

**Voorlichting**

# **Doorontwikkelagenda DOT**

**Jaargang 3**

oktober 2013



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Aanleiding doorontwikkelagenda	5
1.2 Scope van de doorontwikkelagenda	5
1.3 Totstandkoming van de doorontwikkelagenda	6
1.4 Aantal releases	6
1.5 Leeswijzer	6
<b>2. Afgeronde doorontwikkelpunten</b>	<b>7</b>
2.1 Inleiding	7
2.2 Zorgproducten Intensive Care	7
2.3 Geneesmiddelen in productstructuur	8
2.4 Herijking kostentarieven o.b.v. nieuwe kostprijsmodel (zorgproducten in gereguleerde segment)	9
2.5 Herijking tarieven kaakchirurgie	11
2.6 Meer transparantie van aanspraak binnen DOT	12
2.7 Overige ontwikkelingen 2013	13
<b>3. Lopende en nieuwe doorontwikkelpunten</b>	<b>15</b>
3.1 15	
3.2 Definiëren en opschonen zorgactiviteiten	16
3.3 Inzicht in zorgzwaarte	17
3.4 Koppelen ICD-10 aan bekostiging	19
3.5 Verbeteren registratieregels DOT	21
3.6 Terugdringen overbodige zorgproducten	22
3.7 Aanpak onbedoelde prikkels DOT	23
3.8 Paramedische zorg	24
3.9 Aanspraak binnen DOT	25
3.10 Doorontwikkeling revalidatiezorg (MSRZ en GRZ)	26
3.11 Positie kindzorg in productstructuur	27
3.12 Doorontwikkeling producten complex chronisch longfalen	28
3.13 Productstructuur Kaakchirurgie	28
3.14 Invoeren verkorten doorlooptijd DBC-zorgproducten	29
3.15 Invoering nieuwe bekostiging geneesmiddelen	30
3.16 Transparante zorgnota	31
3.17 Kijk- en luistergeld	32
3.18 Taakherschikking en substitutie	33



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding doorontwikkelagenda

Gezien de grote impact van het nieuwe systeem DOT, de invoering van prestatiebekostiging per 2012, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in 2011 de doorontwikkelagenda DOT opgesteld. Hierin laten wij op transparante wijze zien welke onderwerpen op korte en middellange termijn worden opgepakt om de tarieven en productstructuur DOT verder te verbeteren.<sup>1</sup> Deze doorontwikkelagenda bevat onderwerpen die vanuit het publieke belang minimaal uitgevoerd dienen te worden. Vervolgens hebben wij in 2012 een nieuw deel van de doorontwikkelagenda gepubliceerd.<sup>2</sup> Inmiddels zijn een aantal punten van de doorontwikkelagenda DOT afgerond en/of opgenomen in het reguliere onderhoudsproces. Ook zijn er nieuwe doorontwikkelpunten naar voren gekomen en zijn er inzichten die leiden tot aanpassing van bestaande doorontwikkelpunten. Om die reden hebben wij een derde deel van de doorontwikkelagenda DOT opgesteld.

## 1.2 Scope van de doorontwikkelagenda

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

Om te borgen dat wij de door DBC-O ontwikkelde releases positief kunnen beoordelen en tijdig kunnen vaststellen, hebben wij een toetsingskader geformuleerd en vindt er intensieve afstemming plaats conform de afgesproken onderhoudscyclus. Dit zorgt er concreet voor dat noodzakelijke wijzigingen onderdeel uitmaken van releases, releases geen ongewenste wijzigingen bevatten en de inhoudelijke uitwerking van de wijzigingen in releases passend is.

Iedere release die door DBC-O wordt gebouwd, kent vier verschillende fasen: de voorbereidingsfase (1<sup>e</sup> go), de impactfase (2<sup>e</sup> go), de bouwfase (3<sup>e</sup> go) en de vaststellingsfase (4<sup>e</sup> go). Deze doorontwikkelagenda geeft de kaders weer voor de releases die volgen in 2014 en 2015 en is daarmee de basis voor de voorbereidingsfase in de komende releases.

De doorontwikkelagenda bevat onderwerpen die vanuit het publieke oogpunt minimaal uitgevoerd dienen te worden om de productstructuur en de tarieven te verbeteren. Deze onderwerpen kunnen afkomstig zijn van private partijen, maar worden vanuit publiek oogpunt onderschreven. Onder doorontwikkelpunten worden niet verstaan individuele wijzigingsverzoeken ten aanzien van de productstructuur en/of tarieven. De reden hiervoor is dat deze wijzigingen doorgaans geen beleidsmatig karakter hebben en niet primair de publieke belangen raken. Onderwerpen die niet direct betrekking hebben op productstructuur en/of tarieven zoals kwaliteitsindicatoren vallen eveneens buiten de scope van deze doorontwikkelagenda.

---

<sup>1</sup> Voorlichting 'Doorontwikkelagenda DOT', november 2011.

<sup>2</sup> Voorlichting 'Update doorontwikkelagenda DOT', november 2012.

### 1.3 Totstandkoming van de doorontwikkelagenda

Deze doorontwikkelagenda is samengesteld uit onderwerpen die afkomstig zijn uit de doorontwikkelagenda DOT van vorig jaar, uit onze beoordelingen van releases en input vanuit DBC-O en veldpartijen. Een conceptversie van deze doorontwikkelagenda is afgestemd met DBC-O. Veldpartijen zijn vervolgens geconsulteerd in het Technisch Overleg DOT van 16 september 2013 en de adviescommissie van 9 oktober 2013. Op 29 oktober wordt deze doorontwikkelagenda door de Raad van Bestuur van de NZa vastgesteld.

### 1.4 Aantal releases

Bij de overgang naar de nieuwe prestatiestructuur voor de MSZ (DOT) was er een grote behoefte bij veldpartijen om veel updatemogelijkheden te hebben. Op hun verzoek is er in de afgelopen jaren gewerkt met vier DBC/DOT-pakketten per jaar (releases), twee voorafgaand aan de start van het jaar en twee lopende het jaar. Wij zullen, samen met DBC-O, dit aantal in de komende jaren terug brengen naar maximaal twee releases per jaar met ingang van 2015. Dit betreft één release voorafgaand aan de start van het jaar 2015 en één release gedurende het jaar. Ten behoeve van 2014 zal nog sprake zijn van drie releases: twee voorafgaand aan 2014 en één update lopend 2014 (met ingangsdatum 1 juni 2014). Dit is mogelijk omdat de noodzakelijke wijzigingen in de prestatiestructuur in de afgelopen jaren zijn doorgevoerd en nu een periode aanbreekt van regulier onderhoud. Met deze maatregel beogen we de komende jaren het declaratiesysteem (DOT) zo stabiel mogelijk te houden en partijen zo beter in staat stellen in te kopen op basis van deze DBC-zorgproducten.<sup>3</sup>

De punten in deze doorontwikkelagenda zien wij als vanuit het publieke belang noodzakelijk om op de korte en middellange termijn de productstructuur en tarieven DOT verder te verbeteren. Wij zullen bij het plannen en uitwerken van deze doorontwikkelpunten rekening houden met de wens om op een zo kort mogelijke termijn te komen tot een stabiele productstructuur.

### 1.5 Leeswijzer

Deze doorontwikkelagenda bevat de volgende hoofdstukken:

Hoofdstuk 2: Afgeronde doorontwikkelpunten

Hoofdstuk 3: Lopende en nieuwe doorontwikkelpunten

Hoofdstuk 2 omvat doorontwikkelpunten die ook in de doorontwikkelagenda van vorig jaar waren opgenomen en die per 2014 zijn afgerond. Hoofdstuk 3 bevat doorontwikkelpunten die ook in de doorontwikkelagenda van vorig jaar waren opgenomen, maar waar momenteel nog aan gewerkt wordt. Daarnaast zijn in dit hoofdstuk nieuwe doorontwikkelpunten beschreven, die betrekking hebben op 2015 en verder.

---

<sup>3</sup> CI/13/29c 'Vervroegen beleidscyclus 2015', augustus 2013.

## 2. Afgeronde doorontwikkelpunten

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van doorontwikkelpunten die vorig jaar in de doorontwikkelagenda DOT waren opgenomen en die met ingang van 2014 in de productstructuur of tarieven verwerkt zijn. Dit betekent dat er de komende jaren geen fundamentele doorontwikkeling van deze punten zal plaatsvinden. Wel zullen bepaalde punten in het kader van regulier onderhoud deel uitmaken van een release. Hierbij kan gedacht worden aan de herijking van de tarieven op basis van het NZa-kostprijsmodel. In dit hoofdstuk is per doorontwikkelpunt beschreven wat het doel, de aanpak en het resultaat is van deze doorontwikkeling.

