

- 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

Behandeld door
Directie Zorgmarkten Cure

Telefoonnummer
0900 770 70 70

E-mailadres
vragecure@nza.nl

Kenmerk
CI/12/86c

Onderwerp
Vaststelling DBC-pakket en regelgeving 2013

Datum
27 september 2012

Geachte heer, mevrouw,

In 2011 is DOT als prestatie- en tarifieringssysteem vastgesteld voor de medisch specialistische zorg per 2012.¹ Vervolgens zijn in 2012 twee updates door de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: NZa) vastgesteld: een eerste update per 1 mei 2012 (RZ12c) en een update per 1 september 2012 (RZ12d).² In deze circulaire informeert de NZa u over de vaststelling van het DOT-pakket 2013 (RZ13a) als productstructuur voor de medisch specialistische zorg per 1 januari 2013. Met dit pakket wordt een grote stap gezet in de doorontwikkeling van DOT.

Inleiding

Gezien de grote impact van het nieuwe systeem DOT, de gelijktijdige invoering van prestatiebekostiging en de afbouw van het transitie-model, heeft de Na vorig jaar in de doorontwikkelagenda DOT op transparante wijze laten zien welke onderwerpen de komende jaren worden opgepakt om de productstructuur DOT en de tarieven verder te verbeteren.³ Deze doorontwikkelagenda bevat onderwerpen die vanuit het publieke belang minimaal uitgevoerd dienen te worden om op de korte en middellange termijn de productstructuur en tarieven DOT verder te verbeteren. Bij de opzet hiervan is ook intensief gebruik gemaakt van de kennis van veldpartijen en DBC-Onderhoud (verder: DBC-O).

Op 27 april 2012 bent u reeds geïnformeerd over de voorgenomen wijzigingen in het DBC-pakket per 1 januari 2013.⁴ Zoals destijds

¹ Zie circulaires CI/11/21c en CI/11/43c op www.nza.nl.

² Zie circulaires CI/12/69c en CI/12/81c op www.nza.nl.

³ Zie Voorlichting 'Doorontwikkelagenda DOT', november 2011 op www.nza.nl.

⁴ Zie circulaire CI/12/73c op www.nza.nl.

aangekondigd bevat dit pakket vele wijzigingen in de productstructuur, kostentarieven en honorariumtarieven.

Kenmerk
CI/12/86c

De Raad van Bestuur van de NZa heeft op 25 september 2012 besloten het DBC-pakket 2013, inclusief de bijhorende regelgeving, vast te stellen voor de medisch specialistische zorg. De belangrijkste onderdelen van dit besluit worden in deze circulaire nader toegelicht. Uitlevering van de tabellen en documenten behorende bij dit DBC-pakket 2013 vindt plaats op 27 september 2012. Op deze datum zal de NZa tevens haar nieuwe regelgeving publiceren.

Pagina
2 van 9

In deze circulaire worden de volgende onderdelen van het DBC-pakket 2013, mede aan de hand van de doorontwikkelagenda DOT, nader toegelicht:

- Wijzigingen in productstructuur
- Wijzigingen in kostentarieven
- Wijzigingen in honorariumtarieven
- Opheffen clustering DBC-zorgproducten
- Nieuwe indeling en opschoning overige zorgproducten

Ook wordt kort stil gestaan bij de aangepaste regelgeving en de update van de doorontwikkelagenda DOT. Meer informatie over de beoordeling van de release RZ13a kunt u vinden in het rapport 'Beoordeling release DOT 2013 (RZ13a)'.⁵

Wijzigingen in de productstructuur

Zoals aangegeven in de doorontwikkelagenda DOT is in de prestatiestructuur voor kindergeneeskunde de topreferente kindergeneeskunde nog niet voldoende herkenbaar verwerkt. In het DBC-pakket 2013 is daarom door DBC-O voor alle subspecialismen kindergeneeskunde de definiëring van topreferente producten uitgevoerd. Dit heeft plaats gevonden in samenwerking met alle subspecialismen binnen de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Zo is erin de nieuwe structuur een herkenbaar onderscheid gemaakt tussen topreferente en algemene kindergeneeskunde. Ten bate van de nieuwe structuur zijn verschillende nieuwe zorgactiviteiten toegevoegd of zorgactiviteiten anders omschreven.

