worden al tientallen jaren, op patiëntniveau, alle diagnoses, zwaartetyperingen en uitgevoerde behandelingen vastgelegd. Met deze database kon een casemix

worden gemaakt met voor de topreferente zorg een nauwkeurige onderverdeling van de aantallen per product. Voor de kinderoncologie is zo een productstructuur ontwikkeld met daarin onderscheid tussen topreferente kinderoncologie en producten voor shared care. Het betreft 13 topreferente en 7 shared care producten.

De NZa constateert dat met deze nieuwe productstructuur de medische herkenbaarheid van kindergeneeskunde is toegenomen. Dit was een belangrijk doel in haar doorontwikkelagenda DOT. De NZa kan zich, mede op basis van de reacties uit het Technisch Overleg DOT, vinden in de nieuwe productstructuur voor kindergeneeskunde. De NZa vindt het positief dat in nieuwe productstructuur de topreferente kindergeneeskunde herkenbaar is opgenomen. Zij plaatst wel een kanttekening bij de zorgproductgroep 990316 'Kindergeneeskunde algemeen en neonatologie'. Er bestaat namelijk al een zorgproductgroep 990017 'Neonatologie' en zal daarom hier een nadere doorontwikkeling eisen. En ook al lijkt het neonatologie deel in deze nieuwe zorgproductgroep beperkt, de NZa had het wenselijker gevonden als het deel neonatologie geïntegreerd was in de bestaande zorgproductgroep of als beide zorgproductgroepen geïntegreerd waren. De NZa keurt voor 2013 deze wijziging goed en zal de integratie van de productstructuren voor neonatologie op de doorontwikkelagenda DOT plaatsen.

Tevens zet de NZa vraagtekens bij de introductie van specifieke afsluitregels voor kindergeneeskunde per 2013. Zo wordt er een afsluitregel gecreëerd voor niet-klinische chronische verstrekking van geneesmiddelen per infuus of per injectie (op niet oncologische indicatie), waarbij wanneer de vierde verstrekking eerder plaatsvindt dan het algemene afsluitmoment het subtraject wordt afgesloten één dag voor de dag dat de volgende verstrekking per infuus of injectie plaatsvindt. Kortom, na vier verstrekkingen van geneesmiddelen kan het subtraject vervroegd afgesloten worden. In de doorontwikkelagenda DOT heeft de NZa aangegeven het aantal uitzonderingen op de afsluitregels tot een minimum te willen beperken. Bovendien kan een dergelijke afsluitregel de doelmatigheidsprikkels die uitgaat van trajectbekostiging ondermijnen. Immers, een hoge frequentie van verstrekking van geneesmiddelen levert de mogelijkheid op om meer DBC-zorgproducten te declareren. Vanwege de verwevenheid met de nieuw ontwikkelde productstructuur en berekende tarieven zal de NZa deze specifieke afsluitregels voor 2013 honoreren. Tevens zal de NZa dit onderwerp opnieuw op de doorontwikkelagenda DOT plaatsen.

Naast deze specifieke aandachtspunten zal de NZa de kindergeneeskunde als geheel ook op de doorontwikkelagenda laten staan zodat aan de hand van deze nieuwe structuur onderzocht kan worden welke onderdelen op termijn alsnog geïntegreerd kunnen worden in de reguliere ICD-10 bomen.

2.6 Wijzigingen productstructuur Revalidatiegeneeskunde

In 2009 is voor revalidatiegeneeskunde de DBC-systematiek ingevoerd. Na een jaar vastleggen en registeren van DBC's heeft Revalidatie Nederland (RN) verbeterpunten geformuleerd waarvan een aantal is doorgevoerd in het DOT-pakket dat is ingegaan per 2012. Deze verbetering in de revalidatiestructuur werd ook wel 'spoor 1' genoemd. De sector hechtte echter veel waarde aan een fundamentele doorontwikkeling van de revalidatie DBC's naar een meer prestatiegeoriënteerde productstructuur (het zogenoemde spoor 2). Spoor 2 moest leiden tot een voor revalidatie medisch herkenbare, consistente en transparante productstructuur die geschikt is voor invoering van prestatiebekostiging.

Eind 2011 zijn er gesprekken gevoerd over de invulling van spoor 2. Er is toen geconcludeerd dat over het merendeel van de onderdelen van de productstructuur 2013 consensus bestond tussen betrokken partijen. Zo was er

overeenstemming over de invoering van de Zorgvraagindex (ZVI) en de clustering van alle diagnoses in 7 diagnosegroepen. Verder is geconcludeerd dat een afleiding op basis gewogen behandeluren, waarbij de weging afhankelijk is van de behandeldiscipline, het maximaal haalbare was om te voldoen aan de voorwaarde van kenmerkende zorgactiviteiten.

De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) is in samenwerking met partijen bezig geweest met de uitwerking van spoor 2. Dit heeft geleid tot een nieuwe set van zorgproducten in productgroep 990027 waarbij vanaf 2013 onderscheid wordt gemaakt naar zeven hoofddiagnosegroepen. Per diagnosegroep wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende ambulante en klinische producten op basis van het aantal gewogen behandeluren. De weging van het behandeluur is afhankelijk van het type zorgverlener. Per 2013 wordt de zorgvraag van de patiënt vastgelegd met de zorgvraagindex. De basis hiervoor is de International Classification of Functioning, disability and health (ICF). Het betreft de volgende 3 factoren: persoonlijke factoren (zoals leeftijd, andere aandoeningen, etc), externe factoren (ondersteuning, relaties, etc) en participatieambitie. Verder is er nog een aantal bijzonderheden met betrekking tot de reguliere DOT-structuur. Bij het aanpassen van de productstructuur zijn de geïdentificeerde kostencategorieën als uitgangspunt genomen.

De NZa concludeert dat de voorliggende productstructuur in lijn is met de eind 2011 gemaakte afspraken zodat er een voor prestatiebekostiging geschikte structuur ligt. De productstructuur 2013 (spoor 2) voldoet echter nog niet het einddoel zoals beschreven in de doorontwikkelagenda DOT. Dit betekent dat de komende jaren verdere doorontwikkeling nodig is om afleiding van zorgproducten op basis van zorgpaden én kenmerkende zorgactiviteiten (meer dan alleen gewogen behandeluren) te realiseren.

Daarnaast zal in deze doorontwikkeling van de productstructuur voor de Medisch Specialistische Revalidatie integratie met de nieuwe productstructuur van Geriatrische Revalidatie nader worden onderzocht.

2.7 Wijzigingen productstructuur Epilepsie

Tijdens de ontwikkeling van de nieuwe DOT-productstructuur was het doel om een voor alle instellingen toepasbare productgroep (ééntaksboom) te ontwikkelen. Echter hebben de gespecialiseerde epilepsiecentra eind 2010 via brieven aangegeven dat er zowel zorginhoudelijk als financieel geen sprake was van homogene patiëntgroepen en dat de zorgproducten tussen epilepsiecentra en overige ziekenhuizen niet vergelijkbaar zijn. Daarom is er in overleg met partijen voor gekozen om, alleen voor 2012, een viertaksboom te hanteren waarin onderscheid wordt gemaakt werd tussen volwassenen en kinderen en de verschillende instellingen waar deze zorg geleverd wordt (ziekenhuis of gespecialiseerde instelling).

In de doorontwikkelagenda DOT is daarom de doelstelling opgenomen dat er een medische herkenbare, transparante en consistente productstructuur voor epilepsiezorg moet komen, waarin ook de gespecialiseerde epilepsiezorg tot zijn recht komt. Hierbij zou dan overgegaan moeten worden op een ééntaksboom om te voorkomen dat producten gedefinieerd zijn op basis van het type instelling.

2012 is gebruikt om in overleg met partijen alsnog de voorgenomen ééntaksboom te ontwikkelen. Per 2013 is de set zorgproducten in zorgproductgroep 069899 volledig vernieuwd. Er wordt geen onderscheid meer gemaakt naar soort instelling. Er is een aantal nieuwe zorgactiviteiten ontwikkelend die recht doen aan derdelijns epilepsiezorg en er is een aantal specifieke categorale zorgactiviteiten geïntegreerd in de algemene zorgactiviteitentabel. In het kader van de doorontwikkeling van producten voor kindergeneeskunde zijn de kinder- epilepsiediagnosen zoals behandeld door

kinderartsen toegevoegd aan de epilepsieboom. Binnen de boom wordt dus nog wel onderscheid gemaakt tussen kinderen en volwassenen (tweetaksboom).

Omdat de kinderneurologie echter niet is opgenomen in de kindergeneeskunde structuur vind de NZa deze tweetaksboom voor 2013 acceptabel. Wel wil de NZa de keus om deze kindergeneeskunde producten in deze boom te positioneren in 2013 mogelijk heroverwegen. Tot slot zijn er voor de activiteiten van de neuroloog in het kader van epilepsiechirurgie een aantal specifieke zorgproducten aangemaakt.

2.8 Wijzigingen productstructuur Complex Chronisch Longfalen

Per 2011 zijn er DBC-zorgproducten ingevoerd voor complex chronisch longfalen. Daarvoor zijn in overleg met de Vereniging Astmacentra Nederland (verder VAN) geprotocolleerde behandelprogramma's ontwikkeld. Bij deze ontwikkelingen is de stuurgroep betrokken geweest, samengesteld uit de VAN, DBC-O, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder VWS) en de NZa (zie ook bijlage 2: Verantwoordingsdocument Complex Chronisch Longfalen).

Kenmerkend voor de productstructuur die per 2012 is ingevoerd is de modulaire systematiek. Binnen de VAN-instellingen wordt een modulaire structuur gehanteerd die aansluit bij de medische besluitvorming. Na een diagnostisch assessment worden behandeldoelen geformuleerd aan de hand waarvan door de arts tot de inzet van modules wordt besloten. De DBC-structuur voor complex chronisch longfalen is langs die weg in een dertigtal producten beschreven. Bij de vaststelling in 2011 van de producten per 2012 is direct aangegeven dat doorontwikkeling van deze producten wenselijk was.