### 2.2 Zorgproducten Intensive Care

Doel
De add-ons Intensive Care (IC) kennen tot en met 2013 een groepsindeling op basis van het aantal beademingsdagen, zoals dit ook in de FB-systematiek gold. Wij zijn van mening dat deze indeling binnen een systeem van prestatiebekostiging niet de juiste prikkels bevat. De beoogde nieuwe set aan prestaties moet onbedoelde prikkels tegengaan en de zorginkoop beter faciliteren.
Uitwerking
Sinds eind 2011 zijn wij bezig met de doorontwikkeling van de productstructuur IC. Op 1 oktober 2012 hebben wij in een consultatiebijeenkomst met veldpartijen verschillende scenario's doorgesproken. Naar aanleiding van deze bijeenkomst en aanvullende reacties van partijen heeft de NZa een besluit genomen over de definitieve indeling van de productstructuur IC per 1 januari 2014.
Resultaat
De huidige productstructuur IC bestaat uit add-ons waarbij de behandeldagen zijn ingedeeld in tariefgroepen (volumegroepen) en er aanvullende toeslagen zijn voor opname, beademing of dialyse (eveneens ingedeeld in dezelfde tariefgroepen). Een instelling wordt op basis van de aantallen beademingsdagen in het vorige jaar ingedeeld in een tariefgroep. De nieuwe productstructuur blijft gebaseerd op een driedeling van IC-prestaties (licht/middel/zwaar), maar daarbij wordt afgestapt van het onderscheidende criterium 'aantal beademingsdagen'. Wij achten het zeer wenselijk om de tariefgroepen niet langer te baseren op een volumecriterium, aangezien een volumecriterium een ongewenste volumeprikkel creëert. De indeling van IC's bij instellingen (in licht/middel/zwaar) gebeurt op basis van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Hierbij laten wij ruimte aan partijen om afspraken te maken op basis van de bestaande indeling, op basis van nieuwe structuurkenmerken, of in een nog verdergaande situatie op basis van patiëntkenmerken. Dus naast het weghalen van de extra volumeprikkel geeft de aangepaste productstructuur meer ruimte voor flexibiliteit.  Naast het afschaffen van de volumegroepen, worden in de nieuwe productstructuur IC de huidige toeslagen voor 'opname' en 'beademing' afgeschaft en verdisconteerd in de behandeldagprijs en blijft er nog één dialysetoeslag over.  Zie voor meer informatie ook de circulaires die hierover zijn verschenen. <sup>4</sup>

<sup>4</sup> CI/13/17c 'Besluiten Zorgactiviteiten op nota, productstructuur IC, nadere regel MDS', 12 april 2013 en CI/13/37c 'Prestaties, tarieven en regelgeving medische specialistische zorg 2014', 27 september 2013

## 2.3 Geneesmiddelen in productstructuur

Doel
<p>In het huidige beleid is het uitgangspunt dat een geneesmiddel binnen de medisch specialistische zorg wordt bekostigd via het tarief van een DBC-zorgproduct. De zorgaanbieder declareert geneesmiddelen niet apart, maar als integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct. Omdat de kosten van behandeling met een geneesmiddel sterk kunnen variëren op individueel niveau en omdat geneesmiddelen bij verschillende indicaties (en dus verschillende DBC-zorgproducten) kunnen worden ingezet, kan sprake zijn van kosteninhomogeniteit van een DBC-zorgproduct. Om dit te voorkomen stellen wij sinds 2012 voor een aantal geneesmiddelen een aparte prestatie vast, een zogenaamde 'add-on'. Als generiek criterium voor het afgeven van een add-on declaratietitel voor geneesmiddelen geldt dat de combinatie van de stofnaam, toedieningsvorm en indicatie gemiddeld meer moet kosten dan € 10.000 per patiënt per jaar.</p>
Uitwerking
<p>Wij hebben in samenwerking met veldpartijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en wetenschappelijke verenigingen) het afgelopen jaar nagedacht over nieuw bekostigingsbeleid voor geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg. Volgens deze partijen kent het huidige beleid te veel knelpunten. Er zijn diverse opties uitgewerkt. Wij hebben alle opties beoordeeld aan de hand van de volgende criteria: deregulering, toegankelijkheid, transparantie, doelmatigheid en macrobetaalbaarheid, administratieve lasten, consistentie met bekostigingsprincipe medisch specialistische zorg en kwaliteit. Wij hebben een eindvoorstel uitgewerkt in de vorm van een advies aan de Minister van VWS.</p>
Resultaat
<p>Het geadviseerde nieuwe bekostigingsbeleid geneesmiddelen zorgt ervoor dat, meer dan in het huidige beleid, rekening kan worden gehouden met de praktijk. Ook biedt dit beleid meer ruimte voor maatwerk. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen zo de mogelijkheid per geneesmiddel de optimale declaratieroute voor patiënten en verzekerden mee te bepalen. Het nieuwe beleid bevat onder andere de volgende elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar kunnen een add-on aanvraag bij ons indienen. Wij betrekken vervolgens een advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU en ZKN) en zorgverzekeraars (ZN) in onze besluitvorming over een add-on aanvraag. Wij zullen aan een advies eisen stellen die voortvloeien uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Algemene wet bestuursrecht (Awb).</li> <li>– Wij stellen een add-on vast op een lager detailniveau, gelijk aan het niveau van het registratienummer van een geneesmiddel. Wij maken in de prestatie geen onderscheid naar indicaties, dus één add-on per geneesmiddel.</li> </ul> <p>Overige kenmerken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wij stellen een maximumtarief vast per add-on door te verwijzen naar een prijslijst met functionele kenmerken die voldoet aan onze eisen.</li> <li>– Het is verplicht een toegediend geneesmiddel dat op de add-on lijst staat als add-on te declareren.</li> <li>– Een verzoek tot het schrappen van een add-on declaratietitel kan worden ingediend door minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar.</li> </ul> <p>Zie voor meer informatie ook de brief aan de Minister en het rapport.<sup>5</sup></p> <p>Voor de invoering van het nieuwe bekostigingsbeleid verwijzen wij u naar 3.15.</p>

<sup>5</sup> U kunt deze documenten vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



## 2.4 Herijking kostentarieven o.b.v. nieuwe kostprijsmodel (zorgproducten in gereguleerde segment)

Doel
<p>De NZa heeft op 3 april 2012 besloten om het nieuwe kostprijsmodel (hierna: NZa-kostprijsmodel) voor medisch specialistische zorg vast te stellen inclusief bijbehorende regelgeving. Op basis van de nadere regel 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' zijn algemene ziekenhuizen en UMC's verplicht om vóór 1 juli 2013 kostprijzen over 2012 aan te leveren. Deze kostprijsinformatie vormt de basis voor herijking van de kostendelen van tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment per 2014.<sup>6</sup></p>
Uitwerking
<p>Op basis van de nadere regel 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' (NR/CU-235) waren algemene ziekenhuizen en UMC's verplicht om voor 1 juli 2013 kostprijzen over 2012 aan te leveren. Deze kostprijsinformatie vormt de basis voor de herijking van de kostendelen van tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment.</p> <p>Door de kostprijzen toe te rekenen op productniveau, en de landelijke limitatieve zorgactiviteitentabel los te laten als verplichte kostendrager, bestaat de mogelijkheid voor zorgaanbieders om kosten toe te rekenen naar eigen kostendragers, die gebaseerd zijn op de werkelijke bedrijfsvoering. De kostprijsberekening kent daardoor minder bewerkingsslagen.</p> <p>Ook de administratieve belasting van partijen beperken wij door zoveel mogelijk aan te sluiten bij de huidige praktijk van kostprijsberekeningen in instellingen. Instellingen zijn verplicht om jaarlijks kostprijzen aan ons op te leveren van de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten binnen het gereguleerde segment. Het totaal van de aan de zorgproducten toegekende kostprijzen mag niet afwijken van de totale kosten die aan de kostendragers zijn toegekend en er dient een aansluiting te worden gemaakt met de jaarrekening. Verder kenmerkt dit model zich door eenvoud en weinig bewerkingsslagen die nog uitgevoerd hoeven te worden om te komen tot een tarief. Wij hanteren voor alle van toepassing zijnde categorieën de werkelijke kosten die aangeleverd zijn door instellingen. In het vastgestelde beslismodel hanteren wij de mediaan als meetwaarde (middelste waarneming in een reeks). In een enkel geval wordt het gewogen gemiddelde gehanteerd.</p> <p>Wij concluderen dat de aanleveringen van ziekenhuizen op basis van het NZa-kostprijsmodel een zeer representatieve en betrouwbare set aan data heeft opgeleverd om de kostentarieven voor 2014 op te baseren. Van de 92 ziekenhuizen kennen zes instellingen een ontheffing van de verplichtingen (doorgaans vanwege een relatief klein gereguleerd segment). Alle resterende 86 instellingen hebben een volledige aanlevering verzorgd, waarvan 82 ook op tijd waren om mee te nemen in het verdere proces van de productprijsberekening 2014. 12 instellingen zijn na nadere beoordeling en analyse afgevallen. Zo zijn onder andere de instellingen die geen aansluiting met de jaarrekening hebben gemaakt niet meegenomen. Maar liefst 70 instellingen zijn uiteindelijk meegenomen in de tariefberekening.</p>

<sup>6</sup> CI/12/70c 'Kostprijsmodel medisch specialistische zorg', 3 april 2012.

## Resultaat

De nieuwe kostentarieven van de gereguleerde zorgproducten blijken gemiddeld lager te zijn dan de kostentarieven 2013. In ons beoordelingsrapport hebben wij deze effecten uitgedrukt in productiewaarde. De productiewaarde berekenen we door de productaantallen te vermenigvuldigen met het tarief 2013 en de productprijzen 2014. Deze beide waarden vergelijken wij met elkaar. Hieruit blijkt dat voor de 175 DBC-zorgproducten waar dit model voor wordt toegepast een productiewaardedaling optreedt van 15% ten opzichte van de productiewaarde op basis van kostentarieven 2013. Ook voor de overige zorgproducten treedt een gemiddelde daling van de productwaarde op van ongeveer 15%. Dit effect is exclusief de indexering voor prijspeil 2014. De werkelijke productiewaardedaling ligt dan ook rond de 12%.

