

- Aan het bestuur van de
- algemene ziekenhuizen (010)
  - categorale ziekenhuizen (011)
  - academische ziekenhuizen (020)
  - epilepsie-instellingen (040)
  - dialysecentra (060)
  - audiologische centra (070)
  - radiotherapeutische centra (090)
  - revalidatiecentra (100)
  - zelfstandige behandelcentra (291)
- OMS, ZKN, NVZ, NFU, ZN
- Zorgverzekeraars

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

<b>Behandeld door</b> Directie Zorgmarkten Cure	<b>Telefoonnummer</b> 0900-7707070	<b>E-mailadres</b> voorlichting@nza.nl	<b>Kenmerk</b> CI/12/61c 12D0001837
--	---------------------------------------	---	---

<b>Onderwerp</b> Aandachtspunten bij invoering DOT	<b>Datum</b> 16 januari 2012
---	---------------------------------

Geachte heer, mevrouw,

Met ingang van 1 januari 2012 is binnen de medisch specialistische zorg de nieuwe prestatie- en tariefstructuur DOT van kracht. In deze circulaire wordt u nader geïnformeerd over enkele aandachtspunten die bij de start van DOT van belang zijn.

### ***Inleiding***

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft u in 2011 veelvuldig geïnformeerd over de invoering van DOT door middel van nieuwe regelgeving, rapporten en circularies.

Op 15 november 2011 heeft de Raad van Bestuur van de NZa een besluit genomen over de correctierelease DOT (RZ12b) waarmee ook de laatste onderdelen van DOT definitief bekend zijn geworden. U bent hierover geïnformeerd middels de circulaire CI/11/43c. Met dit besluit van de NZa zijn ook de aangepaste beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' (BR/CU-2045) en de nadere regel 'regeling medisch specialistische zorg' (NR/CU-209) vastgesteld.

In deze circulaire zullen de volgende onderwerpen behandeld worden:

- Tariefaanpassing in de RZ12c
- Aangepaste tariefbeschikking
- Aanvraagprocedure add-ons
- Aanvulling op regelgeving
- Declaratie mondzorg binnen de tweede lijn
- Indicaties bij stollingsfactoren
- Nieuwe DBC Zorgproducten tariefapplicatie
- Toetsingskader honorariumdelen productprijzen
- Aanpassing grouperbomen

***Tariefaanpassing in de RZ12c***

Eind november 2011 heeft de NZa brancheverenigingen geïnformeerd over de mogelijkheden om eventuele tekortkomingen en aparte onjuistheden in de DOT-tarieven aan te melden bij DBC-Onderhoud (DBC-O) ten behoeve van het DOT-pakket RZ12c.<sup>1</sup> Dit pakket wordt uiterlijk 1 april 2012 uitgeleverd aan het veld en treedt per 1 mei 2012 in werking. Op basis van de binnengekomen verzoeken onderzoekt de NZa, in samenwerking met DBC-Onderhoud, op dit moment of, en in welke mate, er in de RZ12c nog aanpassingen zullen worden doorgevoerd in de honorarium- en kostentarieven.<sup>2</sup> Hierover wordt u eind januari 2012 middels een circulaire nader geïnformeerd.

***Aangepaste tariefbeschikking***

Op 18 november 2011 is aan partijen een tariefbeschikking verzonden. Het betreft de niet in werking getreden prestatie- en tariefbeschikking DOT met kenmerk TB/CU-2011-DOT1. Er zijn twee wijzigingen doorgevoerd die geëffectueerd zijn met de nieuwe tariefbeschikking met kenmerk TB/CU-2011-01 (verzenddatum 22 december 2011) die ter vervanging dient van de beschikking TB/CU-2011-DOT1. De betreffende tariefbeschikking kunt u vinden op de website van de NZa.<sup>3</sup> De twee wijzigingen worden hieronder beschreven.

