

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)
- instellingen voor geriatrische revalidatiezorg

- OMS, ZKN, NVZ, NFU, ZN, RN, Actiz
- Zorgverzekeraars

Behandeld door Directie Zorgmarkten Cure	Telefoonnummer 0900 770 70 70	E-mailadres voorlichting@nza.nl	Kenmerk CI/13/17c
--	---	---	-----------------------------

Onderwerp Besluiten Zorgactiviteiten op nota, productstructuur IC, nadere regel MDS	Datum 12 april 2013
---	-------------------------------

Geachte heer, mevrouw,

Onlangs heeft de NZa enkele besluiten genomen waar ik u graag over informeer. Het betreft besluiten over de volgende onderwerpen:

- Vermelding van zorgactiviteiten op de nota per 2014
- Nieuwe productstructuur voor de Intensive Care per 2014
- Aangepaste nadere regel Minimale Dataset (MDS) per 2013

Vermelding van zorgactiviteiten op de nota per 2014

Op 9 april 2013 heeft de Raad van Bestuur van de NZa een voorgenomen besluit genomen dat zorgaanbieders van medisch specialistische zorg per 2014 een selectie van zorgactiviteiten moeten gaan vermelden op de nota¹. Het betreft de zorgactiviteiten met een aanspraakbeperking² én alle aanpalende zorgactiviteiten.

Aanleiding

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 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 geleverd zorg.

¹ Met de nota wordt de factuur bedoeld die (al dan niet digitaal) door de zorgaanbieder wordt verstuurd aan de zorgverzekeraar of de patiënt.

² Een aanspraakbeperking houdt in dat bepaalde zorg niet of slechts onder bepaalde voorwaarden onder het basispakket valt.

Op dit moment wordt in de DBC-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. Dit onderwerp, onder de noemer 'aanspraak', heeft ook een prominente plek gekregen op de doorontwikkelagenda DOT.³

Kenmerk
CI/13/17c

Pagina
2 van 4

Uitleg besluit

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 zal verplicht worden door het opnemen van een informatieverplichting in de nadere regel 'Medisch Specialistische Zorg' bij de vaststelling van het DOT-pakket 2014. Met dit voorgenomen besluit is deze aanpassing van de informatieverplichtingen tijdig bekend gemaakt en kunnen zorgverzekeraars hun EI-standaarden op tijd aanpassen.

Transparantie

Dit onderwerp raakt aan de bredere discussie over transparantie van de zorgkosten. Bij transparantie van de zorgkosten is de kernvraag welke informatie, via welke route, al dan niet door tussenkomst van de NZa, transparant moet worden gemaakt. Hierbij kan ook gedacht worden aan het begrijpelijker maken van de nota voor de patiënt. Gezien de urgentie van het onderwerp 'aanspraak' is voorsnog gekozen voor een selectie van zorgactiviteiten met een aanspraakbeperking én alle aanpalende activiteiten.

Nieuwe productstructuur voor de Intensive Care per 2014

Sinds eind 2011 zijn wij bezig met de doorontwikkeling van de productstructuur intensive care (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. Wij hebben hierbij rekening gehouden met de concept IC richtlijn die op dit moment door een richtlijncommissie wordt opgesteld.

Aanpassingen productstructuur

De huidige productstructuur IC bestaat uit 'add-ons intensive care' waarbij de behandeldagen zijn ingedeeld in tariefgroepen (volumegroepen) en er aanvullende toeslagen zijn voor opname, beademing of dialyse (eveneens ingedeeld in dezelfde tariefgroepen).

³ Zie ook de 'update doorontwikkelagenda DOT' op www.nza.nl – zorgonderwerpen – dossiers – DBC/DOT – publicaties.

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 instellingen. Hierbij wordt ruimte gelaten 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 structuur meer ruimte voor flexibiliteit.

Kenmerk
CI/13/17c

Pagina
3 van 4

Naast het afschaffen van de volumegroepen, worden in de nieuwe productstructuur IC de huidige toeslagen voor 'opname' en 'beademing' afgeschaft en verdisconteerd in de behandelingsprijs en blijft er nog één dialysetoeslag over.

Relatie met de IC-richtlijn

Parallel aan de verbetering van de productstructuur IC is een werkgroep, onder verantwoordelijkheid van de beroepsgroep, bezig een medisch inhoudelijke richtlijn voor IC zorg op te stellen. Deze werkgroep heeft ons verzocht te wachten op de definitieve IC richtlijn alvorens de structuur aan te passen. Wij zien ons echter genoodzaakt om nu over te gaan tot een aanpassing van de productstructuur, aangezien bij langer wachten een invoering per 1 januari 2014 niet meer mogelijk is. Wij hebben ons besluit daarom getoetst aan de hand van de conceptversie van de richtlijn. Wij zijn van mening dat de herziene productstructuur meer ruimte creëert voor de nieuwe indeling en ruimte biedt voor de diversiteit binnen IC's die er in de praktijk is. De nieuwe productstructuur biedt in die zin meer mogelijkheden om de doelen die in de richtlijn geformuleerd worden in uitvoering te brengen.

Wij hebben DBC-Onderhoud gevraagd de nieuwe productstructuur te verwerken in de release RZ14a. Definitieve vaststelling van deze nieuwe prestaties zal naar verwachting eind september 2013 plaats vinden door de Raad van Bestuur van de NZa bij de vaststelling van het DOT-pakket 2014.

Aangepaste nadere regel Minimale Dataset (MDS) per 2013

Tot slot wil ik u informeren over een doorgevoerde update in de 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg (MDS)'. Deze regeling, met regelnummer NR/CU-234, verplicht instellingen om maandelijks DBC-gegevens aan te leveren aan het DBC-informatiesysteem (DIS). Wij zijn voor de uitvoering van onze taken met betrekking tot tarief- en prestatieregulering, monitoren van marktontwikkelingen en markttoezicht, afhankelijk van deze gegevens.

Wij hebben de regeling op onderdelen aangepast. Allereerst betreft dit een uitbreiding van de reikwijdte, omdat geriatrische revalidatiezorg overgeheveld is naar de Zvw. Daarnaast is de lijst met verplicht aan te leveren gegevens aangepast.

Een voorbeeld hiervan is het toevoegen van de categorieën 'verwijzende instelling', 'verwijzende specialismencode' en 'code zelfverwijzer', in aansluiting op de nieuwe declaratiebepalingen.

Kenmerk
CI/13/17c

Pagina
4 van 4

Tegelijkertijd hebben we van het moment gebruik gemaakt om in de herziene regeling een aantal wijzigingen door te voeren die de regeling verhelderen. De verplichtingen die uit de regeling voortvloeien treding in werking per 1 januari 2013. De herziene regeling is gepubliceerd op onze website en vervangt de NR/CU-211.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.S. Mulder
directeur Zorgmarkten Cure