Voor de overige zorgproducten geldt dat de huidige kostentarieven nog stammen uit 2003. Het NZa-kostprijsmodel was mede bedoeld om deze sterk verouderde kostprijzen te herijken. Vanwege het volledig productiejaar zijn er binnen deze groep over het algemeen ook zeer veel waarnemingen in de dataset beschikbaar. Om die reden kan 93% van de overige zorgproducten (die vallen onder reikwijdte) herijkt worden. De kostentarieven van de overige zorgproducten (gebaseerd zijn op kostprijzen 2003) zijn vanaf die tijd jaarlijks geïndexeerd. Deze zijn echter nooit herijkt op basis van een nieuw onderzoek en gezien de technologische vooruitgang ligt het voor de hand dat de tarieven bij een nieuw onderzoek ook zouden gaan dalen.<sup>7</sup>

Zie voor meer informatie ook het beoordelingsrapport van het DOT-pakket 2014.<sup>8</sup>

Wij zullen eind 2013, in afstemming met veldpartijen, een evaluatie uitvoeren naar het NZa-kostprijsmodel.

<sup>7</sup> CI/13/37c, 'Prestaties, tarieven en regelgeving medische specialistische zorg 2014', 27 september 2013.

<sup>8</sup> U kunt dit rapport vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl) in het dossier DBC/DOT.

## 2.5 Herijking tarieven kaakchirurgie

Doel
<p>Ten aanzien van de tarieven kaakchirurgie zal per 2014 een herijking plaats vinden van zowel de kostendelen als de honorariumdelen. De herijking van beide categorieën kent een verschillende achtergrond en doel.</p> <p><i>Honorariumdelen</i></p> <p>De aanleiding voor de aangepaste honorariumbedragen is de opdracht van de Minister van VWS om voor 2014 herijkte tarieven voor het honorariumdeel kaakchirurgie vast te stellen. Kaakchirurgen vallen niet onder de afspraken over uitgavenbeheersing medisch specialisten. Daarom heeft VWS voor de kaakchirurgie een taakstellende besparing van € 20 miljoen ingeboekt per 2014. Onderdeel van de opdracht van VWS is dat de nieuwe honorariumtarieven gebaseerd moeten worden op een verdeling van beschikbare middelen voor kaakchirurgie als onderdeel van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Dit beschikbare BKZ dient verdeelt te worden over de bestaande kaakchirurgische prestaties. Deze methodiek wijkt af van de tot nu tot gehanteerde wijze van tariefberekening in de kaakchirurgische zorg.</p> <p><i>Kostendelen</i></p> <p>In april 2012 heeft de NZa het nieuwe kostprijsmodel voor de medische specialistische zorg vastgesteld (zie ook paragraaf 2.4). Dit betekent dat het ziekenhuiskostendeel van de kaakchirurgische verrichtingen per 2014 op basis van dit kostprijsmodel herijkt kan worden.</p>
Uitwerking
<p><i>Honorariumdelen</i></p> <p>Ter voorbereiding op deze herijking hebben wij een uitgebreid gegevensonderzoek laten uitvoeren onder alle instellingen die kaakchirurgische zorg leveren. Met dit onderzoek is de honorariumomzet van kaakchirurgen, de productieaantallen en het aantal fte kaakchirurgen over het jaar 2011 in Nederland in kaart gebracht. Dit onderzoek hebben wij aangeboden aan de Minister. De uitkomsten van dit onderzoek zijn verwoord in een brief aan de Minister en een onderzoeksrapport.<sup>9</sup></p> <p><i>Kostendelen</i></p> <p>Voor de kaakchirurgische prestaties geldt (net als voor andere categorieën overige zorgproducten) dat de huidige kostentarieven nog stammen uit 2003. Het NZa-kostprijsmodel was mede bedoeld om deze sterk verouderde tarieven te herijken. Vanwege het volledige productiejaar zijn er binnen deze groep over het algemeen ook zeer veel waarnemingen in de dataset beschikbaar.</p>
Resultaat
<p><i>Honorariumdelen</i></p> <p>Aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek heeft de minister van VWS besloten om het honorariumbedrag voor de kaakchirurgen met € 38 miljoen te korten. Deze korting wordt in twee stappen doorgevoerd, € 20 miljoen in 2014 en € 18 miljoen in 2015. Op basis van het beschikbaar gestelde kader, waarbij rekening is gehouden met de korting, hebben wij vervolgens de nieuwe honorariumtarieven berekend. In de beleidsregel Kaakchirurgie is de nieuwe methode van het berekenen van de honorariumtarieven 2014 verwerkt. Tevens heeft de beleidsregel een einddatum gekregen, omdat VWS voor het jaar 2015 een nieuw kader vaststelt.</p> <p><i>Kostendelen</i></p> <p>Het blijkt dat kostendelen van 123 van de 125 kaakchirurgische prestaties herijkt kunnen worden op basis van gegevens uit het NZa-kostprijsmodel. 57 van de 70 ziekenhuizen hebben kostprijzen kaakchirurgie aangeleverd. Dit leidt tot een productiewaardedaling van -37% voor deze prestaties.</p>

<sup>9</sup> U kunt dit document vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

## 2.6 Meer transparantie van aanspraak binnen DOT

Doel
<p>Binnen de medisch specialistische zorg is veelvuldig gesproken over de methodiek rond de declaratie van onverzekerde zorg (oftewel niet-basispakketzorg). De kernvraag is hierbij: hoe kan worden voorkomen dat onverzekerde zorg wordt gedeclareerd als verzekerde zorg? Het blijft altijd de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om zorg op een juiste manier te declareren. Verder is het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat alleen verzekerde zorg vergoed wordt uit het basispakket. Om te kunnen beoordelen of sprake is van verzekerde zorg moet de zorgverzekeraar wel zicht hebben op de inhoud van de geleverde zorg.</p> <p>Op dit moment wordt in de DBC/DOT-systematiek gewerkt met een 'kleurensystematiek', die faciliteert in het onderscheiden van verzekerde en onverzekerde zorg. Deze 'kleurensystematiek' kent echter beperkingen waardoor zorgverzekeraars aanvullende controles moeten inzetten om vast te kunnen stellen of sprake is van verzekerde zorg. Deze controles zijn ook nodig omdat er signalen zijn dat onverzekerde zorg ten onrechte als verzekerde zorg wordt gedeclareerd. Het beter transparant maken van aanspraak binnen DOT heeft tot doel om verzekeraars te faciliteren bij de controle op de rechtmatigheid van declaraties en zorgaanbieders in staat stellen om beter aan te tonen dat er sprake is van (on)verzekerde zorg.</p>
Uitwerking
<p>Wij hebben begin 2013 met veldpartijen de mogelijke instrumenten besproken om het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg te verduidelijken. Eén van deze instrumenten is het vermelden van zorgactiviteiten op de nota. Wij hebben de instrumenten beoordeeld aan de hand van de volgende criteria: borging publieke belangen, verminderen onbedoelde prikkels, deregulering, verhogen flexibiliteit, hanteerbaarheid en uitvoerbaarheid. Hieruit bleek dat vermelden van zorgactiviteiten op de nota op dit moment de meest geschikt methode is.</p>
Resultaat
<p>Op 9 april 2013 heeft de NZa een voorgenomen besluit genomen dat zorgaanbieders van medisch specialistische zorg in 2014 een selectie van zorgactiviteiten moeten gaan vermelden op de nota. Het betreft de zorgactiviteiten met een aanspraakbeperking én alle aanpalende zorgactiviteiten.</p> <p>Bij de declaratie van een DBC-zorgproduct blijkt momenteel niet uit de nota welke zorgactiviteit is geleverd. Het vermelden van zorgactiviteiten op de nota zal de transparantie van de geleverde (on)verzekerde zorg vergroten. Dit faciliteert de verzekeraar bij de controle op de rechtmatigheid van declaraties; de controles kunnen effectiever en gericht plaatsvinden. Anderzijds kunnen zorgaanbieders op deze manier beter aantonen dat er sprake is van verzekerde zorg. Het vermelden van zorgactiviteiten op de nota wordt verplicht door middel van een informatieverplichting in de nadere regel 'Medisch Specialistische Zorg' 2014 (zie ook 2.7 en 3.16).</p>

## 2.7 Overige ontwikkelingen 2013

In 2013 zijn ook onderwerpen aan bod gekomen die niet voorkwamen op een eerdere doorontwikkelagenda DOT. Hieronder presenteren wij een beknopt overzicht van deze ontwikkelingen:

### E-health

- De NZa heeft in juli 2013 een advies over e-health uitgebracht. Hierin concluderen wij dat er in de huidige productstructuur, tarieven en regelgeving al veel mogelijkheden zijn om e-health te bekostigen. Verder adviseren wij - kortgezegd – drie maatregelen: het informeren over de (bekostigings)mogelijkheden van e-health, het faciliteren van transparantie over het toepassen van e-health en het uitbreiden van declaratiemogelijkheden voor telediagnostiek. Dit leidt onder andere tot nieuwe overige zorgproducten voor telediagnostiek per 2014. Zie voor meer informatie de brief aan de Minister en het adviesrapport.<sup>10</sup>

### Verkorten doorlooptijd DBC-zorgproducten

- Ook hebben wij, in samenwerking met DBC-O, een advies uitgebracht over het verkorten van doorlooptijd van DBC-zorgproducten. Het primaire doel van het verkorten van de doorlooptijd is het versnellen van de informatievoorziening. Wij concluderen dat het mogelijk is de maximale doorlooptijd van DBC-zorgproducten te verkorten naar 120 dagen. In het rapport benoemen wij de samenloop met andere dossiers, de mogelijke risico's die samenhangen met het verkorten van doorlooptijden van DBC-zorgproducten en de maatregelen om deze risico's te beperken. Het verkorten van de doorlooptijd van DBC-zorgproducten wordt ingevoerd per 2015. De Minister heeft de Tweede Kamer hierover geïnformeerd<sup>11</sup>. Zie voor meer informatie het advies, de impactanalyse en bijbehorende brief aan de Minister.<sup>12</sup>

### Informatie op zorgnota

- Vanuit verschillende invalshoeken is in 2013 de discussie gestart over informatie op de nota, namelijk: kostenbewustzijn, controle en fraude. Dit heeft er onder andere toe geleid dat de Raad van Bestuur van de NZa op 23 juli 2013 een voorgenomen besluit heeft genomen om de informatieverplichting op de nota van Medisch Specialistische Zorg in 2014 uit te breiden. Hiermee worden zorgaanbieders verplicht om vanaf 2014 onder andere contactmomenten en operaties te vermelden op de nota. Zie voor meer informatie de berichtgeving op onze website.<sup>13</sup>

### Integrale tarieven

- Wij hebben op verzoek van de Minister in juli 2013 een advies uitgebracht over integrale tarieven. Wij adviseren – kortgezegd – om de deelregulering van de honorariumtarieven van medisch specialisten op te heffen per 2015. Dit draagt bij aan de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om selectief in te kopen. Zie voor meer informatie het adviesrapport.<sup>14</sup>

<sup>10</sup> Rapport 'Advies e-health', juli 2013.