***Prestaties en tarieven vrijgevestigde klinisch chemici***

Bij de verzending van de thans vervangen tariefbeschikking was onduidelijk op welke wijze voor bepaalde zorgproducten in de declaratietitel voor vrijgevestigde medisch specialisten klinische chemici voorzien zou worden. Dit inzicht is er op dit moment wel. Daarom is onder het kopje 'beperkingen' in de beschikking opgenomen dat de vrijgevestigde medisch specialisten klinische chemie voor de declaratie van zorg op verzoek van de eerste lijn en onderlinge dienstverlening de 'overige producten' en bijbehorende honorariumbedragen in rekening mogen brengen zoals opgenomen voor het medisch specialisme medische microbiologie. Deze toevoeging in de bestaande beschikking vervangt de individuele beschikking die in voorgaande jaren af is gegeven aan de betreffende zorgaanbieders.

***Declaratie van kostencomponent door buiten een instelling werkzame medisch specialisten***

In de tariefbeschikking die thans is vervangen was verzuimd te vermelden dat (uitsluitend) medisch specialisten werkzaam in een solo-praktijk buiten een instelling voor medisch specialistische zorg naast het honorariumdeel ook het kostendeel kunnen declareren. Dit is hersteld.

---

<sup>1</sup> Brief 28 november 2011, release RZ12c, kenmerk 11D0047128

<sup>2</sup> Gelet op het feit dat er per 2014 middels de implementatie van het nieuwe kostprijsmodel een generieke aanpassing van de tarieven zal gaan plaatsvinden, wil de NZa hier in het kader van stabiele en consistente tarieven én het beperken van de impact op de onderhandelingen, terughoudend mee omgaan.

<sup>3</sup> <http://www.nza.nl/regelgeving/tarieven/ziekenhuiszorg/tarievenDBCDOT/tarieven-prestaties-DBC-DOT/>

**Aanvraagprocedure add-ons**

Een aanvraag voor een nieuwe add-on voor geneesmiddelen verloopt via de NZa. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen, al dan niet vertegenwoordigd door een brancheorganisatie, een aanvraag indienen voor een nieuwe add-on als voldaan is aan de bepalingen en de voorwaarden zoals vermeld in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'. Voor de aanvraag van een nieuwe add-on dient het formulier 'Aanvraagformulier add-on voor geneesmiddelen vanaf 1 januari 2012' volledig ingevuld te worden.

Het add-on aanvraagformulier bestaat uit twee onderdelen: Algemene aanvraaggegevens en de berekening van de absolute kostendrempel. Alle gegevens in het formulier zijn noodzakelijk om de aanvraag te kunnen toetsen. De bij de NZa ingediende add-on aanvragen worden getoetst aan de absolute kostendrempel van € 10.000 gemiddelde behandelkosten per patiënt per jaar. Om de ingevulde gegevens te kunnen verifiëren, dienen alle onderliggende data (voorzien van een bronvermelding) meegeleverd te worden als aparte bijlage bij het aanvraagformulier.

De compleet ingevulde aanvragen dienen zowel per post (voorzien van handtekening(en)) als per e-mail ingediend te worden bij de NZa.<sup>4</sup> De NZa zal binnen acht weken toetsen of de aanvraag kwalificeert voor een add-on. Indien gegevens ontbreken zal dit richting aanbieders worden teruggekoppeld. Indien een second opinion of experttoetsing van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) nodig is, kan dit voor een langere doorlooptijd zorgen. Bij een positief besluit tot vaststelling van een add-on, zal deze declarabel worden met ingang van de eerstvolgende uitlevering (release) van de tarieventabellen door DBC Onderhoud.

De aanvraagprocedure en het aanvraagformulier worden op een zo kort mogelijke termijn op de website van de NZa gepubliceerd.

**Aanvulling op regelgeving***Registratieregels voor complex chronisch longfalen*

In de regeling 'medisch specialistische zorg' (NR/CU-209) worden de registratieregels voor de medisch specialistische zorg beschreven. Hier is abusievelijk geen uitzondering opgenomen voor de registratieregels met betrekking tot complex chronisch longfalen.<sup>5</sup>

De volgende uitzonderingen zijn hierop van toepassing:

De behandeling wordt geopend op het moment dat de eerste patiënt gerichte activiteit (diagnostiek of behandeling) wordt geregistreerd. Voor klinische behandeltrajecten geldt dat de behandeling in principe gesloten wordt na de laatste activiteit (diagnostiek of behandeling), maar in ieder geval op de 42ste dag na de ontslagdatum. Niet-klinische trajecten worden in principe afgesloten na de laatste activiteit, maar in ieder geval op de 90ste dag na ontslagdatum.