In 2012 heeft doorontwikkeling plaatsgevonden waardoor de nieuwe zorgproductgroep 990022 is ontstaan. Het bestaande basisproduct is opgedeeld in een 'lichte' en een 'zware' variant. Voor sommige producten is een onderscheid aangebracht indien de diagnose 'astma' tot meer behandelinzet leidde. Daarnaast zijn er indien kostenverschillen binnen een product daar aanleiding toe gaven, specifieke kindproducten toegevoegd. Ook zijn er een 'diagnostisch kind' product en een 'medicatie afbouw' product aan de zorgproductgroep toegevoegd.

De NZa kan zich vinden in de aanpassingen die in 2013 worden doorgevoerd in de productstructuur voor CCL omdat hierover consensus bestaat tussen partijen. Wel is de NZa voornemens deze producten, vanwege het bijzondere karakter, ook in 2013 nog expliciet van toepassing te laten zijn voor de derdelijns long/astma centra.

2.9 Experimentele DBC

In de release RZ13a is een zogenaamde 'experimentele DBC' geïntroduceerd voor intra-arteriële trombolysie. De naam experimentele DBC wordt door DBC-O op dit moment gebruikt voor drie typen DBC-zorgproducten. Groene DBC-zorgproducten (verzekerde zorg), die zorg beschrijven die valt onder de voorwaardelijke toelating. Rode DBC-zorgproducten (onverzekerde zorg), die zorg beschrijven die middels de procedure voorwaardelijke toelating veelbelovend zijn bevonden (positief geadviseerd aan de minister van VWS), maar niet toegelaten zijn. Rode DBC-zorgproducten (onverzekerde zorg), die zijn aangemeld via de reguliere aanvraagprocedure en die DBC-O bestempelt als veelbelovend. De NZa en CVZ constateren dat er verwarring in het veld bestaat over deze term, zeker omdat deze term voor meer doeleinden gebruikt wordt dan alleen voorwaardelijke toelating. De NZa en het CVZ hebben DBC-O verzocht dit op een andere manier vorm te geven. De NZa komt hier bij de beoordeling van een volgende release op terug.

2.10 Wijzigingen overige zorgproducten

1.) *Toevoegen van losse declarabele prestaties i.o.m tarieflijst instellingen*

Omdat er een discrepantie bestond tussen de beleidsregel 'tarieflijst instellingen' (bestemd voor huisartsenlaboratoria en trombosecentra) en de lijst overige zorgproducten binnen DOT zijn de ontbrekende zorgproducten aan deze laatste lijst toegevoegd.

2.) *Nieuwe prestaties voor add-ons geneesmiddelen; overheveling*

De minister van VWS heeft aangegeven dat een aantal oncolytica en groeihormonen diende te worden overgeheveld naar de ziekenhuisbekostiging per 2013. Deze middelen zijn per 2013 voorzien van een add-on declaratietitel.

3.) *Nieuwe prestaties voor eicellen*

Vorig jaar is besloten dat het invriezen van eicellen onder het verzekerde pakket valt indien er sprake is van een medische indicatie (bijv. chemotherapie), echter wordt er binnen de systematiek van overige zorgproducten niet gewerkt met een kleuringsysteem. Om transparantieredenen zijn daarom de bestaande prestaties opgesplitst in een prestatie met én een prestatie zonder medische indicatie.

4.) *Nieuwe prestaties voor poliklinische bevalling excl. partusassistentie*

Er zijn knelpunten gesignaleerd in de bekostiging van partusassistentie geleverd door een kraamzorginstelling tijdens een poliklinische bevalling indien de partusassistentie wordt geleverd door een kraamzorgaanbieder. De kosten voor de partusassistentie konden niet worden verrekend met het ziekenhuis of de zorgverzekeraar. Om deze reden zijn ondersteunende producten toegevoegd voor poliklinische bevalling exclusief partusassistentie.

2.11 Conclusie

Zoals in deze beoordeling beschreven loopt de uitvoering van de doorontwikkelagenda DOT ten algemene voorspoedig. Dit neemt niet weg dat er mogelijk nieuwe doorontwikkelpunten tijdens deze beoordeling naar voren zijn gekomen en reeds opgenomen punten naar aanleiding van nadere analyse en nieuwe inzichten aanpassing behoeven. In dat licht zal de NZa medio november 2012 een update van de doorontwikkelagenda DOT presenteren. Vanzelfsprekend worden partijen en DBC-O hierbij betrokken. Het doel van deze doorontwikkelagenda is om op een eenduidige en transparante wijze voor alle betrokken partijen vast te leggen welke (beleidsmatige) onderwerpen de komende jaren worden opgepakt om de productstructuur en tarieven verder te verbeteren. Met de wijzigingen in de RZ13a wordt al een belangrijke stap gezet richting de doorontwikkeling van de prestaties en tarieven van de medisch specialistische zorg.

3. Beoordeling kostentarieven DOT

3.1 Uitgangspunten

Het uitgangspunt voor de kostentarieven van zorgproducten in het gereguleerde segment per 2013 zijn de geïndexeerde kostentarieven uit 2012, tenzij er fundamentele aanpassingen in de productstructuur worden doorgevoerd per 2013 en/of pertinente onjuistheden in de tarieven 2012 naar boven zijn gekomen.

De tariefwijzigingen in het kostendeel hebben dan ook vooral betrekking op de DBC-zorgproducten kindergeneeskunde, interventiecardiologie/cardiopulmonale chirurgie, neurochirurgie en revalidatie omdat hier grote aanpassingen in de productstructuur hebben plaatsgevonden. Deze kostentarieven van zorgproducten zullen zoals gebruikelijk worden berekend op basis van het huidige kostprijsmodel². Indien noodzakelijk, is aanvullend kostprijsonderzoek uitgezet door DBC-O.

De tijdelijke maatregelen die in 2012 zijn genomen voor kindergeneeskunde interventiecardiologie/cardiopulmonale chirurgie en neurochirurgie zullen per 2013 komen te vervallen, aangezien de productstructuur en tarieven via de reguliere route verbeterd zullen zijn. Daarnaast zijn de kosten voor bloed- en bloedproducten specifiekere worden toe te rekenen aan DBC-zorgproducten, wat heeft geleid tot een verbetering van de tarieven.

3.2 Indexering kostentarieven

De kostentarieven van de DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. Dit percentage geldt voor zowel DBC-zorgproducten, O(V)P's als overige verrichtingen en trajecten. De trendmatige aanpassing voor jaar t wordt gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de nacalculatie op de indices van jaar t-1. De index wordt berekend als het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices uit de beleidsregel 'calculatieschema' waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten. Op grond van bovenstaande methodiek resulteert voor het jaar 2013 een index voor de kostentarieven van 1,93%.

3.3 Kostentarieven Cardiopulmonale chirurgie en Neurochirurgie

Het uitgangspunt voor de berekening van de kostentarieven per 2013 is indexatie van de kostentarieven 2012. Echter, omdat de productstructuur van cardiopulmonale chirurgie en neurochirurgie in de RZ13a fundamenteel wordt aangepast, is indexatie niet mogelijk en is herberekening van de kostentarieven noodzakelijk.

De profielen en casemix uit de DIS-dataset 2010 zijn beperkt bruikbaar voor deze herberekening, omdat in de RZ13a nieuwe typerende zorgactiviteiten en nieuwe DBC-zorgproducten worden geïntroduceerd voor genoemde disciplines. Om deze reden is aan experts gevraagd aangepaste profielen per DBC-zorgproduct (expertprofielen) en de verwachte verhouding in aantallen tussen DBC-zorgproducten (expert casemixverhouding) aan te leveren. Het totale DBC volume wordt hierbij niet gewijzigd ten opzichte van de DIS-dataset.

² zoals geformuleerd in de Beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

3.3.1 Kwaliteit kostprijzen

Voor het berekenen van de kostentarieven 2013 is een nieuwe referentiegroep samengesteld, die kostprijzen heeft aangeleverd op basis van boekjaar 2010. Deze referentiegroep bestaat uit een meer representatieve vertegenwoordiging van de centra die bijzondere neurochirurgie en cardiopulmonale zorg leveren (8 topklinische ziekenhuizen en 4 UMC's).

De samenstelling van de referentiegroep is zo gekozen dat daarmee per categorie instelling en per zorgproductgroep meer dan 50% van de totale landelijke productiewaarde in de referentiegroep is vertegenwoordigd. Op basis van deze samenstelling van de referentiegroep kunnen statistisch verantwoorde conclusies worden getrokken over de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de nieuwe kostprijzen.

Sterke verbetering nauwkeurigheid

De landelijke kostprijsberekening 2010 heeft voor cardiopulmonale chirurgie en neurochirurgie geresulteerd in een nauwkeurigheidspercentage van respectievelijk 15,7% en 20,5% bij een betrouwbaarheid van 95%.³ Met betrekking tot het boekjaar 2009 lagen de nauwkeurigheidspercentages nog op respectievelijk 32,8% en 32,2%. De nauwkeurigheid van kostprijzen op zorgactiviteitsniveau is sterk verbeterd.

Ook is de spreiding van de landelijk gemiddelde profielen of expertprofielen per zorgproduct afgenomen. De nauwkeurigheidspercentages op zorgproductniveau komen voor cardiopulmonale chirurgie en neurochirurgie op respectievelijk 19,6% en 18,6%. Met betrekking tot het boekjaar 2009 lagen de nauwkeurigheidspercentages nog op respectievelijk 31,5% en 25,1%. De NZa oordeelt positief over de verbeterde nauwkeurigheid van kostprijzen en de afgenomen variabiliteit in de zorgproductprofielen.

Uitkomsten audit

Uitgangspunt in de beoordeling van deze kostprijzen zijn de calculatieprincipes van de NZa. Naast een beoordeling en toets door DBC-O zijn deze kostprijzen geauditeerd door KPMG, waarbij dit onderzoek zich met name gericht heeft op de toetsing en naleving van de calculatieprincipes en werkafspraken (zoals de aansluiting bij de jaarrekening). KPMG heeft, behalve bij twee topklinische ziekenhuizen, geen materiële afwijkingen geconstateerd. De auditor heeft de kostprijsaanleveringen van twee topklinische ziekenhuizen afgekeurd, maar volgt wel DBC-O in het oordeel deze aanleveringen mee te nemen in de landelijke kostprijsberekening vanwege onder andere de beperkte foutmarge.