<sup>11</sup> Kamerbrief 'Eerste tussenrapportage verbetering informatievoorziening zorguitgaven', juli 2013.

<sup>12</sup> Rapport 'Advies verkorten doorlooptijd DBC-zorgproducten', juni 2013.

<sup>13</sup> CI/13/28c 'Besluit zorgactiviteiten op nota MSZ', 24 juli 2013.

<sup>14</sup> Rapport 'Advies integrale tarieven medisch specialistische zorg' juni 2013.



### **3. Lopende en nieuwe doorontwikkelpunten**

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van doorontwikkelpunten die vorig jaar in de doorontwikkelagenda waren opgenomen, en die op dit moment nog in ontwikkeling zijn. Daarnaast zijn een aantal nieuwe doorontwikkelpunten opgenomen, die zijn voortgekomen uit onze beoordelingen van de DOT-releases gedurende 2013 en op basis van voortschrijdend inzicht. Per doorontwikkelpunt wordt beschreven wat de achtergrond is, het doel van de doorontwikkeling, de stand van zaken anno 2013 en de aanpak van de verdere doorontwikkeling. Ook is opgenomen wie de voortrekkersrol heeft en met ingang van welk jaar dit doorontwikkelpunt gerealiseerd moet zijn.

In dit hoofdstuk zijn niet opgenomen de individuele wijzigingsverzoeken ten aanzien van de productstructuur en/of tarieven. De tariefherijking 2014 is vervat in paragraaf 2.4. De individuele wijzigingsverzoeken ten aanzien van productstructuur en tarieven bestempelen wij als regulier onderhoud, omdat deze doorontwikkelingen doorgaans geen beleidsmatig karakter hebben en niet primair de publieke belangen raken.

## 3.2 Definiëren en opschonen zorgactiviteiten

<b>Achtergrond</b>
Zorgactiviteiten vormen de 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 Medische Verrichtingen (WBMV) 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, welke zorgactiviteit, onder welke voorwaarden kan worden vastgelegd.
<b>Doel</b>
De zorgactiviteiten verduidelijken, opschonen en eenduidig categoriseren. Deze verbeteringslag bevat de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Overbodige zorgactiviteiten dienen te worden afgeschaft. Hierbij kan ook gedacht worden aan zorgactiviteiten die overbodig zijn geworden in verband met het vervallen van de FB-systematiek.</li> <li>– Onduidelijke zorgactiviteiten dienen te worden verduidelijkt. Het gaat hierbij zowel om het definiëren van zorgactiviteiten, als om het verduidelijken van omschrijvingen.</li> </ul>
<b>Stand van zaken</b>
Per 2014 worden de FB-parameters die niet meer relevant zijn in de DBC/DOT-productstructuur verwijderd of samengevoegd. Hierbij kan gedacht worden aan de verschillende klassen van verpleegdagen, de zware dagverpleging en het eerste polikliniekbezoek. <p>Om te beoordelen in hoeverre de omschrijvingen en definities van zorgactiviteiten duidelijk en volledig zijn, hebben wij eind vorig jaar een opdracht aan drie adviserend geneeskundigen gegeven om de omschrijvingen c.q. definities van de zorgactiviteiten in de zorgactiviteitentabel te beoordelen op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– aansluiting bij de feitelijke (medische) inhoud van deze activiteit;</li> <li>– volledigheid en eenduidigheid van de omschrijving c.q. definitie om zo het grijze gebied zo veel mogelijk te verkleinen;</li> <li>– kenmerken als aanspraak, mate van detaillering, evenwichtigheid in opbouw, taalgebruik en WBMV;</li> <li>– De aanbevelingen uit deze analyse worden in samenwerking met DBC-Onderhoud en veldpartijen uitgewerkt. De eerste resultaten hiervan verwerken wij in de regelgeving medisch specialistische zorg 2014 en in de zorgactiviteitentabel. Hierbij kan gedacht worden aan definities voor zorgactiviteiten (toppreferente) kindergeneeskunde.</li> </ul>
<b>Aanpak</b>
Wij hebben samen met DBC-O een traject voor het verbeteren van de zorgactiviteitentabel opgepakt. Dit traject is in de tweede helft van 2013 van de grond gekomen en wordt afgerond in 2014. De aanbevelingen uit de analyse van de adviserend geneeskundigen vormen hierbij een belangrijke leidraad. De uitwerking vindt plaats in overleg met OMS, NFU, NVZ en ZN.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa en DBC-O.
<b>Gereed</b>
Grote verbeteringslag in DBC-pakket 2014, gereed in DBC-pakket 2015.



### 3.3 Inzicht in zorgzwaarte

#### Achtergrond

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

Daarnaast zijn in 2012 en 2013 een aantal veranderingen doorgevoerd dat de knelpunten ten aanzien van zorgzwaarte verder verminderd:

- Uitbreiding van het B-segment: vrije prijzen bieden de mogelijkheid om zorgzwaarte lokaal uit te onderhandelen.
- Het vaste segment: specifieke functies die een grote mate van beschikbaarheidscomponent kennen (zoals SEH en traumahelikopters). Voor deze zorgfuncties wordt de zorgzwaarte problematiek opgelost.
- Doorontwikkeling productstructuur voor topreferente zorg: In de productstructuur 2013 zijn voor verschillende specialismen, zoals kindergeneeskunde, thoraxchirurgie en neurochirurgie fundamentele aanpassingen gedaan zodat de zorgzwaarte beter tot zijn recht komt.

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

#### *Definitie zorgzwaarte en zorglichte*

Er is sprake van een hoge mate van zorgzwaarte<sup>15</sup> wanneer zorg voor een instelling, afdeling of patiëntenpopulatie structureel resulteert in een uitgebreider zorgprofiel, meer tijdsbeslag of de structurele inzet van zwaardere behandelaarsgroepen dan het gemiddelde profiel. Dit leidt uiteindelijk tot een hoger kostenbeslag. Het hogere kostenbeslag wordt daarbij niet veroorzaakt door inefficiency of ondoelmatigheid, maar door een structureel uitgebreider zorgprofiel op basis van de specifieke patiëntkenmerken van de patiëntenpopulatie. Om te spreken van een hoge of lage mate van zorgzwaarte moet er sprake zijn van een significante structurele afwijking tussen de geleverde (zorg)kosten (op niveau van instelling of patiëntenpopulatie) en de vergoeding die hier tegenover staat.

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

#### *Zorgzwaarte en academische component*

In de academische component is financiering opgenomen voor topreferente zorg. In de DOT-productstructuur zijn prestaties opgenomen voor topreferente zorg. Ook zijn er wensen om in de DOT-productstructuur verder te differentiëren voor zorgzwaarte. Wij zien hierbij een risico voor dubbele bekostiging. Immers, er worden DBC-zorgproducten ontwikkeld voor topreferente zorg, maar de academische component blijft ongewijzigd.

In afstemming met het ministerie van VWS zijn wij tot een afwegingskader gekomen:

- De bekostiging van innovaties via de academische component vindt plaats op basis van de gedachte van een 'revolving fund'. Er stromen regelmatig innovaties uit de academische component, omdat de experimentele / onderzoeksfase is afgerond en de zorg nu ook door andere aanbieders geleverd kan worden. Voor deze zorg moeten prestaties in de DBC/DOT-systematiek worden gecreëerd. De ruimte die ontstaat in de academische component wordt opgevuld met nieuwe innovaties.
- De bekostiging van zorgzwaarte zou wellicht op termijn uit de academische component kunnen verdwijnen en volledig opgenomen kunnen worden in de DBC/DOT-systematiek.

<sup>15</sup> De term zorgvraagzwaarte, zoals bijvoorbeeld gehanteerd wordt in de geestelijke gezondheidszorg, is gerelateerd aan de patiënt (de zwaarte van de zorgvraag) en onderscheidt zich daarmee van zorgzwaarte, wat gaat over de zwaarte van de behandeling.

<b>Doel</b>
Op basis van de uitkomsten van het onderzoek naar de academische component wijzigingen doorvoeren in productstructuur, mocht dit onderzoek daartoe aanleiding geven.
<b>Stand van zaken</b>
Op dit moment doet de NFU via het project ROBIJN onderzoek naar kenmerken van de topreferente patiënt. Dit biedt mogelijk aanknopingspunten voor het verder differentiëren naar zorgzwaarte in de DBC/DOT-productstructuur (en tegelijkertijd het schonen van de academische component voor deze zorg).
<b>Aanpak</b>
Allereerst moeten de resultaten van het ROBIJN onderzoek helder zijn. Vervolgens kunnen we inventariseren welke aanpassingen in de DBC/DOT-productstructuur doorgevoerd moeten worden naar aanleiding van dit onderzoek.
<b>Voortrekkersrol</b>
NFU
<b>Gereed</b>
Gereed in DBC-pakket 2016.

