

VOORLOPIG OORDEEL NZA INZAKE DOT-PRODUCTSTRUCTUUR

1. Inleiding

1.1 Korte Historie

Eind 2006 is door VWS, DBC-O, NZa, CVZ en veldpartijen gezamenlijk besloten om te gaan werken aan een fundamenteel aangepast DBC-systeem. Onder de noemer DBC's Op weg naar Transparantie (DOT) is de uitwerking door DBC-O ter hand genomen. Aangezien de oorspronkelijke invoeringsdatum van 2009 al betrekkelijk snel te ambitieus bleek, is alle inzet vervolgens gericht op invoering per 2010. In november en december 2008 is de haalbaarheid van invoering per 2010 uitgebreid besproken. Naar aanleiding daarvan heeft de Minister van VWS in de brief WBZ III (december 2008) aangegeven vooralsnog vast te houden aan de invoering van DOT per 2010 (onder het FB). Hierbij is door de Minister wel aangegeven dat dit besluit medio 2009 op basis van aanvullende informatie zal worden 'heroverwogen' op haalbaarheid en wenselijkheid.

1.2 Doel en inhoud notitie

Deze notitie beoogt informatie te leveren voor de 'heroverweging' die zal plaatsvinden in het drieluik projectgroep (17-2), regieoverleg (23-2) en bestuurlijk overleg (3-3). Tevens kan de notitie worden gebruikt om de productstructuur waar nodig verder door te ontwikkelen (op de korte en langere termijn).

De informatie in deze notitie valt uiteen in twee delen:

1. De voorlopige inhoudelijke beoordeling van de DOT-productstructuur door de NZa (hoofdstuk 1). In de oorspronkelijke planning stond de voorlopige beoordeling door de NZa voorzien voor december 2008. Dat is niet haalbaar gebleken voor DBC-O, waardoor er materieel sprake is van een vertraging van twee maanden. Dit betreft een voorlopige beoordeling door de NZa. De definitieve beoordeling vindt plaats na oplevering van de definitieve productstructuur door DBC-O, welke volgens de meest recente routekaart voorzien is voor 1 juni 2009 (maar afhankelijk van keuze over het exacte invoerscenario kan verschuiven naar juni 2010). Naast wijzigingen in de productstructuur zullen ook de tariefberekening, de registratieregels en normtijdenallocatie nieuwe elementen zijn in de definitieve beoordeling.
2. Beoordeling van de overige bekostigings- en financieringsrisico's door de NZa (hoofdstuk 2).

De beoordeling is opgesteld binnen een krap tijdsplan. Hiermee heeft deze notitie ook niet de intentie om op alle onderdelen volledig en uitputtend te zijn. Wel beoogt deze notitie op basis van een beoordeling op hoofdlijnen een schets te geven van de risico's van introductie van DOT (onder het FB) per 2010 en een kader te scheppen voor noodzakelijke doorontwikkelingen voor 2011 en later.

2. Beoordeling DOT-productstructuur

Het eerste onderwerp van deze notitie betreft de inhoudelijke beoordeling van de DOT-productstructuur. In de navolgende paragrafen zal achtereenvolgens aan de orde komen de gebruikte informatie en werkwijze, de gehanteerde criteria en de uitkomsten van de beoordeling.

2.1 Informatie en werkwijze

Vanaf juli 2008 heeft de NZa richting DBC-O periodiek aangegeven op welke aspecten een beoordeling van de productstructuur zich richt en welke informatiebehoefte hierbij hoort. De afstemming hierover vond vooral plaats in het periodieke werkoverleg onderhoudspartijen (WOP). Na het via de zorgproductviewer beschikbaar komen van de voorlopige productstructuur heeft dat geresulteerd in verdere concretisering en aanvulling.

Op 30 januari 2009 heeft DBC-O de volgende informatie bij de NZa opgeleverd:

- Verantwoordingsdocument productstructuur;
- Verantwoordingsdocument zorgactiviteiten;
- DOT checklists;
- DOT statistiek;

Op 6 februari zijn deze documenten in het WOP op constructieve wijze nader met DBC-O besproken. Deze bespreking is in de ogen van de NZa een passend (voorlopig) sluitstuk geweest in de prettige en constructieve samenwerking met DBC-O inzake de DOT-productstructuur vanaf het jaar 2007.