Een expertgroep heeft daarnaast ook een inschatting gemaakt van de kostprijzen van nieuwe zorgactiviteiten in 2013 (expertkostprijzen). Deze expertkostprijzen zijn met name voor cardiopulmonale chirurgie van belang, omdat conversie van oude naar nieuwe zorgactiviteiten bij deze productgroep nauwelijks mogelijk is. De nieuwe zorgactiviteiten bij neurochirurgie vervangen wel grotendeels bestaande (vergelijkbare) zorgactiviteiten. Aan deze nieuwe zorgactiviteiten worden dan ook de kostprijzen van de oude zorgactiviteiten gekoppeld.

³ Een nauwkeurigheidspercentage van 15,7% bij een betrouwbaarheid van 95% betekent dat de werkelijke kostprijs van de zorgactiviteiten met een kans van 95% in een interval van 15,7% rondom het streekproef gemiddelde uit de werkgroep kostprijzen ligt. Anders gezegd, stel dat het steekproefgemiddelde gelijk is aan 100, dan betekent een nauwkeurigheid van 15,7% bij een betrouwbaarheid van 95%, dat de werkelijke kostprijs met een kans van 95% in het interval (84,3 115,7) ligt. De totale kans dat de gemiddelde kostprijs buiten dit interval ligt is derhalve 5%.

3.3.2 Effectanalyse

De gemiddelde zorgproductprijs voor de zorgproductgroep 979001 binnen de productstructuur voor cardiopulmonale chirurgie stijgt per 2013 met 11% ten opzichte van de huidige gemiddelde zorgproductprijs in 2012. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door het verbeterd registreren van bijzondere kunst- en hulpmiddelen (stents en pacemakers) in de nieuwe DIS-dataset 2010. Het kostprijseffect speelt daarnaast ook een belangrijke rol in de stijging van de gemiddelde zorgproductprijs vanwege de meer representatieve samenstelling van de referentiegroep kostprijzen. Vanwege nagenoeg gelijkblijvende productie- of trajectaantallen, stijgt de verwachte omzet in dezelfde orde van grootte.

De gemiddelde zorgproductprijs voor de zorgproductgroep 972802 binnen de productstructuur voor neurochirurgie stijgt per 2013 met 7% ten opzichte van de huidige gemiddelde zorgproductprijs in 2012. Belangrijkste oorzaken zijn de verfijningen in de productstructuur. Trajecten die geen WBMV-verrichting bevatten zijn naar een andere zorgproductgroep geleid. Dit heeft een daling van het aantal trajecten tot gevolg gehad. Om die reden valt de geprognostiseerde omzet voor deze zorgproductgroep lager uit, maar tegelijkertijd leidt dit tot een hogere verwachte omzet voor andere zorgproductgroepen waar (een deel van) de trajecten zonder de WBMV-verrichtingen naar toe zijn geleid.

3.3.3 Oordeel kwaliteit kostentarieven

Binnen deze context kan er naar de mening van de NZa positief geoordeeld worden over de kwaliteit van de gereguleerde tarieven voor cardiopulmonale chirurgie en neurochirurgie:

- De kostprijzen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op het jaar 2010, hetgeen binnen de mogelijkheden van het huidige model van aanleveren en vaststellen van kostprijzen voldoende actueel is;
- De omvang van de referentiegroep is wordt als voldoende beoordeeld aangezien meer dan 50% van de totale landelijke productiewaarde door de referentiegroep wordt vertegenwoordigd;
- De nauwkeurigheid van de kostprijzen over het boekjaar 2010 sterk is verbeterd ten opzichte van de nauwkeurigheid van kostprijzen over het boekjaar 2009;
- De landelijke- of expertprofielen van de zorgproducten stabiel zijn en minder variabiliteit in termen van kosten kennen.

3.4 Kostentarieven Kindergeneeskunde

3.4.1 Kostentarieven topreferente kindergeneeskunde

In de nieuwe productstructuur kindergeneeskunde 2013 is het mogelijk onderscheid te maken naar algemene en topreferente producten. Voor de algemene producten geldt het uitgangspunt voor de tariefberekening: DIS-data 2010 en kostprijzen 2009. Voor de kostentarieven 2013 voor topreferente producten wordt gebruik gemaakt van de NFU dataset 2010 en NFU kostprijzen 2010.

3.4.1.1 Kwaliteit kostprijzen

In de beoordeling van de productstructuur DOT 2012 heeft de NZa aangegeven dat in de aparte boom voor kindergeneeskunde de topreferente kindergeneeskunde niet voldoende herkenbaar is verwerkt. Om reden van deze onvolkomenheid van de productstructuur is daarom tijdelijk afgeweken van de huidige kostprijnsprincipes. De kostentarieven van de DBC-zorgproducten voor de klinische kindergeneeskunde zijn verhoogd in de updatereleases RZ12b (ingangsdatum 1 januari 2012) en RZ12c (ingangsdatum 1 mei 2012) door de

verpleegdagkostprijs aan te passen naar het niveau van de UMC-kostprijs voor een verpleegdag kindergeneeskunde.

De NZa heeft ervoor gekozen om deze verhoging te verfijnen en uit te breiden voor specifieke de topreferente producten. Voor het berekenen van de kostentarieven 2013 is een nieuwe referentiegroep samengesteld. Deze referentiegroep (zie ook paragraaf 3.3.1) van 8 topklinische ziekenhuizen en 4 UMC's hebben kostprijsgegevens aangeleverd over het boekjaar 2010. Voor de topreferente kindergeneeskunde geldt dat de zorg vooral wordt uitgevoerd binnen academische centra. De kostprijzen van de vier UMC's uit de referentiegroep worden louter gehanteerd in de tariefberekening van de topreferente producten. Concreet betekent dit dat voor de topreferente producten niet alleen de verpleegdagkostprijs, maar ook de dagverpleging- en consultkostprijzen worden verhoogd naar UMC-niveau.

Dit ligt in lijn met de argumentatie om in de tarieven 2012 de verpleegdagkostprijs te verhogen; namelijk om tegemoet te komen aan het feit dat juist topreferente zorgproducten veel nieuwe zorgactiviteiten bevatten die nog niet gewaardeerd zijn met kostprijzen. Verder biedt het verhogen van zowel de verpleegdag-, dagverpleging- als consultprijs het voordeel dat er geen onbedoelde prikkel ontstaat om patiënten op te nemen.

De kostprijsaanleveringen van de vier UMC's zijn geauditeerd door KPMG en er zijn geen materiële afwijkingen gevonden (zie ook paragraaf 3.3.1).

3.4.2 Kostentarieven kinderoncologie

Op verzoek van de NZa heeft DBC-O de huidige producten en tarieven voor kinderoncologie beoordeeld en doorontwikkeld. Een belangrijke aanleiding hiervoor was een verzoek van het Nederlands Kinder Oncologisch Centrum (NKOC) om een door hen ontwikkelde productstructuur vast te stellen.

Aangezien de registratie van zorgactiviteiten en DBC's voor kinderoncologie in de afgelopen jaren onvolledig is geweest, biedt DIS onvoldoende basis voor nieuwe producten en tarieven. Om deze reden is gebruik gemaakt van alternatieve databronnen en kostenonderzoeken om te komen tot nieuwe producten en experttarieven per 2013.

Voor deze analyse is door DBC-O gebruik gemaakt van de SKION database. In deze database worden al tientallen jaren, op patiëntniveau, alle diagnoses, zwaartetyperingen en uitgevoerde behandelingen vastgelegd. Met deze database kon een casemix worden gemaakt met voor de topreferente zorg een nauwkeurige onderverdeling van de aantallen per product.

Uit de SKION database zijn ook de behandelingen per product achterhaald. Per product is het gemiddeld aantal inductiekuren per patiënt geconstrueerd. Voor de follow-up per diagnosegroep en het onderzoek dat gedaan wordt bij verdenking maligniteit is door het SKION en de sectie kinderoncologie van de NVK onderzoek gedaan naar aantallen en gemiddelde profielen. Op basis van die gegevens zijn productprijzen berekend.

3.4.2.1 Kwaliteit kostprijzen

Om een kostprijs per inductiekuur te kunnen achterhalen is door DBC-O gebruik gemaakt van een tweetal onderzoeken. Het eerste onderzoek is een internationaal onderzoek naar de kosten van de behandeling van acute leukemie per zwaartecategorie (Litsenburg: "Cost-effectiveness of Treatment of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia with Chemotherapy Only" - 2011). Het tweede onderzoek is uitgevoerd door het iMTA. Uit beide recent uitgevoerde onderzoeken kwamen vergelijkbare kostenbedragen. Deze kostenbedragen zijn in de

tariefberekening voor de behandeling van de diverse typen kinderoncologie toegepast. De kostprijs voor de shared care producten zijn bepaald op basis van de DIS-dataset 2010 en de algemene kostprijzen.

Voor de kinderoncologie is een afwijkende set registratieregels ontwikkeld. Het bleek tijdens de ontwikkeling niet mogelijk om gedurende de behandeling een aantal logische knippen in de subtrajecten aan te brengen met behoud van kostenhomogeniteit. Er is besloten om de hele behandeling in één subtraject onder te brengen. Hierdoor is de looptijd van een topreferent kinderoncologisch product 365 dagen. De voorgestelde kostentarieven kunnen afhankelijk van het DBC-zorgproduct oplopen tot een bedrag van € 254.968,29. Om die reden zullen deze producten ook met extra declaratieregels omgeven worden.