---

<sup>4</sup> De contactgegevens van de NZa voor het indienen van het aanvraagformulier staan vermeld in de aanvraagprocedure.

<sup>5</sup> Het betreft de DBC-zorgproducten voor complex chronisch longfalen (DBC-zorgproductcodes 990022001 t/m 990022033). Deze mogen uitsluitend in rekening gebracht worden door categorale instellingen voor long/astmazorg welke in 2012 nog zijn gebudgetteerd.

Bij het tussentijds afbreken van de behandeling wordt de 'drop-out' code (193890) geregistreerd en de behandeling afgesloten. Hiermee kunnen deze onvolledige zorgtrajecten uit de totale aanlevering gefilterd worden. Bij een onderbreking van de behandeling wegens ziekte en behandeling elders wordt de behandeling in geval van een klinische behandeling na 42 dagen afgesloten. Bij een onderbreking van een poliklinische behandeling wordt de behandeling na 90 dagen afgesloten. Ook in deze gevallen wordt de drop-out code geregistreerd. Indien een patiënt binnen 42 dagen na afbreking van een klinische behandeling of binnen 90 dagen na afbreking van een poliklinische behandeling opnieuw in behandeling wordt genomen dan wordt dit als een voortzetting van de eerder afgebroken behandeling beschouwd, en dient de eerder afgesloten DBC heropend te worden. Op het moment dat een patiënt na afloop van deze periode weer in behandeling komt, wordt er een nieuwe behandeling geopend.

#### *Fout in grouperbomen voor complex chronisch longfalen*

Daarnaast is er een fout opgetreden in de grouper. Een voorwaarde voor het afleiden van een product is dat er aan alle 9 de basismodulen (8 bij diagnose astma) voldaan dient te worden. Door een technische fout in een knooppunt worden op dit moment al producten afgeleid op het moment dat er slechts 1 basismodule aanwezig is. Deze technische correctie zal in de RZ12c doorgevoerd worden, maar de voorwaarde is gewoon per 1 januari 2012 van kracht.

#### **Declaratie mondzorg binnen de tweede lijn**

In de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' worden voor bijzondere tandheelkunde de codes 195001 t/m 195102 genoemd. Dit betreft echter niet de juiste prestatiebeschrijvingen. Deze omschrijvingen blijven binnen de tweedelijns echter wel actief tot de volgende release.

Per 1 januari 2012 gelden er vrije tarieven voor mondzorg, ook voor de centra voor bijzondere tandheelkunde. In dit kader zijn ook nieuwe prestaties opgesteld voor mondzorg. In de release van november (RZ12b) zijn de nieuwe prestaties niet correct toegevoegd. Tot de volgende release RZ12c (ingangsdatum 1 mei 2012) kunnen daarom de oude codes gebruikt worden. Het tarief voor deze oude codes is al wel vrijgegeven, wat betekent dat u wel geacht wordt vrije tarieven te hanteren.

Voor de regelgeving omtrent administratie, declaratie en transparantie verwijzen wij naar de Regeling 'Mondzorg' (NR/CU-708).

In de volgende release worden de oude codes vervangen door de nieuwe codes zoals deze zijn opgenomen in de nieuwe prestatielijst, te weten:  
X731 Tijdtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen  
X611 Verdoving door middel van een roesje (sedatie)  
X631 Verdoving door middel van algehele narcose (anesthesie)  
Deze prestaties zijn exclusief materiaal en techniekkosten.  
Voor een toelichting op deze prestaties verwijst de NZa naar de beleidsregel 'experiment vrije prijzen mondzorg' (BR/CU-7044). Per 1 mei 2012 komen de codes 195001 t/m 195102 te vervallen.