Daarnaast heeft de NZa voor de beoordeling gebruik gemaakt van informatie die is verkregen uit de doorlopende reguliere contacten met DBC-O. Het is voor de NZa niet mogelijk geweest om binnen het krappe tijdsplan partijen gericht te consulteren. Opvattingen die uit reguliere contacten met partijen beschikbaar zijn, zijn waar mogelijk wel meegewogen bij de beoordeling van de NZa. Ten behoeve van een definitieve beoordeling zal wel een formele consultatie plaatsvinden.

2.2 Gehanteerde criteria

Basis voor de beoordeling vormt het NZa visiedocument 'Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem' (november 2006). In het visiedocument staan de publieke doelen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit centraal. Verdere concretisering van criteria en uitgangspunten heeft plaatsgevonden in de brieven van 22 november 2007 en 14 december 2007. Vervolgens heeft in een aantal dynamische werkdocumenten een verdere concretisering plaatsgevonden.¹ Deze documenten zijn meerdere keren met DBC-O, VWS en de brancheorganisaties van marktpartijen besproken.

Enkele belangrijke criteria en uitgangspunten die resulteren uit bovenstaande documenten betreffen:

- Aantal declarabele producten;
- Samenstelling producten;
- Medische herkenbaarheid;
- Volledigheid;
- Stabiliteit.

Criteria en uitgangspunten die betrekking hebben op de eenduidigheid van de toepassingsregels (waaronder de registratieregels) en de segmentering van zorg spelen bij deze voorlopige beoordeling nog geen rol en komen terug bij de definitieve beoordeling.

Overige (ook uit genoemde bronnen afkomstige) criteria en uitgangspunten die door de NZa bij de beoordeling zijn gehanteerd betreffen:

- Draagvlak (in het veld);

¹ Dit betreft de documenten 'Actualisatie uitgangspunten NZa m.b.t. DOT / nieuwe productstructuur' en 'Nadere omschrijving noodzakelijke info DBC-O t.b.v. beoordeling productstructuur en zorgactiviteitentabel'.

- Flexibiliteit en bruikbaarheid (voor aanbieders en verzekeraars);
- Toekomstbestendigheid (doorontwikkeling);
- Bruikbaarheid voor overgang naar prestatiebekostiging (afschaffen budget);
- Uitvoeringsconsequenties ICT
- Uitvoeringsconsequenties nieuwe zorgactiviteiten
- Uitvoeringsconsequenties aanspraak

Kenmerk
NZaPagina
3 van 12

Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat de beoordeling van de NZa zich richt op de uitwerking van de eerdere overeengekomen hoofdlijnen van DOT.² Deze hoofdlijnen staan nadrukkelijk niet meer ter discussie.

2.3 Uitkomsten voorlopige beoordeling

2.3.1 Algemeen

De NZa constateert dat de door DBC-O opgeleverde verantwoordingsinformatie over het algemeen volledig en duidelijk is. Uit de verantwoordingsinformatie blijkt wat betreft de NZa ook duidelijk dat DOT op een groot aantal punten een verbetering is ten opzichte van de huidige DBC-systematiek:

- Het aantal declarabele producten neemt sterk af;
- De medische herkenbaarheid wordt beter;
- De systematiek is grotendeels specialisme overstijgend;
- De volledigheid (dekking van zorgaanbod) wordt beter;
- De elementen zorgzwaarte en outliers hebben een plaats in de productstructuur;
- De kostenhomogeniteit van producten wordt beter.

Een aanzienlijk aantal uit de verantwoordingsdocumenten resulterende vraagpunten en onduidelijkheden zijn tijdens de beoordelingsperiode reeds door DBC-O toegelicht. Hierbij valt te denken aan de achtergrond van de gekozen indeling van kostenklassen (inclusief operatiekosten), de criteria voor het hanteren van pre-MDC's (zorgproducten die buiten de ICD-10 clustering zijn gelaten) en mogelijkheden voor eventuele verdere clustering. Een aantal van deze punten zal alsnog in de verantwoordingsdocumentatie van DBC-O worden opgenomen.

Navolgend zal op een aantal specifieke onderdelen worden ingezoomd, waarbij zoveel als mogelijk aansluiting bij de criteria (zie paragraaf 1.2) wordt gezocht. In de bespreking zal met name aandacht zijn voor potentiële knelpunten en risico's, hetgeen onverlet laat dat er met DOT een substantiële verbeterslag wordt gemaakt.

2.3.2 Aantal declarabele producten

Binnen de DOT-productstructuur zijn 2725 zorgproducten te onderscheiden, inclusief de 365 expertproducten. Dit valt ruim binnen het criterium van de NZa (namelijk 3000 producten) en impliceert een sterke verbetering ten opzichte van de huidige productstructuur. Specifieke producten zoals O(V)P's, add ons (IC en dure geneesmiddelen), trajecten en verrichtingen zijn in bovenstaande beschrijving buiten beschouwing gelaten.