De NZa constateert dat met deze nieuwe productstructuur de medische herkenbaarheid van kindergeneeskunde in sterke mate is toegenomen. Dit was ook een belangrijk doel in de doorontwikkelagenda DOT. Wel resteren er specifieke aandachtspunten, zoals de mate waarin de nieuwe productstructuur voor kindergeneeskunde bijdraagt aan de gewenste integratie met de ICD-10 structuur waar de meeste volwassen onderdelen van de prestatiestructuur DOT in opgehangen zijn. Om deze reden zal de NZa de kindergeneeskunde als geheel 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.

Per 2013 wordt de productstructuur voor interventiecardiologie en cardiopulmonale chirurgie (zorgproductgroep 979001) opnieuw ingedeeld. In het DBC-pakket 2013 krijgen onderwerpen als steunharten en begeleiding van transplantatie een betere plek in de productstructuur.

⁵ Te vinden op www.nza.nl

Daarnaast is ervoor gezorgd dat zorgactiviteiten en producten die eerder niet als medisch herkenbaar werden gezien, dit nu wel zijn.

Kenmerk
CI/12/86c

De productstructuur neurochirurgie is aangepast door een scheiding aan te brengen tussen WBMV-zorg en niet-WBMV zorg, en door de zorg eenduidiger en vollediger te beschrijven. Hierbij is de productstructuur WBMV – zenuwstel (zorgproductgroep 972802) heringedeeld waardoor alleen nog WBMV zorg in deze groep valt. Hierbinnen zijn drie hoofdgroepen te onderscheiden: epilepsie, neuromodulatie en hersen-/wervelkolomchirurgie. Ook voor de niet-WBMV prestaties zijn nieuwe zorgactiviteiten toegevoegd voor operatieve verrichtingen, bijzondere kunst- en hulpmiddelen en neuromonitoring. Daarnaast is er een aantal zorgactiviteiten vervallen of gewijzigd.

Pagina
3 van 9

Met name de wijzigingen in bovengenoemde prestaties hebben eraan bijgedragen de productstructuur nu over de volle breedte ook herkenbaar is voor de complexe (topreferente) zorg zoals die onder ander wordt geleverd door de Universitair Medisch Centra (UMC's).

In de doorontwikkelagenda DOT was per 2013 de fundamentele doorontwikkeling van de revalidatie-DBC's naar een meer prestatiegeoriënteerde productstructuur (het zogenoemde spoor 2) opgenomen. Spoor 2 moest leiden tot een voor revalidatie medisch herkenbare, consistente en transparante productstructuur die geschikt is voor prestatiebekostiging. In het DBC-pakket 2013 is daarom een nieuwe set van zorgproducten voor revalidatiezorg opgenomen, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar zeven hoofddiagnosegroepen. Daarnaast wordt per 2013 de zorgvraag van de patiënt vastgelegd met de zorgvraagindex (ZVI). Wel dient opgemerkt te worden dat de productstructuur 2013 (spoor 2) nog niet voldoet aan 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 revalidatiezorg nader worden onderzocht.