3.4.3 Effectanalyse

De gemiddelde zorgproductprijs voor de zorgproductgroepen 990116 tot en met 991516 gezamenlijk binnen de productstructuur voor kindergeneeskunde stijgt per 2013 met 1% ten opzichte van de huidige gemiddelde zorgproductprijs in 2012. Vanwege nagenoeg gelijkblijvende productie- of trajectaantallen, blijft de verwachte omzet op een stabiel en vergelijkbaar niveau als in 2012.

3.4.4 Oordeel kwaliteit kostentarieven

Binnen deze context kan er naar de mening van de NZa positief geoordeeld worden over de kwaliteit van de gereguleerde tarieven voor Kindergeneeskunde:

- De kostprijzen van de vier UMC's, gehanteerd bij tariefberekening van topreferente kindergeneeskunde, zijn hoofdzakelijk gebaseerd op het jaar 2010, hetgeen binnen de mogelijkheden van het huidige model van aanleveren en vaststellen van kostprijzen voldoende actueel is;
- De kostprijzen per inductiekuur zijn gebaseerd op twee recente, onafhankelijke onderzoeken (2011) met vergelijkbare uitkomsten;

3.5 Kostentarieven MICU-transport

Op verzoek van de NZa heeft DBC-O kostprijsonderzoek gedaan naar de tarieven van de Mobiele Intensive Care Unit (MICU). Per 2012 zijn namelijk alle IC-tarieven herijkt, met uitzondering van de MICU-tarieven omdat daar destijds geen goede gegevens voor beschikbaar waren. Met dit kostprijsonderzoek is daar verandering in gekomen.

3.5.1 Kwaliteit kostprijzen

Het recent uitgevoerde kostprijsonderzoek betrof een uitgebreide enquête, waaraan vijf van de zeven MICU-centra hebben deelgenomen. De vijf aanleveringen met informatie over de MICU-ritten en bijbehorende kosten zijn zowel door DBCO als KPMG uiteindelijk gevalideerd en goedgekeurd. In sommige gevallen heeft nog wel een heraanlevering van gegevens plaatsgevonden. Dit alles heeft geleid tot een gevalideerde set met ritinformatie en bijbehorende kostenoverzichten.

De grote verscheidenheid tussen de MICU-centra op zowel kwalitatief (organisatie inrichting en bedrijfsvoering) als kwantitatief (administratief en calculatieprincipes) gebied leidt tot een grote variatie van kostprijzen per MICU-rit.

3.5.2 Effectanalyse

Het kostprijsonderzoek leidt tot onderstaande tariefaanpassing van MICU-prestaties:

MICU-prestaties en kostentarieven 2012 en 2013

Prestatie	Omschrijving	Kostendeel 2012	Kostendeel 2013*
190132	MICU transport < 2 uur	€ 2221,84	€ 1515,00
190133	MICU transport ≥ 2 uur	€ 2221,84	€ 1515,00

*Tarief is inclusief de prijsindex

De productprijs 2013 voor een MICU-transport ligt ongeveer €700 lager dan het tarief in 2012. Voor de 5 aanleverende centra gezamenlijk betekent dit een geprognosticeerde daling in omzet van ruim €900.000. Vanwege de grote variatie in de kostprijzen van de vijf centra, resulteert dit in negatieve- dan wel positieve omzetverschuivingen tussen 2012 en 2013 per individueel MICU-centrum.

3.5.3 Oordeel kwaliteit kostentarieven

De NZa is van mening dat het nieuwe kostprijsonderzoek een betere onderbouwing kent dan het oorspronkelijke onderzoek uit 2006. Alle gegevens zijn ook geauditeerd en gevalideerd door KPMG. Bovendien is de gehanteerde groep aanbieder representatief genoeg, 5 van de 7 instellingen met een MICU-centrum hebben namelijk meegewerkt aan dit onderzoek. De grote variatie in de kostprijs van een MICU transport over de verschillende centra is een punt van aandacht.

3.6 Kostentarieven complex chronisch longfalen en Revalidatiegeneeskunde

Complex chronisch longfalen

De productstructuur en tarieven voor complex chronisch longfalen zijn ontwikkeld door CapGemini. Deze berekende tarieven zijn overgenomen en geïndexeerd naar het prijspeil 2013.

Revalidatiegeneeskunde

De productstructuur voor revalidatiezorg is in samenspraak met de NZa en de sector herzien. Ten opzichte van de voorgaande release is er sprake van een volledige nieuwe set van zorgproducten in zorgproductgroep 990027. De kostentarieven zijn herijkt op basis van profielen en de casemix uit de Ronde 21 dataset, gecombineerd met de beschikbare kostprijzen uit het boekjaar 2009 van revalidatiecentra. Deze kostprijzen 2009 zijn geïndexeerd en gecorrigeerd voor volumeontwikkelingen tussen 2009 en 2010.

3.7 Kostentarieven DOT 2013

3.7.1 Segmentering zorgproducten

Per 2013 is – naast het vaste segment met een aantal zogenaamde beschikbaarheid vergoedingen – er sprake zijn van twee segmenten binnen de DBC-zorgproducten:

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

Onder het gereguleerde A-segment vallen in 2013 in ieder geval alle zorgproducten niet zijnde DBC-zorgproducten, oftewel de 'overige zorgproducten'.

Als gevolg van herontwerp van de Epilepsie zorgproducten maakt de derdelijns epilepsiezorg per 2013 onderdeel uit van het B-segment.

Wanneer aan alle DBC-zorgproducten en overige zorgproducten een productiewaarde wordt toegekend zal het vrije segment per 2013 naar schatting een omvang hebben van 70% van de totale DOT-omzet. Wanneer alleen de DBC-zorgproducten meegenomen worden in de productiewaarde betreft het gereguleerde segment in zowel 2012 als 2013 circa 15% van de totale DOT-omzet (zie tabel 1). Dit verschil kan verklaard worden, doordat de overige zorgproducten (zoals add-ons dure en weesgeneesmiddelen en intensive care) buiten beschouwing worden gelaten. Zowel het A- als B-segment blijft per 2013 vrijwel stabiel.

Tabel 1. Verdeling DBC-zorgproducten

	2012	2013
Totale productie DBC-zorgproducten	100%	100%
Waarvan DBC-zorgproducten in A-segment	14,4%	16,0%
Waarvan DBC-zorgproducten in B-segment	82,5%	81,6%
Waarvan uitval	3,1%	2,4%

In de verdere beoordeling ligt de focus primair op de DBC-zorgproducten in het A-segment zoals opgenomen in bovenstaande tabel, aangezien alleen deze producten per 2013 een gereguleerd kostentarieff zullen kennen.

3.7.2 Kwaliteit kostentarieven gereguleerde segment

3.7.2.1 Gehanteerde kostprijstabellen

De kwaliteit van de kostprijzen hangt onder meer af van de samenstelling van de referentiegroep, kwaliteit van de aanlevering, nauwkeurigheid en CV-waarden en de kwaliteit van de expertkostprijzen.

Voor de berekening van de kostentarieven 2013 is de kostprijstabel 2009 als basis gehanteerd. De kostprijstabel 2009 is geïndexeerd (naar het prijsniveau 2010) overgenomen ten behoeve van de berekening van de kostentarieven 2013. De kwaliteit van de kostprijstabel 2009 is vorig jaar door de NZa al voldoende beoordeeld en staat uitgebreid beschreven in het definitieve beoordelingsdocument DOT 2012.

Wel komen er in het DIS 2010 activiteiten voor die nog geen onderdeel uitmaakten van de profielen in het DIS 2009. Voor de laatstgenoemde groep zorgactiviteiten is een expertkostprijs bepaald. De geïndexeerde kostprijstabel is met deze expertkostprijzen verrijkt.

De herijking van de tarieven van cardiopulmonale chirurgie, neurochirurgie en klinische genetica staat in deze release centraal. Om aansluiting te vinden bij de kosten gemaakt in dit topreferente deel van de zorg is een integraal kostenonderzoek gebaseerd op het boekjaar 2010 opgestart. Over de kwaliteit van de kostprijzen 2010 (samenstelling referentiegroep en de audit) wordt uitgebreid stilgestaan in paragraaf 3.3.

3.7.2.2 Basisdata profielen

Voor de berekening van de DBC-zorgproductprijzen voor medisch specialistische zorg is gebruik gemaakt van de DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 20 dataset en de DIS ronde 21 dataset.

De DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 20 dataset liggen ten grondslag aan de kostentarieven van DBC-zorgproducten waarvan het kostentarieff geïndexeerd is overgenomen uit 2012. Deze dataset is gebaseerd op DIS-gegevens van afgesloten DBC-trajecten in 2009. De Ronde 20 dataset bevat DIS-

gegevens die zijn aangeleverd door alle ziekenhuizen (UMC's, algemene en topklinische ziekenhuizen) en zorgaanbieders uit de andere categorieën instellingen zoals de categorale sectoren.

Van de DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 21 dataset is gebruik gemaakt bij het berekenen van de kostentarieven van DBC-zorgproducten uit de zorgproductgroepen klinische genetica, WBMV-zenuwstelsel, infertiliteit, cardiopulmonale chirurgie, neonatologie, revalidatiegeneeskunde, kindergeneeskunde en kinderoncologie. Deze dataset is gebaseerd op DIS gegevens van afgesloten DBC-trajecten in 2010. De Ronde 21 dataset bevat DIS gegevens die zijn aangeleverd door alle ziekenhuizen (UMC's, algemene en topklinische ziekenhuizen) en zorgaanbieders uit de andere categorieën instellingen zoals de categorale sectoren. Voor de productberekening zijn de profielen meegenomen van de volgende instellingscategorieën:

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

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

Ten opzichte van vorig jaar wordt nu slechts 4% van het totaal aan trajecten uit de Ronde 21 dataset niet meegenomen. Ten behoeve van de tariefberekening DOT 2012 werd ruim 20% van de trajecten geschoond. De NZa oordeelt positief over de toename in kwaliteit van de registratie van instellingen. Een omvangrijker productiebestand draagt bij aan het beter prognosticeren van de productie aan DBC-zorgproducten, maar ook de onderlinge verhoudingen tussen zorgproducten(casemix).