### 3.4 Koppelen ICD-10 aan bekostiging

Achtergrond
<p>In de oude DBC-systematiek werd gebruik gemaakt van DBC-diagnoses voor de typering van de DBC. Deze DBC-diagnoses zijn per specialisme ontwikkeld in samenspraak met de betreffende wetenschappelijke verenigingen. In de huidige DBC/DOT-productstructuur wordt nog steeds gebruik gemaakt van deze DBC-diagnoses. Wel zijn voor het merendeel van de specialismen deze DBC-diagnoses gekoppeld aan de ICD-10 hoofdstukken. De DBC-diagnosetypering is geen internationale standaard en niet-specialisme overstijgend. Door de DBC-diagnoses te vervangen door ICD-10 verbetert de medische herkenbaarheid en de vergelijkbaarheid van DBC-zorgproducten.</p> <p>Een ander belangrijk uitgangspunt bij de invoering van ICD-10 is het eenmalig vastleggen van de diagnose aan de bron voor meervoudig gebruik. In de huidige situatie wordt naast de ICD-10-diagnose (tbv medische registratie) ook de DBC-diagnose (tbv de bekostiging) vastgelegd. Dit leidt tot administratieve lasten voor zorgaanbieders.</p>
Doel
<p>Het koppelen van ICD-10 aan de bekostiging om o.a. specialisme-overstijgendheid, internationale vergelijkbaarheid en eenduidige vastlegging aan de bron te realiseren.</p>
Stand van zaken
<p>Het ministerie van VWS heeft aan ons de opdracht gegeven om ICD-10 te koppelen aan de bekostiging. Deze opdracht bestaat uit de volgende onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Breng in kaart wat de stand van zaken is rond de invoering van ICD-10.</li> <li>– Breng in kaart op welke manier ICD-10 verder geïntegreerd kan worden in de basisregistratie van ziekenhuizen zodat er daadwerkelijk een eenmalige vastlegging aan de bron komt (combinatie fase 2 en 3).</li> <li>– Breng in kaart hoe registratie in ICD-10 verder geïntegreerd kan worden in het DOT-systeem en hoe vastlegging in ICD-10 diagnoses verder gefaciliteerd kan worden. Bepaal ook de impact voor ziekenhuizen, artsen, verzekeraars en andere stakeholders.</li> <li>– Bepaal op welke manier de regelgeving aangepast kan worden zodat vastlegging in ICD-10 wordt ondersteund.</li> <li>– Maak een overall planning t.a.v. bovenstaande.</li> </ul> <p>Wij hebben in 2013 een werkgroep opgericht om met veldpartijen de koppeling van ICD-10 aan de bekostiging te bereiken. Wij zijn van mening dat er meer betrokkenheid en prioriteit van partijen nodig is om de koppeling van ICD-10 aan de bekostiging te realiseren. Wij vinden de stappen die op korte termijn kunnen worden gezet namelijk niet voldoende.</p>

<b>Aanpak</b>
<p>Wij zijn daarom van mening dat per 2015 fundamentele stappen op dit dossier moeten worden gezet. Dit zou er als volgt uit kunnen zien:</p> <p>Er komt een informatie/transparantieplichting om per 2015 ICD-10 diagnoses op het diepste niveau te registreren én te vermelden op de nota. Door het vermelden van deze diagnose op de nota wordt registratie aan de bron gestimuleerd. Immers moet voordat een declaratie wordt uitgestuurd de ICD-10-diagnose worden vastgelegd. Daarmee wordt ICD-10 per 2015 gekoppeld aan het declaratieverkeer. Ook is deze informatie dan beschikbaar voor andere de doeleinden die de Minister hiermee voor ogen had.</p> <p>Wij willen deze koers de komende tijd verder uitwerken in nauwe afstemming met betrokken partijen. De NZa en DBC-O zullen doorgaan met het faciliteren van de ontwikkeling van hulpmiddelen voor de registratie van ICD-10, zoals de autorisatie van de diagnosethesaurus. Verder willen wij in overleg met partijen ook nadrukkelijk kijken naar slimmere methoden om bestaande registraties aan elkaar te koppelen zodat ICD-10 informatie met de nota meegestuurd kan worden.</p> <p>Hiermee willen wij per 2015 bereiken dat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– elk ziekenhuis registreert in ICD10 op het diepste niveau;</li><li>– de registratie gekoppeld is aan het declaratieverkeer door middel van een informatieplichting op nota;</li><li>– vastlegging aan de bron gestimuleerd wordt;</li><li>– de noodzakelijk hulpmiddelen beschikbaar zijn (ook nodig voor doorontwikkeling productstructuur 2016);</li><li>– ICD10 breder wordt toegepast (bijvoorbeeld in zorginkoop, factor voor zorgzwaarte etc.) en dus niet alleen meer administratieve last betekent.</li></ul> <p>Wij zullen parallel hieraan werken om per 2016 de DBC-diagnose te vervangen door een ICD-10-diagnose.</p> <p>Wij stellen de komende tijd een plan van aanpak op voor bovengenoemde koers.</p>
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa en DBC-O.
<b>Gereed</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Informatieplichting ICD-10 diagnose op de nota: gereed in het DBC-pakket 2015 (NZa)</li><li>– Diagnosethesaurus 100% geauditeerd: gereed eind 2014 (DBC-O)</li><li>– ICD-10 volledig opgenomen in productstructuur: gereed in het DBC-pakket 2016 (NZa en DBC-O).</li></ul>

### 3.5 Verbeteren registratieregels DOT

<b>Achtergrond</b>
Voor het invoeren van de DBC/DOT-productstructuur zijn geheel nieuwe registratieregels ontwikkeld, die door ons ook zijn opgenomen in de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'. In onze beoordeling hebben wij aangegeven dat ook wat betreft de registratieregels er een verdere doorontwikkeling nodig is. Dit is noodzakelijk vanuit de werking van het systeem, maar ook om eventuele onbedoelde prikkels te voorkomen. Bovendien zijn aanpassingen in de registratieregels noodzakelijk bij het invoeren van het verkorten van doorlooptijden.
<b>Doel</b>
Zo eenduidig mogelijke registratieregels, waarbij onbedoelde prikkels ingeperkt worden.
<b>Stand van zaken</b>
In 2012 is de verbetering van de registratieregels DOT met name gericht op het integreren van specialisme specifieke toelichtingen in de algemene toelichting op de registratieregels en het integreren van de specifieke regels voor revalidatiegeneeskunde in de regeling.
<b>Aanpak</b>
Het verbeteren van de registratieregels kent drie belangrijke speerpunten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– aanpassen registratieregels in verband met verkorten doorlooptijd DBC-zorgproducten;</li> <li>– verbeteren parallelliteitsregels / diagnosecombinatietabel;</li> <li>– doorlichten van registratieregels op onbedoelde prikkels.</li> </ul> Deze punten zullen in samenwerking met veldpartijen opgepakt worden.
<b>Voortrekkersrol</b>
DBC-O (1 en 2); NZa (3).
<b>Gereed</b>
Gereed in DBC-pakket 2015.

### 3.6 Terugdringen overbodige zorgproducten

<b>Achtergrond</b>
Een belangrijk inhoudelijk criterium van de productstructuur is hanteerbaarheid. <sup>16</sup> Binnen de productstructuur dient een beperkt en overzichtelijk aantal zorgproducten aanwezig te zijn dat geregistreerd en gedeclareerd wordt en waarover onderhandeld kan worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
<b>Doel</b>
Indien nodig het schrappen van zorgproducten die niet langer gebruikt worden. Het doel is een gebruiksvriendelijke en werkbare productstructuur.
<b>Stand van zaken</b>
Voor het schrappen van overbodige zorgproducten is het van belang dat er data beschikbaar is die inzicht geeft in prestaties die nauwelijks worden gebruikt. Op dit moment is er nog weinig DOT-data voorhanden die inzicht geeft in de geregistreerde en/of gedeclareerde DBC-zorgproducten. Naar verwachting zal in de eerste kwartaal van 2014 een analyse uitgevoerd kunnen worden naar geregistreerde en gedeclareerde DBC-zorgproducten. Hierbij zullen wij gebruik maken van DIS-data, maar ook de data uit het NZa-kostprijsmodel. Wel zijn er per 2013 en 2014 overige zorgproducten geschoond, die niet of nauwelijks zijn gedeclareerd. Het gaat hierbij om ongeveer 138 (per 2013) en 180 (per 2014) prestaties.
<b>Aanpak</b>
Het beheersen van het aantal producten kan onder meer bereikt worden door DBC-zorgproducten die in de praktijk niet blijken te worden gebruikt en dus overbodig zijn te verwijderen. Voor de vaststelling van overige zorgproducten en DBC-zorgproducten die overbodig en obsoleet zijn is het nodig dat gegevens beschikbaar komen die dit inzicht verschaffen. Hierbij is het ook van belang om vast te stellen waarom een zorgproduct niet of nauwelijks wordt gebruikt. Het eventueel verwijderen van een zorgproduct dient in nauw overleg te gaan met veldpartijen en CVZ (onder meer voor de juridische toets of er wel of geen sprake is van 'zorg' in de zin van de Wmg).
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa en DBC-O (in afstemming met CVZ en veldpartijen).
<b>Gereed</b>
Gereed in het DBC-pakket 2015 en verder.

<sup>16</sup> BR/CU-5084 'Toetsingskader beoordeling DBC-systematiek'.