Op 26 juni 2012 heeft de Raad van Bestuur van de NZa een voorgenomen besluit genomen over de productstructuur van geriatrische revalidatiezorg (verder: GRZ). Dit voorgenomen besluit is gebaseerd op de concept DBC-productstructuur 2013 die de NZa op 15 mei 2012 van DBC-O heeft ontvangen. Als onderdeel van dit DBC-pakket is ook de productstructuur GRZ voor 2013 definitief vastgesteld. Meer informatie over de beoordeling van de productstructuur GRZ 2013 kunt u vinden in het rapport 'Rapport productstructuur geriatrische revalidatiezorg 2013'.⁶

In het DBC-pakket 2013 is eveneens de set zorgproducten voor epilepsiezorg volledig vernieuwd, waarbij niet langer onderscheid gemaakt wordt naar het soort instelling, maar in de productstructuur zelf recht wordt gedaan aan zowel complexe (derdelijns) zorg als algemene epilepsiezorg. In het kader van de doorontwikkeling van producten voor kindergeneeskunde zijn specifieke epilepsiediagnosen, zoals behandeld

⁶ Te vinden op www.nza.nl

door kinderartsen, toegevoegd aan de epilepsiestructuur. Binnen deze productgroep wordt dus nog wel onderscheid gemaakt tussen kinderen en volwassenen (tweetaksboom). Tot slot zijn er voor de activiteiten van de neuroloog in het kader van epilepsiechirurgie een aantal specifieke zorgproducten aangemaakt.

Kenmerk
CI/12/86c
Pagina
4 van 9

In het DBC-pakket 2013 zijn de per 2012 ingevoegde prestaties voor complex chronische longfalen (derdelijns longastmazorg) op bepaalde punten aangepast. Zo is het bestaande basisproduct opgedeeld in een 'lichte' en een 'zware' variant en zijn er specifieke kindproducten toegevoegd. De NZa is voornemens de producten voor complex chronisch longfalen, vanwege het bijzondere karakter, ook in 2013 nog expliciet van toepassing te laten zijn voor de derdelijns long/astma centra, maar zal wel aan de sector vragen de prestaties zo te definiëren dat ze per 2014 ook breder toegepast kunnen worden.

Wijzigingen overige zorgproducten

In het DBC-pakket 2013 zijn een aantal nieuwe prestaties op de lijst overige zorgproducten opgenomen. Deze toevoegingen komen voort uit de volgende punten:

- Er was een discrepantie tussen de beleidsregel 'tarieflijst instellingen' (bestemd voor huisartsenlaboratoria en trombosecentra) en de lijst overige zorgproducten binnen DOT. Om deze reden zijn de ontbrekende zorgproducten aan deze laatste lijst toegevoegd.
- De overheveling van een aantal oncolytica en groeihormonen naar de ziekenhuisbekostiging per 2013. Deze middelen zijn per 2013 voorzien van een add-on declaratietitel.
- Vorig jaar is besloten dat het invriezen van eicellen onder het verzekerde pakket valt indien er sprake is van een medische indicatie (bijv. chemotherapie). Om deze reden zijn bestaande prestaties voor eicellen opgesplitst in een prestatie met én een prestatie zonder medische indicatie.
- Nieuwe prestaties voor poliklinische bevalling excl. partusassistentie zijn toegevoegd, zodat partusassistentie geleverd door een kraamzorginstelling tijdens een poliklinische bevalling apart gedeclareerd kan worden.

Wijzigingen in kostentarieven

Het uitgangspunt voor de kostentarieven van zorgproducten in het DBC-pakket 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 wijzigingen in de kostentarieven hebben dan ook vooral betrekking op de DBC-zorgproducten kindergeneeskunde, cardiopulmonale chirurgie, neurochirurgie, revalidatiegeneeskunde en complex chronisch longfalen.

Voor het berekenen van de kostentarieven neurochirurgie en cardiopulmonale chirurgie 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 en de cijfers laten een sterke verbetering zien ten opzichte van de tarieven 2012. De maximumtarieven voor deze zorgproducten stijgen gemiddeld met 11 % voor cardiopulmonale chirurgie en 7 % voor neurochirurgie.