3.7.2.3 Toetsingskader

Productie per DBC-zorgproduct

De NZa heeft in haar toetsingskader opgenomen dat er per (geclusterd) DBC-zorgproduct minimaal sprake moet zijn van 400 patiënten. DBC-O heeft op basis van de Ronde 21 dataset berekend dat dit in ongeveer 50% van de DBC-zorgproducten het geval is. Deze DBC-zorgproducten vormen echter 90% van de productwaarde. De uitkomsten met betrekking tot dit criterium zijn vergelijkbaar met de behaalde resultaten op de Ronde 20 dataset, gehanteerd in 2012.

Productiewaarde per DBC-zorgproduct

Als tweede richtlijn hanteert de NZa dat een DBC-zorgproduct minimaal een productiewaarde van € 3,5 miljoen moet vertegenwoordigen. Circa 15% van de DBC-zorgproducten haalt deze productwaarde, maar dit is dan ook tegelijk 80% van de totale productiewaarde. Ten opzichte van de vorige release (13,5%) is dit een lichte toename van DBC-zorgproducten die de minimale productiewaarde van € 3,5 miljoen vertegenwoordigt. Verder wordt hierbij opgemerkt dat dit een berekening exclusief honoraria is, waardoor dit percentage iets toe zal nemen wanneer de honoraria zijn vastgesteld.

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

- Outlier problematiek; onder meer door klinische DBC's op te knippen in klinisch kort, middel en lang op basis van gemiddelde ligduur, ontstaan er ook relatief veel producten voor 'outliers'.
- Beperkte omvang zorg; er zijn nog relatief veel (sub)specialismen met een eigen structuur binnen DOT (Pre-MDC's). Deze hebben vaak een geringe omzet. Te denken valt aan klinische genetica en consultatieve psychiatrie.

- Hoog gespecialiseerde zorg of zorg met hoge kosten; te denken valt aan WBMV-zorg of het plaatsen van dure hulpmiddelen. Om deze producten toch herkenbaar en homogeen te houden bestaan hier relatief veel DBC-zorgproducten voor met weinig massa of productiewaarde.
- Onderregistratie door gebrekkige beschrijving van de zorg.

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

Kostenhomogeniteit

De CV-waarde geeft een indicatie van de homogeniteit van (in dit geval) de kosten van een DBC-zorgproduct. Hoe lager de CV-waarde hoe homogener het kostentarief is. Als norm voor de tarieven voor de kostendelen wordt een CV-waarde van 0,5 aangehouden. Onderstaande tabel maakt inzichtelijk dat de kostenhomogeniteit in RZ13a (2013) is toegenomen ten opzichte van RS08 (2012). Het aandeel van de DBC-zorgproducten met een CV-waarde kleiner of gelijk aan 0,5 is in het pakket 2013 toegenomen. De ontclustering van DBC-zorgproducten kan hierbij ook een rol spelen, aangezien de kostenhomogeniteit op het niveau van de declaratiecode wordt bepaald.

CV categorie	Percentage RS08 (2012)	Percentage RZ13a (2013)
0 – 0,5	47,7	49,9
0,5 – 1	45,6	43,1
> 1	6,7	6,9

Naast de afname van de spreiding in kostprijs 2010 per zorgactiviteit of de afname in variabiliteit in de profielen per DBC-zorgproduct, kan ook de ontclustering van DBC-zorgproducten hierbij een rol spelen. Indien ontclustering plaatsvindt vanuit oogpunt van medische herkenbaarheid mag worden verondersteld dat de CV-waarde afneemt. Immers, vóór ontclustering is sprake van een gemengd profiel van meerdere zorgproducten dat in het algemeen minder kostenhomogeen is dan de profielen van de afzonderlijke zorgproducten na ontclustering.

Expertproducten

Binnen de productstructuur 2013 is er sprake van 4.413 DBC-zorgproducten (exclusief uitvalproducten), waarvan 987 expertproducten. Dit betreft een lichte stijging ten opzichte van de productstructuur 2012 (4.391 DBC-zorgproducten), die verklaard kan worden door de doorontwikkeling van de productstructuur voor topreferente zorg. Daarnaast zijn er 982 uitvalproducten. Wanneer alleen naar het gereguleerde segment wordt gekeken, is er sprake van 994 reguliere DBC-zorgproducten (exclusief uitvalproducten, waarvan 391 expertproducten. Dat betekent dat ongeveer 40% van de tarieven die worden vastgesteld op een alternatieve wijze worden vastgelegd.

Er is sprake van een expertproduct als er in de DIS-data minder dan zes huidige DBC-trajecten aanwezig zijn. Voor de expertproducten binnen het gereguleerde segment wordt een experttarief berekend anders dan op basis van het gemiddelde profiel uit DIS.⁴ Er zijn verschillende methoden gehanteerd om voor deze 588 expertproducten een tarief te berekenen. In onderstaande tabel is een overzicht inclusief toelichting van de expertproducten weergegeven.

⁴ De NZa kan ook om andere redenen besluiten een experttarief toe te passen, echter is er dan geen sprake van een expertproduct. Voor expertproducten in het vrije segment geldt een vrij kostenbedrag.

Categorie	Gereguleerd segment	Vrij segment	Toelichting bij tarifiering kostendeel gereguleerd segment
Specifiek: Brandwonden	13	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van expertprofielen van de brandwondencentra
Specifiek: Complex chronisch longfalen	45	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van expertprofielen van de derdelijns long/astma centra
Specifiek: Palliatieve zorg	6	0	De kenniscentra voor palliatieve zorg hebben een expertprofiel gemaakt op basis van richtlijnen.
Specifiek: Transplantatie	73	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van expertprofielen uit de UMC's i.c.m. expert opinion
Specifiek: Stamcel-transplantatie	6	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van expertprofielen opgesteld door wetenschappelijke verenigingen.
Specifiek: Thuisbeademing	6	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van een sepeeraat kostprijsonderzoek.
Specifiek: Cardiothorax	31	0	
Specifiek: Kindernefrologie	13	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van een sepeeraat kostprijsonderzoek
Specifiek: Neurochirurgie	8	0	
Specifiek: Kinderoncologie	10	0	
Specifiek: Kinderneurologie	1	0	
Specifiek: Infertiliteit	2	0	
Specifiek: Geriatrische Revalidatiezorg	18	0	
Methode: Donormapping en toewijzing	132	0	Deze methode zoekt andere producten op basis waarvan de productkostprijs berekend kan worden. Er zijn drie varianten: 1) gebruik maken van de identieke sjablonen binnen DOT bij verschillende productgroepen. 2) gebruik maken van de profielen van klinische DBC-zorgproducten om van de 'klinisch zonder dagen' zorgproducten een experttarief te bepalen 3) Overnemen profiel vergelijkbare DBC-zorgproducten.
Methode: NFU dataset	2	0	Deze methode gebruikt de profielen uit de DOT monitor van de NFU als expertprofiel.
Methode: Overig	25	596	Voor deze producten is gebruik gemaakt van de beschikbare profielen in DIS ondanks de lage aantallen
Totaal	287	373	

Met het oog op de volledigheid van de productstructuur is het noodzakelijk om voor bepaalde producten experttarieven te hanteren. In de doorontwikkeling verdienen deze experttarieven echter specifieke aandacht en dient getoetst te worden of de tarieven voldoende betrouwbaar zijn. De NZa geeft hierbij wel aan dat vermindering van het aantal expertproducten in toekomstige releases noodzakelijk is. Met het beschikbaar komen van directe DOT-data (in plaats van gesimuleerde productie van DBC-zorgproducten) moet dit ook mogelijk zijn.

3.7.3 Effectanalyse

De gemiddelde zorgproductprijs voor een zorgproduct in het gereguleerde segment daalt per 2013 met circa 6% ten opzichte van de huidige gemiddelde zorgproductprijs in 2012. Deze geprognostiseerde daling is de resultante van een stapeling aan effecten. Het toepassen van de Ronde 21 dataset heeft geleid tot zwaardere zorgproductprofielen. Ook het gebruik maken van specifieke kostprijzen voor cardiopulmonale chirurgie, neurochirurgie, klinische genetica en de topreferente kindergeneeskunde leidt tot een hogere gemiddelde zorgproductprijs.

Daarentegen leidt het simuleren van registratieregels tot een toename in de trajectaantallen in het A-segment, zonder dat de totale productiewaarde significant wordt geraakt. Ook het productstructureffect (mede door uitval en de overgang van een deel van de subtrajecten naar het B-segment) zorgt voor een daling van de gemiddelde zorgproductprijs in 2013.

Alle effecten tezamen leiden tot een daling in gemiddelde zorgproductprijs van circa 6%. Vanwege een lichte toename in de productie- of trajectaantallen, daalt de verwachte omzet in het A segment met circa 4%.

3.7.4 Oordeel kwaliteit kostentarieven gereguleerde segment

Binnen deze context kan er naar de mening van de NZa positief geoordeeld worden over de kwaliteit van de gereguleerde tarieven:

- Voor het berekenen van de kostentarieven 2013 van cardiopulmonale chirurgie en neurochirurgie is een nieuwe referentiegroep samengesteld. De omvang van de referentiegroep wordt als voldoende beoordeeld aangezien meer dan 50% van de totale landelijke productiewaarde door de referentiegroep wordt vertegenwoordigd;
- De nauwkeurigheid van de kostprijzen over het boekjaar 2010 sterk is verbeterd ten opzichte van de nauwkeurigheid van kostprijzen over het boekjaar 2009;
- De landelijke- of expertprofielen van de zorgproducten stabiel zijn en minder variabiliteit in termen van kosten kennen.
- De CV-waarde van de kostprijzen alsmede de kwaliteit van de tarieven is voldoende. De kostenhomogeniteit is op zorgproductniveau toegenomen ten opzichte van de pakketuitlevering in 2012;
- De productieomvang is voor de meerderheid van de omzet passend binnen het toetsingskader en de uitzonderingen hierop zijn afdoende onderbouwd.
- De impact van de kostentarieven 2013 blijft beperkt en verklaarbaar.