2.3.3 Samenstelling producten

De kostenhomogeniteit van de zorgproducten wordt weergegeven door de cv-waarde, waarbij een lage cv-waarde voor een betere homogeniteit staat. De homogeniteit verbetert sterk ten opzichte van de huidige productstructuur (zie onderstaande tabel). Wel zit nog zo'n 6% van de

² Het betreft hier onder andere het hanteren van ICD10 als basis voor de nieuwe productstructuur.

omzet in een product met een (te) hoge cv-waarde. Daadwerkelijke registratie moet uitwijzen of deze cv-waarde nog verder verbetert. Hoewel DBC-O aangeeft dat verder terugbrengen van de cv-waarde kan botsen met het streven om de medische herkenbaarheid te behouden en ook de omvang van de productgroep dan kan dalen, verdient het de aanbeveling om dit vooruitlopend op registratieverbeteringen nader te analyseren (met name voor wat betreft de restgroepen) en waar mogelijk aan te passen.

Kenmerk
NZa

Pagina
4 van 12

	< 0,5	0,5 tot 1,0	> 1,0
<i>DOT productstructuur</i>	44%	50%	6%
<i>Huidige productstructuur</i>	26%	54%	20%

Aan het criterium van minimaal 400 patiënten (per zorgproduct) voldoet 60% van de zorgproducten, wat overeenkomt met ruim 90% van de omzet. Aan het criterium van minimaal € 3,5 miljoen omzet (per zorgproduct) voldoet slechts 25% van de zorgproducten, wat overeenkomt met 75% van de omzet.

Met name de omzuitkomst impliceert een substantiële afwijking ten opzichte van het criterium van de NZa, wat zou kunnen leiden tot een negatieve beoordeling. Wanneer de omzuitkomsten in samenhang met de homogeniteit en de medische herkenbaarheid wordt gezien, is er voor de NZa echter toch reden om positiever te oordelen. Het ligt in de rede om de uitkomsten op deze integrale wijze te bezien. Daarnaast speelt mee dat DBC-O nog een aantal aanvullende argumenten aanlevert waarom de uitkomsten genuanceerd bekeken moeten worden.

Allereerst geeft DBC-O terecht aan dat toevoegen van de honoraria aan de berekeningen en het gebruiken van volledige data zal leiden tot een autonome verbetering van de cijfers.

Daarnaast geeft DBC-O aan dat er in deze fase in totaal 1323 zorgproducten resteren die aan geen van beide criteria (aantal patiënten en omzet) voldoen. Ongeveer 25% van de zorgproducten komt minder dan 100 x voor (2% van de omzet), dus gemiddeld 1 x per ziekenhuis per jaar. DBC-O geeft aan dat dit voor een groot deel van de producten (zeker 80%) te billijken is. Argumenten die genoemd worden zijn de specifieke aard van de productie (zoals pre-MDC's en WBMV), producten waarvan de profielen op termijn beter gevuld zullen raken (expertproducten), systeemproducten (klinisch zonder dagen) en outliers. De NZa kan zich in hoofdlijnen vinden in deze argumentatie, niet op de laatste plaats omdat patiënten hiermee een herkenbare en passende (in termen van tarifiering) prestatie krijgen aangeboden. Voorts geeft DBC-O aan dat voor een deel van de (met name poliklinische) producten verdere clustering mogelijk is.

De NZa zal in de definitieve beoordeling op basis van geactualiseerde informatie nader aandacht besteden aan dit onderwerp. Het ligt in de rede dat er doorontwikkelpunten zullen resteren, aangezien het essentieel is om de (onderhandels)lasten van aanbieders en verzekeraars zoveel als mogelijk te beperken. Nadere clustering van restgroepen ligt in ieder geval in de rede. Vraag die zeker op de ontwikkelagenda geplaatst zou moeten worden is of de nieuwe structuur voor elke historische DBC een zorgproduct moet afleiden of dat ook gestreefd moet worden naar reductie van obsoleete zorgproducten. De NZa is van opvatting dat het laatste het geval is, mede met het oog op de kwaliteit van zorg.