Kenmerk
CI/12/86c

Pagina
5 van 9

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 kostprijsprincipes. De kostentarieven van de DBC-zorgproducten voor de klinische kindergeneeskunde zijn verhoogd in de update 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 in het DBC-pakket 2013. Voor het berekenen van de kostentarieven 2013 is een nieuwe referentiegroep samengesteld. Voor de topreferente producten zijn de kostprijzen van vier UMC's uit de referentiegroep gehanteerd en zijn niet alleen de verpleegdagkostprijs, maar ook de dagverpleging- en consultkostprijzen verhoogd naar UMC-niveau. Voor de algemene producten zijn de reguliere principes toegepast.

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.

Verder zijn in het DBC-pakket 2013 de tarieven van de Mobiele Intensive Care Unit (verder: MICU) aangepast. De reden hiervoor is dat per 2012 alle IC-tarieven herijkt zijn, met uitzondering van de MICU-tarieven omdat daar destijds geen goede gegevens voor beschikbaar waren. Die zijn nu wel beschikbaar gekomen door een beschikbaar gekomen kostprijsonderzoek. Tot slot zijn de kosten voor bloed- en bloedproducten specifiek toegerekend aan DBC-zorgproducten, wat heeft geleid tot een verbetering van de tarieven in de RZ13a.

Honorariumtarieven

De berekeningsmethodiek die ten grondslag ligt aan de honorariumtarieven 2012 is opnieuw toegepast voor de tarieven in 2013. In de berekeningsmethodiek voor de honorariumtarieven worden de beschikbare budgettaire middelen, berekend met behulp van de FTE aantallen op basis van de bron Dutch Hospital Data (DHD), verdeeld over de verschillende producten per specialisme op basis van de productiedata uit het DIS. Bij de gehanteerde inputvariabelen is gebruik gemaakt van de meest recente data. Dit betekent dat de honorariumtarieven in 2013 gebaseerd zijn op de DHD data en de DIS productiedataset uit het jaar 2010. Daarnaast zijn de wetenschappelijke verenigingen opnieuw in de gelegenheid gesteld om de producten van een onderlinge waardesleutel

te voorzien door middel van het normtijdentool. Een uitgebreide beschrijving van de berekeningsmethodiek voor de honorariumtarieven is opgenomen in het rapport 'Toelichtingsdocument op de honorariumberekening 2013'.⁷

Kenmerk
CI/12/86c

Pagina
6 van 9

Hoewel de methodiek op hoofdlijnen in stand is gelaten, heeft de NZa een aantal specifieke beleidskeuzes doorgevoerd in de berekende tarieven. In de berekening wordt het macrokader verdeeld over de verschillende specialismen, op basis van de FTE aantallen van DHD. 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. De geverifieerde aantallen zijn geaccordeerd door het ziekenhuisbestuur en de stafmaatschap en overgenomen in het definitieve FTE bestand voor de honorariumberekening.

Gedurende 2012 heeft de NZa het signaal ontvangen dat de registratie op de intensive care (verder: IC) niet aansluit bij de tijdbesteding en betrekkingvorm van de verschillende declarerende specialismen. Na onderzoek heeft de NZa hiervoor aanpassingen doorgevoerd in de honorariumberekening DOT 2013. De intensivist is namelijk geen zelfstandig declarerend specialisme, waardoor IC-productie geregistreerd wordt op naam van de onderliggende moederspecialismen. 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. Vervolgens is nog specifiek beoordeeld of de intensivist in vrije vestiging of dienstverband 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.

Tot slot is nog een wijziging doorgevoerd voor onverzekerde zorg. Onverzekerde zorg maakt geen onderdeel uit van het BKZ, waardoor de bijbehorende productie ook niet meegenomen dient te worden in de honorariumberekening. Het is daarom het meest zuiver om alleen het deel van de FTE's en de productie mee te nemen dat aan verzekerde zorg wordt besteedt. 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.