Er is voor toekomstige pakketuitleveringen wel een aantal doorontwikkelpunten te benoemen, die door de NZa meegegeven worden:

- Het aantal kostprijzen met een beperkt aantal waarnemingen, alsmede expert kostprijzen, dient in de toekomst substantieel verminderd te worden;
- De kwaliteit van de experttarieven dient in volgende pakketten te worden getoetst;
- In toekomstige releases is vermindering van het aantal expertproducten noodzakelijk.

3.8 Conclusie en doorontwikkeling

Binnen de context van een beperkt gereguleerd segment en de verbeterde kostprijzen, kan er naar de mening van de NZa positief geoordeeld worden over de kwaliteit van de gereguleerde tarieven. Er is voor toekomstige pakketuitleveringen wel een aantal doorontwikkelpunten te benoemen. De NZa is van mening dat de kostdelen van DOT 2013 nu kunnen worden vastgesteld.

4. Beoordeling honorariumtarieven DOT

In dit hoofdstuk wordt de totstandkoming van de honorariumtarieven van DBC-zorgproducten voor 2013 toegelicht. Hiervoor is dezelfde berekeningsmethodiek gehanteerd als voor de honorariumtarieven DOT 2012 waarbij de onderliggende bronnen geactualiseerd zijn naar het meest recente gegevensjaar 2010. Deze berekeningsmethodiek staat uitgebreid beschreven in het 'toelichtingsdocument op de honorariumberekening 2013' in bijlage 3.

DBC-Onderhoud heeft de tarieven berekend op basis van de gehanteerde methodiek. Deze concepttarieven zijn op 16 augustus 2012 uitgeleverd aan partijen, waarna voorafgaand aan de vaststelling door de NZa een beoordelingstraject plaatsvindt. Ter beoordeling heeft de NZa een impactanalyse uitgevoerd naar de effecten en gevolgen van de honorariumtarieven 2013. De uitgevoerde analyses en resultaten staan beschreven in het 'rapport impactanalyse honorariumtarieven DOT 2013' in bijlage 4. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste beleidswijzigingen en analyse-uitkomsten van beide rapportages benoemd.

4.1 Specifieke beleidskeuzes in de honorariummethodiek

De NZa heeft na afstemming met de brancheorganisaties⁵ in de klankbordgroepbijeenkomst van 1 februari 2012 besloten om de berekeningsmethodiek voor de honorariumtarieven DOT 2012 ook toe te passen op de tarieven voor 2013. Hierbij worden de onderliggende bronvariabelen geactualiseerd naar het meest recente jaar. Dit betekent dat de BKZ bedragen per specialisme, op basis van FTE gegevens van DHD over het jaar 2010, verdeeld worden over zorgproducten per specialisme op basis van de productiedataset DIS 2010. Hierbij zijn wetenschappelijke verenigingen opnieuw in de gelegenheid gesteld om de producten van een onderlinge waardesleutel te voorzien door middel van het normtijdentool. Hoewel de methodiek op hoofdlijnen in stand gelaten is, heeft de NZa een aantal specifieke beleidskeuzes doorgevoerd in de berekende tarieven. Deze aspecten worden achtereenvolgens toegelicht.

4.1.1 Verificatie FTE aantallen

Ten behoeve van de tariefberekening dient het macrokader verdeeld te worden over de verschillende specialismen. De verdeelsleutels zijn evenals vorig jaar gebaseerd op de FTE (Full Time Equivalent) aantallen van de verschillende specialismen, waarbij de bron Dutch Hospital Data (DHD) onverkort het uitgangspunt is. Conform de afspraak met de klankbordgroep heeft dit jaar een extra verificatieslag plaatsgevonden op de FTE aantallen. Gezien de fundamentele rol die de FTE aantallen hebben in de honorariumberekening, zijn instellingen medio 2012 in de gelegenheid gesteld om de oorspronkelijk bij DHD aangeleverde aantallen te verifiëren. Uiteindelijk hebben 76 instellingen dit verificatieproces binnen de gestelde termijn doorlopen. De verzamelde gegevens zijn voorzien van een handtekening van het ziekenhuisbestuur en de stafmaatschap. Deze FTE aantallen zijn overgenomen in het definitieve FTE bestand voor de honorariumberekening 2013.

⁵ Bij de totstandkoming van deze methodiek zijn de diverse brancheverenigingen en onderhoudspartijen nauw betrokken geweest. De volgende partijen zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de klankbordgroep: Orde van Medisch Specialisten (de Orde), Wetenschappelijke Verenigingen (WV'en) van alle medisch specialismen met normtijd (poorter en ondersteuner), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), Zelfstandige Ziekenhuizen Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Voor de ziekenhuizen en UMC's die niet hebben deelgenomen aan het verificatietraject blijven de oorspronkelijk verzamelde FTE aantallen door DHD over het jaar 2010, zoals opgegeven in de Enquête Jaarcijfers, het uitgangspunt. Dit is bij de start van het verificatietraject ook gecommuniceerd aan instellingen.

4.1.2 Intensive Care

Bij de verdeling van de macro beschikbare middelen heeft de NZa het uitgangspunt gehanteerd dat alleen de declarerende specialismen een BKZ bedrag toegewezen krijgen aangezien dit op voorhand ook aansluit bij de specialismen die opgenomen zijn in de DIS declaratiedata. De intensivist is geen zelfstandig declarerend specialisme, waardoor IC productie geregistreerd wordt op naam van de onderliggende moederspecialismen. Hierbij heeft de NZa het uitgangspunt gehanteerd dat deze FTE aantallen ook (impliciet) meegenomen worden door DHD binnen de FTE aantallen van de moederspecialismen. In dat geval treedt namelijk geen tariefvertekening op voor de moederspecialismen.

Gedurende 2012 heeft de NZa het signaal ontvangen dat de registratie op de IC niet aansluit bij de tijdbesteding en betrekkingvorm van de verschillende moederspecialismen. Naar aanleiding van dit signaal heeft de NZa dit nader onderzocht en uiteindelijk aanpassingen doorgevoerd in de honorariumberekening DOT 2013. De NZa heeft ziekenhuizen die IC productie geregistreerd hebben in de DIS dataset 2010 verzocht de toedeling van de IC-productie naar de diverse specialismen te beoordelen en indien nodig gecorrigeerde verhoudingsgetallen aan te leveren aan de NZa. Deze ziekenhuisopgaves, met de IC productie toegerekend naar de moederspecialismen, zijn gebruikt in de tariefberekening. Vervolgens is nog specifiek beoordeeld of de intensivist in vrije vestiging werkzaam is. Wanneer de onderliggende moederspecialismen in vrije vestiging zijn terwijl de intensivist in dienstverband van het ziekenhuis is, zou deze loondienstproductie wel worden meegenomen in de tariefberekening. Het gevolg hiervan zou zijn dat IC-productie van intensivisten in loondienst een drukkend effect heeft op het BKZ MS. Voor dit effect heeft de NZa gecorrigeerd in de tariefberekening DOT 2013. In het impactanalyse-rapport beschrijft de NZa de effecten van de beleidskeuzes voor intensive care.

4.1.3 Onverzekerde zorg

In de gehanteerde DHD FTE data wordt geen onderscheid gemaakt tussen de tijd die aan verzekerde en onverzekerde zorg wordt besteed. Als gevolg hiervan krijgt elk specialisme een BKZ toegewezen waarin ook budgetbedrag is opgenomen voor de onverzekerde zorg. Ook in de productiedata wordt geen onderscheid gemaakt wordt tussen verzekerde en onverzekerde zorg. De in de tariefberekening meegenomen productieaantallen in het DIS bevatten namelijk ook enige onverzekerde productie die uiteindelijk niet ten laste van het BKZ gedeclareerd zal worden. Dit zorgt ervoor dat de tarieven generiek iets te laag worden bepaald. Een (relatief beperkt) deel van het BKZ wordt namelijk toegerekend aan productie die nooit gedeclareerd kan worden ten laste van dit kader.

Het is het meest zuiver zijn om per specialisme alleen het deel van de FTE's mee te nemen dat aan verzekerde zorg wordt besteed en daarnaast alleen de verzekerde productie te gebruiken. Dit is echter niet mogelijk omdat niet bekend is welk deel van de FTE's zich exact met onverzekerde zorg bezighoudt. Ook aan de kant van de productie zijn de onverzekerde DBC's niet te identificeren, aangezien deze informatie verloren is gegaan bij de simulatie van DBC's naar DBC-zorgproducten (DOT).

Het schonen van FTE's en productie voor onverzekerde zorg blijkt dus niet haalbaar, vanwege het ontbreken van inzicht in de exacte aantallen. Omdat de NZa de berekening van de honorariumtarieven zo zuiver mogelijk wil uitvoeren

en de onverzekerde zorg geen onderdeel uitmaakt van het BKZ, heeft de NZa ervoor gekozen om het macro BKZ bedrag wat in de tariefberekening 2013 wordt gehanteerd op te schalen met het percentage (0,36%) onverzekerde zorg op basis van DIS 2010. Deze opschaling maakt dat in de tariefberekening de tarieven voor verzekerde zorg op voorhand aansluiten bij het BKZ.

4.2 Uitkomsten impactanalyse

De impactanalyse heeft in twee fasen plaatsgevonden. Allereerst is voorafgaand aan de tariefberekening de representativiteit van de onderliggende bronbestanden nader onderzocht. Nadat de tarieven zijn berekend, zijn de gevolgen van deze tarieven voor de zorgaanbieders en vakgroepen in beeld gebracht. Het gaat in deze effectanalyses zowel om de spreiding van de verwachte omzet per FTE medisch specialist als om de verschuivingen van de omzetten tussen 2012 en 2013.

In de representativiteitsanalyses is voor alle specialismen een viertal analyses uitgevoerd, zoals wordt beschreven in hoofdstuk vier van het impactanalyserapport. Na uitvoering van deze analyses blijkt dat enkel voor het specialisme urologie geldt dat, gegeven het beoordelingskader van de NZa, aanpassingen in de productiedataset leidt tot een hogere representativiteit van de bronbestanden ten behoeve van de tariefberekening. Daarom zijn een tweetal maatschappen, die getypeerd zijn als extreme waarnemingen, bij het specialisme urologie uitgesloten van de honorariumberekening DOT 2013.