### 3.7 Aanpak onbedoelde prikkels DOT

<b>Achtergrond</b>
Vanzelfsprekend resteren er binnen DOT, ondanks de reeds doorgevoerde verbeteringen, risico's ten aanzien van onbedoelde prikkels. Onbedoelde prikkels kunnen gedragingen stimuleren die leiden tot ongewenste effecten zoals ondoelmatig gebruik van de zorgmiddelen. Dit heeft nadelige gevolgen voor de consument omdat het kan leiden tot een verslechtering van de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Voor zorgverzekeraars ligt een belangrijke rol om op deze prikkels te sturen en waar mogelijk met (prijs)afspraken te mitigeren. Dit neemt niet weg dat er ook vanuit het publieke domein aandacht dient te zijn voor dit onderwerp, vanuit de werking van het systeem. Om deze reden wordt het gebruik van DOT zorgvuldig gemonitord, om zodoende mogelijk ongewenst gedrag in beeld te krijgen.
<b>Doel</b>
Inventarisatie van onbedoelde prikkels binnen DOT. Op basis van deze inventarisatie zullen wij nagaan of er aanpassingen in de productstructuur en/of aanscherping in de regelgeving nodig zijn. Verder is er aandacht voor gepast gebruik van zorg. Concreet betekent dit dat de productstructuur geen ongepast gebruik moet stimuleren.
<b>Stand van zaken</b>
In eerste helft van 2012 hebben wij een eerste inventarisatie uitgevoerd naar onbedoelde prikkels die mogelijk kunnen optreden in DOT. Deze inventarisatie heeft zowel intern als extern plaatsgevonden. Extern hebben wij gesproken met een aantal zorgverzekeraars en ZN. Een afschrift van de uitkomsten van deze inventarisatie is op 16 juli 2012 naar de veldpartijen verstuurd. <sup>17</sup>
In 2013 is de NZa gestart met het project 'correct declareren'. Eén van de resultaten hiervan is de verboden-toegestaanlijst, waarbij wij aan de hand van voorbeelden uitleggen hoe er wel en niet gedeclareerd mag worden. <sup>18</sup>
<b>Aanpak</b>
Nader onderzoek in het najaar van 2013 naar benodigde aanpassingen van productstructuur DOT en/of regelgeving naar aanleiding van geïnventariseerde onbedoelde prikkels. Dit zal gebeuren op basis van de uitkomsten van het fraudeonderzoek van de NZa en het project correct declareren.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa
<b>Gereed</b>
Onderzoek in 2013, mogelijke aanpassingen in DBC-pakket 2014/2015.

<sup>17</sup> Brief NZa. 'Uitkomsten eerste inventarisatie naar onbedoelde prikkels in DOT', kenmerk 8804, d.d. 16 juli 2012.

<sup>18</sup> NZa, 'Wat is verboden en toegestaan bij ziekenhuisdeclaraties?', juni 2013.

### 3.8 Paramedische zorg

<b>Achtergrond</b>
<p>Het uitgangspunt is dat de kosten van paramedische zorg in het kader van een medisch specialistische behandeling onderdeel uitmaken van het DBC-zorgproduct. Een uitzondering is gecreëerd voor poliklinische fysiotherapie. De tarieven van poliklinische DBC-zorgproducten zijn geschoond voor de kosten van fysiotherapie. Hierdoor is het mogelijk om een overig zorgproduct voor fysiotherapie in rekening te brengen naast een poliklinisch DBC-zorgproduct. De NZa acht het wenselijk de plaats van paramedische zorg in de DBC-systematiek te harmoniseren, want:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Paramedische zorg is in toenemende mate onderdeel van discussies over het basispakket. De aanspraak(beperking) ten aanzien van paramedische zorg dient op een eenduidige manier te landen in de DBC-systematiek (zie paragraaf 4.14).</li> <li>– De NZa hanteert als uitgangspunt functionele bekostiging, waarbij de bekostiging afhankelijk is van de prestatie en niet van de zorgaanbieder die de zorg levert. Er zou gesteld kunnen worden dat vergelijkbare paramedische zorg binnen verschillende echelons functioneel bekostigd zou moeten worden. Hierbij dient de kanttekening geplaatst te worden dat het separaat declareren van paramedische zorg het uitgangspunt van integrale DBC-zorgproducten kan ondermijnen.</li> <li>– Er is op dit moment onduidelijkheid bij zorgaanbieders op welke manier paramedische zorg die is geleverd in het ziekenhuis gedeclareerd kan worden.</li> </ul>
<b>Doel</b>
Harmoniseren van de plaats van paramedische zorg in de DBC-systematiek.
<b>Stand van zaken</b>
In de tweede helft van 2013 wordt een inventarisatie uitgevoerd over de gewenste plaats van paramedische zorg in de bekostiging. Naar aanleiding hiervan bepalen wij de definitieve koers.
<b>Aanpak</b>
Onderzoeken mogelijkheden tot harmonisatie, waarbij de voor- en nadelen van de verschillende opties tegen elkaar worden afgewogen. Hierbij overwegen wij nadrukkelijk om paramedische zorg te verwijderen uit de DBC/DOT-productstructuur en volledig los declarabel te maken. Ook kijken wij hierbij naar de mogelijkheid om deze prestaties te verwijderen uit de DBC-tabellen en instellingen voor medisch specialistische zorg te laten declareren op basis van de prestaties en tarieven (indien van toepassing) voor eerstelijns beroepsbeoefenaren.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa (in afstemming met DBC-O en CVZ).
<b>Gereed</b>
Gereed in het DBC-pakket 2015.



### 3.9 Aanspraak binnen DOT

<b>Achtergrond</b>
<p>De aanspraak van een prestatie heeft te maken met of deze prestatie wel of niet onder de Zorgverzekeringswet valt (basisverzekering). Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bepaalt de aanspraak van deze prestaties. In de oude DBC-systematiek werd de aanspraak op het niveau van DBC's gefaciliteerd door middel van kleuring. Rode DBC's vielen niet onder de aanspraak, groene DBC's vielen wel onder de aanspraak, oranje DBC's vielen enkel onder bepaalde voorwaarden onder de aanspraak (bijvoorbeeld bij bepaalde indicaties).</p> <p>Binnen DOT wordt aanspraakbeperkingen niet langer toegekend aan DBC's maar aan zorgactiviteiten. Het CVZ bepaalt voor welke zorgactiviteiten een aanspraakbeperking geldt en onder welke voorwaarden er recht is op vergoeding uit de basisverzekering. Wij merken hier overigens bij op dat indien iemand ten algemene niet 'redelijkerwijs is aangewezen' op een bepaalde behandeling, er ook geen sprake is van verzekerde zorg (ongeacht op wel of geen aanspraakbeperking geldt op de betreffende activiteit).</p> <p>Bij het beoordelen van het DOT-pakket 2013 heeft de NZa zich verdiept in de huidige constructie van aanspraakbepaling. Zoals bekend worden de zorgactiviteiten binnen DOT door het 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 doorontwikkelagenda.</p> <p>Bovendien heeft de minister van VWS het instrument 'voorwaardelijke toelating tot het basispakket' per 1 januari 2012 geïntroduceerd. De voorwaarde bestaat uit de eis van het verzamelen van gegevens over effectiviteit en/of over kosten-effectiviteit. Met deze gegevens kan na verloop van tijd een besluit worden genomen over definitieve toelating tot het pakket, tot beëindiging van de -voorwaardelijke- toelating, of tot een uitstroom-advies aan de minister. Onderzocht moet worden of een aparte kleuring voor voorwaardelijke toelating wenselijk is, aangezien deze behandelingen veelal onderdeel uitmaken van bestaande producten en als zodanig niet herkenbaar zijn voor zorgverzekeraars.</p>
<b>Doel</b>
<p>Onderzoeken of de aanspraak (Zvw) meer kan aansluiten bij het prestatiesysteem (Wmg). Doel is om te komen tot een goed werkende systematiek die consistent, transparant en voor zorgverzekeraars controleerbaar is.</p>
<b>Stand van zaken</b>
<p>Wij hebben begin 2013 met veldpartijen de mogelijke instrumenten besproken om het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg te verduidelijken (zie ook 3.6). Eén van deze instrumenten is het vermelden van zorgactiviteiten op de nota. Deze maatregel wordt ingezet in 2014. Vervolgens wordt gekeken naar mogelijkheden om dit onderscheid verder te vergroten. Hierbij kan gedacht worden aan het plaatsen van onverzekerde zorg in los declarabele prestaties (in plaats van DBC-zorgproducten) onderzocht. Dit kan bijdragen aan het vereenvoudigen en flexibiliseren van de productstructuur. Met het verminderen van overheidsregulering bij onverzekerde zorg, krijgen veldpartijen meer ruimte om vrijheid en verantwoordelijkheid te nemen bij onverzekerde zorg.</p>
<b>Aanpak</b>
<p>Er wordt een impactanalyse uitgevoerd naar het plaatsen van onverzekerde zorg in los declarabele prestaties. Aan de hand van deze impactanalyse wordt bepaald of, hoe en wanneer het plaatsen van onverzekerde zorg in los declarabele prestaties mogelijk is.</p>
<b>Voortrekkersrol</b>
<p>NZa (in afstemming met DBC-O en CVZ).</p>
<b>Gereed</b>
<p>Gereed in het DBC-pakket 2016.</p>