⁷ Te vinden op www.nza.nl

Bovenstaande wijzigingen zijn verwerkt in het DBC-pakket 2013. Ter beoordeling heeft de NZa een impactanalyse uitgevoerd naar de effecten en gevolgen van de honorariumtarieven 2013. Op basis van de uitgevoerde analyses en resultaten heeft de NZa geconcludeerd dat de impactanalyse geen aanleiding geeft om de berekende honorariumtarieven 2013 niet vast te stellen. Een uitgebreide beschrijving van de uitgevoerde analyses is opgenomen in het rapport 'Impactanalyse honorariumtarieven DOT 2013'.⁸

Kenmerk
CI/12/86c

Pagina
7 van 9

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. 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, zoals aangekondigd in de doorontwikkelagenda DOT. Deze vorm van deregulering biedt verzekeraars en zorgaanbieders meer vrijheid in het onderhandelingsproces. Veldpartijen kunnen desgewenst per 2013 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.

Nieuwe indeling en opschoning overige zorgproducten

Voor de overige zorgproducten was in de doorontwikkelagenda DOT opgenomen dat de overige zorgproducten gecategoriseerd, verduidelijkt en zonodig opgeschoond moeten worden (voorkomen dubbele bekostiging). Om deze doelen te bewerkstelligen heeft de NZa per 2013 overige zorgproducten die obsoleet of overbodig waren uit de lijst met overige zorgproducten geschrapt, en heeft zij een nieuwe indeling voor de overige zorgproducten opgesteld.

De prestaties die per 2013 uit de lijst met overige zorgproducten geschrapt worden betreffen prestaties die niet of nauwelijks gedeclareerd zijn in de afgelopen jaren. 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.

Verder worden per 2013 de overige zorgproducten onderverdeeld in vier hoofdcategorieën, te weten supplementaire producten, eerstelijns diagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.⁹ In onderstaande tabel wordt de indeling van overige zorgproducten in hoofd- en subcategorieën weergegeven.

⁸ Te vinden op www.nza.nl

⁹ Tot en met 2012 bestonden overige zorgproducten uit vijf categorieën, te weten: add-on, ondersteunende producten (OP), overige producten (OVP), overige trajecten en overige verrichtingen.

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud	Kenmerk CI/12/86c
1. Supplementaire producten	Add-on duur geneesmiddel	Pagina 8 van 9
	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	

Aanpassing regelgeving medisch specialistische zorg

Op 25 september 2012 zijn ook de aangepaste beleidsregel en nadere regel voor de medische specialistische zorg vastgesteld. De aangepaste beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistisch zorg' (BR/CU-2078 welke de BR/CU-2076 vervangt) en aangepaste regeling 'Medisch specialistische zorg' (NR/CU-221 welke de NR/CU-220 vervangt) zijn gepubliceerd op de website van de NZa.

De belangrijkste wijzigingen in de beleidsregel en regeling komen voort uit overheveling van geriatrische revalidatiezorg met ingang van 2013

naar de Zvw, aanpassingen in de productstructuur, maar ook uit de gewijzigde indeling in overige zorgproducten. Verder zijn er diverse verduidelijkingen doorgevoerd in definities van zorgactiviteiten.

Kenmerk
CI/12/86c

Pagina
9 van 9

Update doorontwikkelagenda DOT

Zoals in deze circulaire beschreven wordt er met de wijzigingen in het DBC-pakket 2013 een grote stap in de doorontwikkeling van de prestaties en tarieven van de medisch specialistische zorg. Met name de complexe en topereferente zorg wordt nu ook goed beschreven en het tariefbeleid is hierop aangepast. Dit neemt niet weg dat er nieuwe doorontwikkelpunten naar voren zijn gekomen of reeds opgenomen punten aanpassing behoeven naar aanleiding van nadere analyse en/of nieuwe inzichten. In dat licht zal de NZa medio november 2012 een update van de doorontwikkelagenda DOT presenteren. Vanzelfsprekend worden partijen bij de opzet hiervan betrokken.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.S. Mulder
directeur Zorgmarkten Cure