De impactanalyses op de berekende tarieven heeft de gevolgen van de nieuwe honorariumtarieven voor zorgaanbieders en zorginstellingen in beeld gebracht. Alles overziend ontstaat het beeld dat de DOT honorariumtarieven 2013 de zorginstellingen in staat stellen om een redelijk geachte omzet te realiseren. De impactanalyse laat zien dat de spreiding op het niveau van de vakgroepen groter is dan op het niveau van de zorginstelling. De spreiding op het niveau van de zorginstelling dempt hierdoor de verschillen tussen vakgroepen.

In de tariefberekening DOT 2013 zijn meer categorale instellingen meegenomen dan voor de berekening van tarieven voor 2012. Met name het aantal meegenomen radiotherapeutische centra en dialysecentra is toegenomen. Vanwege de specifieke casemix aan zorgproducten van categorale instellingen, is een analyse op instellingsniveau voor deze centra minder bruikbaar. Deze specifieke casemix draagt namelijk bij aan een grilliger spreidingspatroon. Uit de impactanalyse is wel het algemene beeld af te leiden dat de omzet voor dialysecentra ten opzichte van 2012 is gestegen. De NZa verwacht dat de categorale instellingen redelijkerwijs in staat worden geacht de gemiddelde normomzet te behalen.

Op basis van de gemiddelde omzet per FTE concludeert de NZa dat alle typen specialisten in staat zijn om een gemiddelde normomzet te behalen. Ook de waargenomen verwachte verschuiving van omzetten is beperkt en daar waar de gemiddelde omzetten per FTE onder de gestelde norm zakt, lijkt dit veelal niet te worden veroorzaakt door de nieuwe productstructuur 2013 en honorariumtarieven 2013. De NZa concludeert dat de impactanalyse geen aanleiding geeft om de berekende honorariumtarieven 2013 niet vast te stellen en uit te leveren aan veldpartijen.

5. Beleidsontwikkeling DOT

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij een aantal ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot DOT. Het betreft de definiëring van zorgactiviteiten, het opschonen en opnieuw indelen van de overige zorgproducten en wijzigingen in de regelgeving.

5.1 Definiëring zorgactiviteiten

Zorgactiviteiten dienen als basis voor de registratie en afleiding van DBC-zorgproducten binnen de DOT-productstructuur. Ook spelen ze een rol bij de bepaling van aanspraak en of een Wet op bijzondere medisch verrichting vergunning vereist is om een prestatie te mogen declareren. Gezien deze centrale rol van zorgactiviteiten in de DOT-productstructuur is het van belang duidelijkheid te creëren over wanneer en onder welke voorwaarden een zorgactiviteit vastgelegd kan worden. Doorontwikkeling van de zorgactiviteitentabel is dan ook opgenomen in de doorontwikkelagenda DOT. Het belang van het definiëren van zorgactiviteiten is bovendien nogmaals benadrukt door de RvB van de NZa bij vaststelling van de updaterelease RZ12d.

Om in de regelgeving medisch specialistische zorg 2013 hierin een slag te kunnen maken zijn enkele wijzigingen doorgevoerd. De wijzigingen vallen uiteen in de volgende categorieën:

- Nieuwe definities zorgactiviteiten
- Aansluiten van categorale zorgactiviteiten bij definitie algemene zorgactiviteiten

5.1.1 Nieuwe definities zorgactiviteiten

De NZa is voornemens voor onderstaande zorgactiviteiten definities toe te voegen in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' (BR/CU-2078) per 2013.

- *Teambespreking (039679)*
- *Preassessment dagopname (039691)*
- *Preassessment opname (039692)*
- *Klinisch peri-operatieve zorg (039693)*
- *Pathologie (050027-050514)*
- *Consult (oude of nieuwe patiënt) (090613)*
- *Follow-up consult (090614)*
- *SCEN-consultatie (130001)*
- *Multidisciplinair overleg (190005)*
- *Overleg palliatieve zorg (190006)*
- *Multidisciplinair consult (190010)*
- *Spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling (190015)*
- *Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis (190016)*
- *Medebehandeling (190017)*
- *Analyse behandeladvies en / of behandeling elders opgesteld en / of uitgevoerd, in het kader van een second opinion (190022)*
- *Follow-up neonatale IC (190026 en 190027)*
- *Follow-up pediatrie IC (190029)*
- *Verpleegdagarief Hak (190209)*
- *Zotelovernachting (190208)*

5.1.2 Aansluiten van categorale zorgactiviteiten bij definitie algemene zorgactiviteiten

Tevens worden de categorale zorgactiviteiten wat betreft definitie aangesloten bij de algemene zorgactiviteiten. Zo zou een polikliniekbezoek in een algemeen ziekenhuis aan dezelfde voorwaarden moeten voldoen als een polikliniekbezoek in een categoriaal ziekenhuis; enkel de locatie verschilt. De NZa is daarom voornemens de volgende zaken aan te passen in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' (BR/CU-2078):

- Toevoegen van de volgende zorgactiviteiten aan de definitie van 'Polikliniekbezoek (190011, 190012 en 190013)':
 - 190007: 1e polikliniekbezoek gespecialiseerd brandwondencentrum
 - 190008: Herhaal polikliniekbezoek gespecialiseerd brandwondencentrum

- Toevoegen van de volgende zorgactiviteiten aan de definitie 'Verpleegdag (190200 t/m 190207, 194804)': 190211 t/m 190217: verpleegdag epilepsie categoriaal

- Toevoegen van de volgende zorgactiviteiten aan de definitie 'Dagverpleging I: Normaal (190035)':
 - 190210: dagbehandeling epilepsie categoriaal
 - 190281: dagverpleging kaakchirurgie voor ZBC's

5.2 Nieuwe indeling en opschoning overige zorgproducten

Binnen DOT zijn de prestaties onderverdeeld in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Voor de laatste categorie zorgproducten is in de doorontwikkelagenda DOT opgenomen dat de overige zorgproducten gecategoriseerd, verduidelijkt en zonodig opgeschoond moeten worden (voorkomen dubbele bekostiging). Doel is om te komen tot een goed werkende systematiek die consistent en transparant is. Om deze doel te bewerkstelligen heeft de NZa in de eerste helft van dit jaar in kaart gebracht welke overige zorgproducten obsoleet of overbodig zijn, en heeft zij een nieuwe indeling voor de overige zorgproducten per 2013 opgesteld.

5.2.1 Opschonen overige zorgproducten

Op basis van data van Vektis heeft de NZa in kaart gebracht hoe vaak prestaties op de op de tarieflijst instellingen en op de lijst met overige zorgproducten gedeclareerd zijn in de afgelopen jaren. Hierbij is per declaratiecode in kaart gebracht hoe vaak de prestatie gedeclareerd is in de jaren 2007-2011 en welke bedragen hiertegenover staan.

De data is geanalyseerd aan de hand van de volgende criteria:

- Welke prestaties zijn niet gedeclareerd in de jaren 2007-2011?
- Welke prestaties zijn niet gedeclareerd in 2010 en 2011?
- Welke prestaties zijn erg weinig gedeclareerd in 2007-2011?
- Welke prestaties zijn nieuw sinds 2011?⁶
- Welke prestaties zijn ook te declareren door beroepsbeoefenaren in de eerste lijn?⁷

⁶ Van deze prestaties is het aannemelijk dat zij nog weinig of niet gedeclareerd zijn omdat ze nog vrij kort declarabel zijn.

⁷ Het gaat hier bijvoorbeeld om fysiotherapie of dieetadvisering. Deze zorg is ook toegankelijk zonder verwijzing en kan ook uitgeoefend worden door zelfstandige beroepsbeoefenaren gevestigd in ziekenhuis.

Op basis van deze analyse heeft de NZa een overzicht gemaakt met prestaties. Dit overzicht is ter reactie voorgelegd aan betrokken partijen. Na verwerking van de reacties, is een lijst overgebleven met 138 prestaties. De NZa is voornemens deze prestaties te schrappen per 2013 uit de lijst met overige zorgproducten binnen DOT. Het gaat hierbij slechts om prestaties die niet of nauwelijks gedeclareerd worden. Dit betekent dat alleen de declaratietitel van de prestaties wordt geschrapt. Alle zorgactiviteiten op de zorgactiviteitenlijst blijven in stand en kunnen per 2013 nog steeds worden vastgelegd als onderdeel van een DBC-zorgproduct.

5.2.2 Nieuwe indeling overige zorgproducten

De NZa heeft Capgemini verzocht de lijst met overige zorgproducten op hoofdlijnen te analyseren en daarbij onder andere advies uit te brengen over de indeling van de overige zorgproducten, vanuit medisch inhoudelijk oogpunt en vanuit de eigenschappen van deze overige zorgproducten.

Begin april 2012 heeft de NZa de definitieve versie van het advies van Capgemini ontvangen. Op basis van het advies, de reactie van DBC-O hierop en haar eigen beoordeling, heeft de NZa een aantal voorstellen gedaan. Deze zijn besproken in het Technisch Overleg DOT van 26 april 2012, als ook uitgezet ter schriftelijke reactie. Ten slotte heeft op 4 juni 2012 overleg plaatsgevonden met medewerkers van DBC-O over de technische implicaties van de voorstellen. Dit alles heeft geresulteerd in onderstaande gewijzigde indeling.