### 3.10 Doorontwikkeling revalidatiezorg (MSRZ en GRZ)

Achtergrond
<p><b>MSRZ</b></p> <p>Voor de medisch specialistische revalidatie geldt dat per 2013 spoor 2 wordt ingevoerd. Hierdoor ontstaat een productstructuur waarbij de diagnoses zijn ingedeeld in zeven hoofddiagnosegroepen en wordt er ook onderscheid gemaakt tussen klinische en niet-klinische producten, waarbij afleiding plaatsvindt op basis van 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 drie factoren: persoonlijke factoren (zoals leeftijd, andere aandoeningen, etc.), externe factoren (ondersteuning, relaties, etc.) en participatieambitie.</p> <p><b>GRZ</b></p> <p>Met ingang van 2013 wordt de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als gevolg hiervan heeft de NZa prestaties en tarieven voor deze vorm van zorg per 2013 vastgelegd in de voor de medisch specialistische zorg gebruikelijke DBC-zorgproducten. Het betreft 18 DBC-zorgproducten onderverdeeld in twee diagnosegroepen (CVA en overige diagnoses). Afleiding van deze producten vindt plaats op basis van aantallen behandeluren en/of aantallen verpleegdagen.</p>
Doel
<p>Doorontwikkeling van de revalidatieproductstructuur waarbij nadrukkelijk onderzocht wordt of de productstructuur van de medisch specialistische revalidatie geïntegreerd kan worden met de productstructuur van geriatrische revalidatiezorg.</p>
Stand van zaken
<p><b>MSRZ</b></p> <p>De NZa heeft DBC-Onderhoud de opdracht gegeven om in samenwerking met RN en VRA kenmerkende zorgactiviteiten voor MSRZ te ontwikkelen gebaseerd op beschikbare richtlijnen en behandelprogramma's. Hiermee is in 2013 een start gemaakt.</p> <p>In september 2013 hebben RN en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) een voorstel gepresenteerd over de doorontwikkeling in de richting van kenmerkende zorgactiviteiten. Op hoofdlijnen bestaat deze doorontwikkeling uit de volgende stappen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. landelijke uitwerking van kenmerkende zorgactiviteiten (ook wel modules genoemd);</li> <li>2. de lokale programma's ombouwen naar de kenmerkende zorgactiviteiten/modules (uniformering zorgpaden);</li> <li>3. registratie van de kenmerkende zorgactiviteiten (ten behoeve van nieuw ontwerp DBC-zorgproducten).</li> <li>4. implementatie van de nieuwe DBC-zorgproducten op basis van de kenmerkende zorgactiviteiten.</li> </ol> <p><b>GRZ</b></p> <p>Voor 2014 vindt een beperkte doorontwikkeling voor de geriatrische revalidatiezorg plaats. Het belangrijkste doorontwikkelpunt betreft het toevoegen van ambulante vervolgtrajecten. De productstructuur 2013 kent 18 klinische DBC's. Per 2014 worden daar ambulante vervolgtrajecten aan gekoppeld. De insteek is dat een klinisch verblijf wordt vervangen door een ambulante slot van de behandeling. Het toevoegen van ambulante vervolgtrajecten ondersteunt de ontwikkeling van intramurale zorg naar ambulante zorg. De NZa beoordeelt deze wijziging als positief, omdat hiermee de prikkel om patiënten onnodig in klinische setting te behandelen wordt verminderd.</p> <p>Verder heeft de NZa Capping onderzoek laten doen naar de afbakening van de GRZ t.o.v. MSRZ, de toepasbaarheid van de ICF als basis in de productstructuur voor GRZ en de bruikbaarheid van de Zorgvraagindex voor de GRZ. De uitkomsten hiervan worden meegenomen in de doorontwikkeling GRZ en de integratie MSR Z en GRZ.</p>

<b>Aanpak</b>
<p>Wij achten het noodzakelijk om de kenmerkende zorgactiviteiten in het DOT-pakket 2015 (RZ15a) als registratie-eenheden in te voeren. Dit betekent dat deze kenmerkende zorgactiviteiten qua omschrijving begin 2014 bekend moeten zijn. Voor (nadere) definiëring kan de rest van 2014 nog gebruikt worden.</p> <p>Verder wil de NZa onderzoeken of het aantal beroepsgroepen dat tijd kan schrijven voor de MSRZ kan worden beperkt tot een aantal kerndisciplines.</p> <p>Ook wordt de integratie van MSRZ en GRZ onderzocht. Het onderzoek van Capgemini naar de zorgpaden GRZ biedt aangrijpingspunten voor deze integratie.</p>
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa en DBC-O (voorstel voor kenmerkende activiteiten komen uit sector).
<b>Gereed</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Invoeren kenmerkende activiteiten / behandelprogramma's: gereed in DBC-pakket 2015.</li> <li>– Integrale productstructuur voor hele revalidatie: gereed in DBC-pakket 2016/2017.</li> </ul>

### 3.11 Positie kindzorg in productstructuur

<b>Achtergrond</b>
<p>Wij hebben in 2009 akkoord gegeven om voor kindergeneeskunde een aparte boom te maken binnen de productstructuur met daarbij de voorwaarde dat deze boom op termijn weer geïntegreerd moet worden in de reguliere ICD10-bomen. Daarnaast wordt in de productstructuur 2013 van epilepsiezorg onderscheid gemaakt tussen zorg voor kinderen en volwassenen. Ook vanuit andere specialismen zijn er wensen om specifieke kindproducten te ontwikkelen.</p>
<b>Doel</b>
<p>Onderzoek naar de mogelijkheid om kindzorg in de reguliere ICD-10 bomen te integreren, zodat identieke zorg voor volwassenen en kinderen geen verschillend product betreft. Het vaststellen van criteria wanneer van het standpunt afgeweken kan worden.</p>
<b>Stand van zaken</b>
<p>Op dit moment voert DBC-O een scenario-analyse uit voor de mogelijkheden voor integratie van kinderneurologie. Naast integratie van kinderneurologie in de kindergeneeskunde productstructuur, komt hierbij ook de integratie van kinderneurologie in de reguliere ICD-10 bomen aan bod. De uitkomsten hiervan vormen input voor het verdere onderzoek naar de positie van kindzorg in de productstructuur.</p>
<b>Aanpak</b>
Nader te bepalen.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa en DBC-O.
<b>Gereed</b>
Gereed in het DBC-pakket 2016.

### 3.12 Doorontwikkeling producten complex chronisch longfalen

<b>Achtergrond</b>
Per 2013 wordt de productstructuur voor complex chronisch longfalen aangepast. De NZa is voornemens de producten voor complex chronisch longfalen, vanwege het bijzondere karakter, ook in 2014 nog expliciet van toepassing te laten zijn voor de derdelijns long/astma centra.
<b>Doel</b>
Verbeteren beschrijving modules complex chronisch longfalen, zodat deze modules breed toepasbaar zijn. Het doel is om met deze doorontwikkeling de toegankelijkheid van deze producten voor alle instellingen mogelijk te maken.
<b>Stand van zaken</b>
Nieuw doorontwikkelpunt.
<b>Aanpak</b>
DBC-O en veldpartijen beschrijven de zorg die geleverd wordt in de modules, waardoor de transparantie en medische herkenbaarheid van deze zorg wordt vergroot.
<b>Voortrekkersrol</b>
DBC-O (in afstemming met Vereniging Astmacentra Nederland (VAN)).
<b>Gereed</b>
Gereed in het DBC-pakket 2015.

### 3.13 Productstructuur Kaakchirurgie

<b>Achtergrond</b>
De productstructuur kaakchirurgie bestaat uit een groot aantal overige zorgproducten (categorie: overige verrichtingen). De prestaties bestaan uit 5 hoofdgroepen: consultatie, verrichtingen, diagnostische en niet-operatieve ingrepen, kostenvergoedingen en inlichtingen en rapporten. Ook zijn er regels voor toeslagen en halvering van toepassing.
<b>Doel</b>
Het inventariseren van knelpunten in de productstructuur kaakchirurgie, waarbij aandacht is voor transparantie en begrijpelijkheid in het gebruik van de kaakchirurgische prestaties (ook voor de consument). Hierbij zal nadrukkelijk gekeken worden naar de toeslagen en halveringsregels. Het doel is niet om kaakchirurgie op te nemen in de DBC-systematiek, maar wel om meer aansluiting te zoeken met de tweede lijn.
<b>Stand van zaken</b>
Nieuw doorontwikkelpunt.
<b>Aanpak</b>
Wij zullen in samenwerking met veldpartijen in de tweede helft van 2013 starten met het inventariseren van de noodzakelijke aanpassingen in de productstructuur kaakchirurgie.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa.
<b>Gereed</b>
Gereed in het DBC-pakket 2015.

### 3.14 Invoeren verkorten doorlooptijd DBC-zorgproducten

<b>Achtergrond</b>
In juli 2013 hebben wij een advies uitgebracht om de maximale doorlooptijd van DBC-zorgproducten te verkorten naar 120 dagen (zie ook 2.7).
<b>Doel</b>
Het doorvoeren van noodzakelijke wijzigingen in regelgeving en productstructuur om de doorlooptijd van DBC-zorgproducten te verkorten.
<b>Stand van zaken</b>
Nieuw doorontwikkelpunt.
<b>Aanpak</b>
<p>De noodzakelijke wijzigingen zijn onder te verdelen in verschillende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– productstructuur</li> <li>– tarieven</li> <li>– regelgeving</li> </ul> <p>De impactanalyse die de basis vormt voor het advies geeft al een indicatie welke specifieke productgroepen geraakt worden door het verkorten van de doorlooptijd. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de productgroepen voor (geriatrische) revalidatie en audiologie. In afstemming met het veld zal gekeken worden naar de benodigde aanpassingen in deze structuren.</p> <p>De verandering in de tarieven als gevolg van zowel de profielverandering als het toegenomen productie volume moeten meegenomen worden bij de vaststelling van de nieuwe tarieven. Voor het gereguleerde segment zullen wij hier bij het vaststellen van de tarieven rekening mee houden. Voor het vrije segment zullen verzekeraars de prijzen (in de onderhandelingen met de zorgaanbieders) aan moeten passen. Om de omzeteffecten als gevolg van het eerder afsluiten van DBC-zorgproducten te kunnen beheersen zullen we veldpartijen faciliteren met informatie om de tarieven in het vrije segment te kunnen aanpassen.</p> <p>Verder zal er een nadere analyse gedaan worden naar het effect van het verkorten in relatie tot de huidige registratieregels, in het bijzonder de uitzonderingsregels. De NZa en DBC-O gaan graag in op het aanbod van verschillende koepels om gezamenlijk te kijken naar eventueel benodigde aanpassingen in de registratieregels en andere regelgeving.</p>
<b>Voortrekkersrol</b>
DBC-O (in samenwerking met NZa).
<b>Gereed</b>
Gereed in het DBC-pakket 2015.