**Indicaties bij stollingsfactoren**

In de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' (BR/CU-2045) staat in artikel 16.1.3 een omschrijving van de stollingsfactoren. Hierin is de volgende passage opgenomen:

*"De stollingsfactoren zijn gedefinieerd per toedieningseenheid en kunnen alleen in rekening worden gebracht bij indicaties welke opgenomen zijn in de bijlage 6."*

De indicaties zijn echter per abuis niet toegevoegd aan bijlage 6 van BR/CU-2045. Deze indicaties zijn wel te vinden in de beleidsregel 'Transitie Bekostigingsstructuur Medisch Specialistische Zorg' (BR/CU-2061).<sup>6</sup> In de Release RZ12c zullen de indicaties bij stollingsfactoren overeenkomstig deze beleidsregel worden toegevoegd.

Verder ontbreken binnen de zorgactiviteiten tabel een aantal stollingsfactoren die wel voorkomen in bijlage 6 van de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' (BR/CU-2045). Deze ontbrekende stollingsfactoren worden in de RZ12c toegevoegd aan de zorgactiviteiten tabel en krijgen een ingangsdatum van 1 januari 2012. Daarnaast zullen in de RZ12c een aantal nieuwe prestaties worden opgenomen voor Mabthera.

**Nieuwe DBC Zorgproducten tariefapplicatie**

Op 30 december 2011 heeft de NZa haar nieuwe DBC zorgproducten tariefapplicatie gepubliceerd. Deze applicatie toont informatie over de zorgproducten en de bijbehorende tarieven. Binnen DOT zijn de zorgproducten onderverdeeld in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten welke te vinden zijn in de nieuwe applicatie. De basisfuncties om prestaties en tarieven op te zoeken is reeds beschikbaar. Eind januari zijn naar verwachting de overige functionaliteiten van de applicatie gereed. De nieuwe applicatie geeft enkel informatie over de nieuwe DOT-structuur. De oude DBC-tariefapplicatie, welke ook in 2012 nog actief is, geeft informatie over zorgtrajecten gestart in 2005 t/m 2011. Beide DBC-applicaties zijn te raadplegen via de site [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

**Toetsingskader honorariumdelen productprijzen**

De Raad van Bestuur van de NZa heeft op 6 december 2011 de herziene beleidsregel BR/CU-5044 'Toetsingskader Beoordeling productstructuur DBC-systematiek' en de bijlage bij deze beleidsregel vastgesteld.<sup>7</sup> In de bijhorende bijlage is het toetsingskader voor de beoordeling van de honorariumdelen van de productprijzen toegevoegd aan de eerder vastgestelde beoordelingskaders. Het doel van deze beleidsregel is om op een eenduidige en transparante wijze voor alle betrokken partijen vast te leggen welke (beleidsmatige) uitgangspunten de NZa hanteert bij en welke eisen de NZa stelt aan de wijze van totstandkoming van de productstructuur, de prestaties en productprijzen medisch specialistische zorg. De herziene beleidsregel en bijlage bij de beleidsregel zijn gepubliceerd op de website van de NZa.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Hoofdstuk 3.1, artikel 40

<sup>7</sup> Op 20 juni 2011 bent u middels de circulaire CI/11/19c geïnformeerd over de eerdere vaststelling van deze beleidsregel en bijbehorende bijlage

<sup>8</sup> <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/regelgeving/beleidsregelsDBC/>

***Aanpassing grouperbomen***

Op 10 januari 2012 heeft de NZa een eerste correctie vastgesteld in de grouperbomen van DOT, namelijk in de afleiding voor de plastische chirurgie. In deze grouperbomen is eind 2011 een fout geconstateerd en DBC-Onderhoud heeft aangekondigd dit te willen aanpassen begin 2012. De tariefberekening heeft wel plaats gevonden op basis van de juiste boomstructuur. DBC-Onderhoud zal op 13 januari de nieuwe grouperbomen uitleveren, met ingangsdatum 1 januari 2012.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.S. Mulder  
directeur Zorgmarkten Cure