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
1. Supplementaire producten	Add-on duur geneesmiddel
	Add-on weesgeneesmiddel
	Overig traject
	Add-on IC
	Stollingsfactoren
2. Eerstelijns diagnostiek	Beeldvormende diagnostiek
	Klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek
	Med specialistische behandeling en diagnostiek
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek
	Pathologie
	Prenatale screening
	Trombosemeting
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Dieetadvisering
	Ergotherapie
	Fysiotherapie
	Logopedie
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck
	Orthoptie
	Psychologie
	Verloskunde
4. Overige verrichtingen	Bijzondere tandheelkunde
	Hartrevalidatie
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Kaakchirurgie
	Keuringen/rapporten

Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering
Reiskosten
SCEN-consultatie
Spermabank/vitrificatie en opslag eicellen
Verpleging in thuissituatie

5.3 Overige wijzigingen beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'

De NZa heeft eind vorig jaar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medische specialistische zorg' (BR/CU-2045) vastgesteld, welke in werking is getreden op 1 januari 2012. Per 1 mei en 1 september 2012 zijn tussentijds enkele wijzigingen in deze beleidsregel doorgevoerd. Per 1 januari 2013 zal de beleidsregel wederom worden gewijzigd in samenhang met de oplevering van het nieuwe DBC-pakket 2013.

De belangrijkste wijzigingen in de beleidsregel komen voort uit aanpassingen in de productstructuur, zoals de toevoeging van geriatrische revalidatiezorg en de aanpassing van kindergeneeskunde. Ook de wijzigingen in de indeling van de overige zorgproducten zijn verwerkt in de regelgeving.

Onderstaand volgt een toelichting van de wijzigingen die in de nieuwe beleidsregel 'Prestaties en tarieven medische specialistische zorg' (verder BR/CU-2078) zijn aangebracht ten opzichte van de oude beleidsregel 'Prestaties en tarieven medische specialistische zorg' (BR/CU-2076).

Wijzigingen in verband met overheveling geriatrische revalidatiezorg

Met ingang van 2013 wordt de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als gevolg hiervan zal de NZa prestaties en tarieven voor deze vorm van zorg per 2013 vastleggen in de voor tweedelijns somatische zorg gebruikelijke DBC-zorgproducten. Dit betekent ook dat voor de GRZ onder meer de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' van toepassing zal zijn. Om deze reden zijn wijzigingen in verband met overheveling geriatrische revalidatiezorg in de beleidsregel doorgevoerd.

Wijzigingen in verband met nieuwe indeling overige zorgproducten

Één van de knelpunten in de nu geldende indeling van de overige zorgproducten is dat deze niet consequent is, waardoor het niet duidelijk is waarom bepaalde producten in een bepaalde categorie vallen. Zoals in paragraaf 5.2.2 is aangegeven zal er per 2013 een nieuwe indeling voor overige zorgproducten gelden, waarbij de overige zorgproducten zijn ingedeeld in zowel declaratietechnische als (medisch) inhoudelijk herkenbare groepen. In de nieuwe indeling zijn de overige zorgproducten onderverdeeld in het volgende viertal hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijns diagnostiek, paramedische behandelingen en onderzoek en overige verrichtingen. Wijzigingen in verband met nieuwe indeling van overige zorgproducten zijn aangebracht in de beleidsregel.

Toevoeging beleid ingangsdatum gewijzigde prestaties en tarieven ('terugwerkende kracht')

In aanloop naar de oplevering van de release RZ12c (ingangsdatum 1 mei 2012) heeft de NZa haar beleid ten aanzien van de ingangsdatum van wijzigingen en het al dan niet toepassen van terugwerkende kracht nogmaals bevestigd. De strekking hiervan is dat wijzigingen met terugwerkende kracht van bestaande prestaties en tarieven in beginsel niet aan de orde kunnen zijn. Uitzondering

hierop vormen die wijzigingen waar de NZa vooraf expliciet toestemming voor heeft gegeven, bijvoorbeeld omdat het gaat om voor veldpartijen voorzienbare wijzigingen (doordat aankondiging al tijdig voor invoering van de vorige release plaats vond) of het herstellen van kennelijke incidentele misslagen (bijvoorbeeld een duidelijk herkenbare misrekening in de tarieven). Deze twee uitzonderingen zijn nu in de beleidsregel expliciet opgenomen.

Aanpassing en toevoeging begrippen

In de BR/CU-2078 is een aantal begrippen aangepast en zijn begrippen toegevoegd waardoor de begrippenlijst duidelijker en vollediger is.

Toelichting bij definitie verpleegdag

In verband met de invoering van DOT zijn enkele definities, waaronder de definitie van een verpleegdag, verduidelijkt. In vervolg hierop heeft de NZa op 21 februari een circulaire⁸ verspreid die nadere uitleg verschaft over de definitie van verpleegdag. In deze circulaire schrijft de NZa ook het volgende: 'De NZa verwacht dat verzekeraars en zorgaanbieders het begrip 'overnachting' in onderling overleg invullen. Als op grond van signalen uit het veld blijkt dat aanvullende regelgeving gewenst is zal de NZa hierover in overleg treden met branchepartijen.' Op grond van reacties die partijen bij de NZa hebben ingediend blijkt dat de wens van partijen is om het begrip 'overnachting' nader te definiëren door concrete tijdstippen te benoemen. Om deze reden wordt op verzoek van de partijen het volgende aanvullend opgenomen bij de definitie van een verpleegdag: er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 00:00 uur en ontslag plaatsvindt ná 07:00 uur op de daaropvolgende kalenderdag.

Wijziging in samenstelling lijst voor add-ons geneesmiddelen

Er is een wijziging doorgevoerd in de samenstelling van de lijst voor de add-ons geneesmiddelen. Zo wordt in de beleidsregel BR/CU-2078 aangegeven dat de NZa in 2012 diverse add-ons voor stofnamen en/of indicaties heeft vastgelegd op voor aanvragen die op basis van de aanvraagprocedure add-ons zijn ingediend en goedgekeurd.

Verder is in de beleidsregel opgenomen dat per 1 januari 2013 zestien geneesmiddelen overgeheveld worden uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) naar het ziekenhuiskader welke additioneel door de NZa zullen worden gedefinieerd als add-on. Het betreft (een selectie van) de middelen die vallen in de groepen groeihormonen en oncolytica.

Aanpassing productstructuur en tarieven specifieke productgroepen

De productstructuur en de maximumtarieven voor cardiopulmonale chirurgie, neurochirurgie, kindergeneeskunde, revalidatiegeneeskunde, epilepsie en complex chronisch longfalen worden per 1 januari 2013 gewijzigd. Informatie over de aangepaste kostprijsberekening van deze DBC-zorgproducten is in de nieuwe beleidsregel opgenomen.

5.4 Overige wijzigingen regeling 'Medisch specialistische zorg'

De NZa heeft eind vorig jaar ook de regeling 'Medische specialistische zorg' (BR/CU-209) vastgesteld, welke in werking is getreden op 1 januari 2012. Per 1 mei en 1 september 2012 zijn in deze regeling tussentijds enkele wijzigingen doorgevoerd. Per 1 januari 2013 wordt de regeling gewijzigd in samenhang met de oplevering van het nieuwe DBC-pakket 2013.

De belangrijkste wijzigingen in de regeling komen voort uit overheveling van geriatrische revalidatiezorg met ingang van 2013 naar de Zvw, gewijzigde

⁸ Zie circulaire CI/12/63c, 21 februari 2012.

indeling van de overige zorgproducten en aanpassing en toevoeging van begrippen. Voor toelichting van deze wijzigingen wordt verwezen naar toelichting bij wijzigingen in de nieuwe beleidsregel BR/CU-2078 (zie paragraaf 5.3).

Onderstaand volgt een toelichting van de overige wijzigingen die in de regeling 'Medische specialistische zorg' (verder NR/CU-221) zijn aangebracht ten opzichte van de oude regeling 'Medische specialistische zorg' (NR/CU-220).

Verduidelijking informatieverplichting verwijzing m.b.t. AGB-code

In de NR/CU-221 is een verduidelijking aangebracht in de informatieverplichting bij declaratie van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen 'interne verwijzingen' (d.w.z. verwezen patiënten binnen dezelfde instelling) en 'externe verwijzingen' (d.w.z. buiten de instelling waar de patiënt in behandeling is). Zorgaanbieders registreren per 2013 bij de onderstaande typen verwijzer verwijsgegevens bij declaratie van een zorgproduct:

- Bij type verwijzer 'verwezen patiënt SEH', 'verwezen patiënt niet-SEH' en 'verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling', is het verplicht om op de declaratie een AGB-code van de verwijzende zorgaanbieder (instelling/praktijk) of zorgverlener (natuurlijk persoon) te vermelden.
- Bij type verwijzer 'verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling' en 'eigen patiënt', is het verplicht om op de declaratie een AGB-code van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) te vermelden.

Wijzigingen n.a.v. veranderingen in het document registratieregels

Voor het specialisme revalidatiegeneeskunde waren de registratiebepalingen uit de specialisme specifieke toelichting op de registratie in 2012 voor een beperkt deel opgenomen in de regeling 'Medisch specialistische zorg'. Dit had te maken met het geheel eigen karakter van deze structuur en daarom was voor deze specialisme een specifieke toelichting toegevoegd als bijlage bij de regeling. Met ingang van 2013 maken deze specifieke regels voor revalidatiegeneeskunde integraal onderdeel uit van de regeling, en worden niet langer apart opgenomen als bijlage. Verder zijn in de regeling wijzigingen in registratiebepalingen aangebracht als gevolg van wijzigingen uit het document registratieregels. Tot slot zijn een aantal uitzonderingen toegevoegd en hebben tekstuele verbeteringen plaatsgevonden aan het registratieaddendum.

5.5 Conclusie

Zoals beschreven in de inleiding is de NZa nog bezig met het beoordelen van de RZ13a. Hierover vindt nog afstemming plaats tussen NZa, DBC-Onderhoud en veldpartijen. Op basis daarvan zal de NZa een definitieve conclusie en oordeel vormen over deze release waarna vaststelling door de Raad van Bestuur plaats kan vinden.

**Bijlage 1: Concept verantwoordingsdocument DBC-
Onderhoud deel 1**

**Bijlage 2: Verantwoordingsdocument CapGemini (Complex
Chronisch Longfalen)**

**Bijlage 3: Toelichtingsdocument op de
honorariumberekening DBC-zorgproducten 2013**

Bijlage 4: Impactanalyses honorariumtarieven DOT 2013