### 3.15 Invoering nieuwe bekostiging geneesmiddelen

<b>Achtergrond</b>
Wij hebben een advies uitgebracht over de bekostiging van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg (zie ook 2.3).
<b>Doel</b>
Het invoeren van een nieuwe bekostiging van geneesmiddelen.
<b>Stand van zaken</b>
Nieuw doorontwikkelpunt.
<b>Aanpak</b>
Op dit moment zijn wij in afwachting van een besluit van de Minister over het advies. Als dit besluit genomen is stellen wij, in afstemming met het veld, het beleid op voor de nieuwe bekostiging van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg. Dit beleid bestaat o.a. uit het formuleren van een aanvraag- en adviesprocedure en het opstellen van een beoordelingskader voor de adviezen. Daarnaast is het veld aan zet om de adviesprocedure en bijbehorende criteria nader invulling te geven.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa (in samenwerking met VWS en veldpartijen).
<b>Gereed</b>
Gereed in het DBC-pakket 2015.

### 3.16 Transparante zorgnota

<b>Achtergrond</b>
<p>Op 9 april 2013 heeft de Raad van Bestuur van NZa een voorgenomen besluit genomen dat zorgaanbieders van medisch specialistische zorg per 2014 een selectie van zorgactiviteiten moeten gaan vermelden op de nota. Dit besluit had betrekking op de zorgactiviteiten met een aanspraakbeperking én alle aanpalende zorgactiviteiten.</p> <p>Daarnaast heeft de Minister aan de Tweede Kamer toegezegd ten behoeve van kostenbewustzijn en controle van de nota door de patiënt en verzekeraar de informatie op de nota per 2014 uit te breiden, onder andere met relevante contactmomenten en operaties. Het doel van het vermelden van zorgactiviteiten op de nota is dus driedig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– transparantie van aanspraak;</li> <li>– kostenbewustzijn (begrijpelijke nota voor de patiënt);</li> <li>– controle door patiënt en zorgverzekeraar.</li> </ul> <p>De Raad van Bestuur van de NZa heeft daarom op 23 april 2013 een voorgenomen besluit genomen om de informatieverplichting op de nota van Medisch Specialistische Zorg in 2014 uit te breiden. Partijen zijn hier op 24 juli 2013 over geïnformeerd. De uitbreiding van informatie op de nota is opgenomen in de nadere regel 'Medisch Specialistische Zorg'.</p>
<b>Doel</b>
Het transparant maken van de zorgnota voor de consument.
<b>Stand van zaken</b>
In 2014 worden zorgaanbieders verplicht een set aan zorgactiviteiten te vermelden op de nota. Verzekeraars moeten deze informatie (o.a. contactmomenten en operaties) terugkoppelen aan de verzekerde ten behoeve van kostenbewustzijn en controle van de nota.
<b>Aanpak</b>
In 2014 wordt de informatieverplichting opgenomen in de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'. Parallel hieraan ontwikkelen wij consumentenomschrijvingen voor zorgactiviteiten. Ook voeren wij een verbeterslag door voor de consumentenomschrijvingen van DBC-zorgproducten. Deze omschrijvingen stemmen wij af met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa (in overleg met VWS en veldpartijen).
<b>Gereed</b>
<p>Informatieverplichting zorgactiviteiten op nota: gereed in DBC-pakket 2014</p> <p>Consumentenomschrijvingen DBC-zorgproducten en zorgactiviteiten: gereed in DBC-pakket 2014.</p>

### 3.17 Kijk- en luistergeld

<b>Achtergrond</b>
<p>Wij hebben vanuit zorgaanbieders en verzekeraars signalen gekregen dat intensieve contacten met een patiënt (bij een naderend levenseinde) in de huidige prestatiestructuur (DOT) ondergewaardeerd worden. Deze intensieve consulten zouden mogelijk onnodige, dure behandelingen kunnen voorkomen. Een veel genoemd voorbeeld is longkanker. In de praktijk blijkt er in situaties wanneer behandelen geen zin meer heeft, toch dure behandelingen (zoals chemotherapie) worden ingezet. Volgens veldpartijen zou er op dit moment dan ook sprake zijn van een financiële prikkel om door te behandelen.</p>
<b>Doel</b>
<p>Het verminderen van prikkels om onnodig door te behandelen. Het doel per 2014 is om transparant te maken bij welke diagnoses deze consulten geleverd worden. Dit is enerzijds een hulpmiddel bij zorginkoop; in het zorgprofiel (en straks ook op de nota) wordt inzichtelijk dat een dergelijk consult heeft plaatsgevonden. Dit vormt de basis voor de onderhandeling tussen zorgaanbieder en verzekeraar over een passende vergoeding van deze zorg. Anderzijds kan dit inzicht mogelijk op termijn aanleiding zijn om in (specifieke onderdelen van) de productstructuur deze consulten zwaarder te laten wegen in de afleiding. Het is alleen wel de vraag of deze laatste stap (een productstructuuraanpassing) nodig is in een situatie van integrale tarieven. Immers, in een situatie van integrale tarieven hebben verzekeraars en aanbieders alle ruimte om voor conservatieve producten een hoger tarief af te spreken.</p>
<b>Stand van zaken</b>
<p>Per 2014 introduceren we een nieuwe zorgactiviteit 'intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties'. Dit consult heeft vooralsnog een zelfde waarde als een regulier polikliniekbezoek. Door registratie van deze zorgactiviteit kan deze zorg in kaart gebracht en transparant gemaakt worden. Dat maakt het ook voor aanbieders en verzekeraars makkelijker aparte afspraken te maken over de contractering van deze zorg.</p>
<b>Aanpak</b>
<p>Na introductie van deze zorgactiviteit zal de registratie gemonitord worden. Op basis van de geregistreerde gegevens en ervaringen van partijen over de onderhandeling van deze zorg, kan besloten worden of aanvullende maatregelen (zoals een productstructuuraanpassing) nodig zijn.</p>
<b>Voortrekkersrol</b>
<p>NZa (in samenwerking met DBC-O).</p>
<b>Gereed</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Invoeren van zorgactiviteit: gereed in DBC-pakket 2014.</li> <li>– Monitoren van registratie en evt aanpassen productstructuur: per 2015 en verder.</li> </ul>



### 3.18 Taakherschikking en substitutie

<b>Achtergrond</b>
<p>De NZa heeft op verzoek van de Minister begin 2012 een advies uitgegeven over taakherschikking binnen tweedelijns en hoe hier mee opgegaan dient te worden in de productstructuur. Hierbij gaat het specifiek om het verplaatsen van zorg van medisch specialisten naar verpleegkundig specialisten en physician assistants. In het advies worden als belangrijkste belemmeringen in de regelgeving gezien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de poortspecialist is verantwoordelijk voor het openen en typeren van een zorgtraject.</li> <li>– voor de registratie van een polikliniekbezoek is een face-to-face contact met een poortspecialist noodzakelijk.</li> </ul> <p>De Minister heeft aangegeven dat zij de NZa zal vragen de regels zodanig aan te passen dat de belemmeringen voor taakherschikking zijn opgeheven en registratie en declaratie van zorgaanbieders per 1 januari 2015 de gewenste ruimte biedt voor de physician assistant en verpleegkundig specialist.<sup>19</sup></p> <p>In juli 2012 heeft de NZa een advies uitgebracht over het onderwerp substitutie tussen de eerste en tweede lijn. Net als bij taakherschikking is het doel om zorg op de juiste plek (en door de juiste zorgverlener) te laten plaatsvinden. De belangrijkste aanbeveling uit het advies is het creëren van bekostigingsmogelijkheden voor een meekijkconsult. Dit meekijkconsult houdt in dat de huisarts makkelijker eenmalig een medisch specialist kan raadplegen zonder de patiënt formeel door te hoeven verwijzen naar de tweede lijn. Vervolgens is in het onderhandelaarsresultaat eerste lijn ook opgenomen dat er met ingang van 2015 een meekijkconsult wordt ingevoerd. De Minister zal de NZa verzoeken hiertoe in afstemming met partijen een prestatiebeschrijving ontwikkelen en vast te stellen.</p>
<b>Doel</b>
Het doel is om belemmeringen voor taakherschikking en substitutie in productstructuur en regelgeving weg te nemen.
<b>Stand van zaken</b>
Nieuw doorontwikkelpunt.
<b>Aanpak</b>
Ten aanzien van taakherschikking zal de NZa in overleg met het veld de benodigde aanpassingen in de regelgeving doorvoeren om de belemmeringen voor taakherschikking weg te nemen. Ook zal de NZa in afstemming met het veld een prestatiebeschrijving ontwikkelen voor het meekijkconsult. Dit punt zal primair opgepakt worden vanuit de eerste lijn.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa (in samenwerking met VWS).
<b>Gereed</b>
Gereed in het DBC-pakket 2015.

<sup>19</sup> Kamerbrief 'vervolg kabinetsreactie advies NZa taakherschikking', april 2013.