2.3.4 Medische herkenbaarheid

Ten behoeve van de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ook de transparantie voor de patiënt, is het van belang dat zorgproducten voldoende medisch herkenbaar zijn. DBC-O geeft aan dat de medische herkenbaarheid binnen DOT inhoudelijk geborgd is door de koppeling aan ICD-10 en procesmatig door de betrokkenheid van de Clinical Expertteams (CET's) bij het ontwerpen van de productstructuur. De NZa is van opvatting dat er hiermee een goede aanzet is gedaan om de medisch herkenbaarheid aan de basis te borgen. Desondanks blijft de medische herkenbaarheid op zorgproductniveau in sommige gevallen een belangrijk aandachtspunt. Dit leidt de NZa zowel uit eigen waarneming als uit opvattingen van veldpartijen af. Mede gelet op de inmiddels significante omvang van het B-segment, is de NZa van opvatting dat dit een aandachtspunt betreft. Mogelijk zou dit moeten leiden tot marginale accentverschuivingen op het niveau van zorgproducten, bijvoorbeeld middels clustering of deling van zorgproducten.

2.3.5. Volledigheid

De huidige productstructuur kent een aantal inhoudelijke lacunes, die zich met name richten op de meer geavanceerde zorg. In DOT wordt op dit gebied middels extra zorgactiviteiten en expertproducten een uitstekende stap voorwaarts gezet. Dit ziet de NZa als een positieve en essentiële ontwikkeling. Wel vindt de NZa het belangrijk dat de dekkendheid van de productstructuur nader gekwantificeerd wordt. Voorts maakt DBC-O in haar verantwoording melding van een uitval van zo'n 6%. Het blijkt hier met name te gaan om uitval door foutieve registratie en vrijheidsgraden in de huidige validatie. Na de introductie van DOT zou deze zorg door betere registratie (middels aanpassing van de bedrijfsvoering) automatisch alsnog in declarabele zorgproducten tot uiting moeten komen. Met het oog op de vigerende prestatiebekostiging voor medisch specialisten en ZBC's en de voorgenomen prestatiebekostiging voor ziekenhuizen is het van belang hierover meer duidelijkheid te creëren. Afhankelijk van de uitkomsten kunnen doorontwikkelingen noodzakelijk zijn. Desgevraagd heeft DBC-O aangegeven dat er voor het jaar 2011 ruimte is om de zorgactiviteiten verder te ontwikkelen en ook de brandwondenzorg in DOT op te nemen.

2.3.6 Stabiliteit

Voor het opstellen van de productstructuur is door DBC-O op hoofdlijnen gebruik gemaakt van een uniforme systematiek: mapping van DBC's aan ICD-10 (sub)hoofdstukken, afbakenen van analysegroepen en afbakenen van zorgproducten (middels beslismomen). Deze uniforme werkwijze zou ten algemene een positieve invloed moeten hebben op de stabiliteit van de systematiek.

Desondanks is er een aantal potentiële risico's te adresseren ten aanzien van de stabiliteit van de systematiek:

- De NZa heeft onvoldoende zicht op de gehanteerde werkwijze voor de mapping van DBC's aan ICD-10 (sub)hoofdstukken en daarmee de vraag of de toekomstige introductie van de basisregistratie (op basis van ICD-10) tot (omzet)verschuivingen kan gaan leiden. De NZa pleit ervoor dat dit aspect na invoering van de basisregistratie wordt gemonitord door DBC-O.
- De productstructuur is opgesteld op basis van een dataset gebaseerd op de periode 1-11-2006 tot 1-11-2007. Deze dataset herbergde niet het volledige zorgaanbod (7 miljard van de 12 miljard; onbruikbaarheid data 3 ziekenhuizen, kaakchirurgie, OVP's, dure geneesmiddelen en 'zwarte gat' NFU verklaren slechts ten dele dit verschil). DBC-O geeft aan dat de

gehanteerde dataset representatief is voor de samenstelling van de productstructuur en schat daarmee het risico van deze onvolledigheid als beperkt in. De NZa ziet echter wel een risico bij de vaststelling van profielen en dus de berekening van tarieven en normtijden. Dit aspect dient nadrukkelijk door DBC-O in de audit op de tarieven meegenomen te worden. Verder is nog steeds de vraag hoe om te gaan met kostprijdsdata van UMC's. Hoewel hierover nog afstemming plaatsvindt, zou het uitgangspunt één tarief per prestatie onverminderd van kracht moeten blijven.

- Een aanzienlijk aantal zorgproducten komt tot stand door te 'knippen' in verpleegdagen. Hierdoor ontstaat het risico van upcoding. DBC-O geeft aan dat dit risico deels wordt ondervangen door het hanteren van ruimte marges. Zo ligt de gemiddelde verpleegduur voor korte producten (1 tot 5 dagen) op 3 dagen, maar is de grens op 5 dagen gelegd (hetgeen overigens aansluit bij de praktijk van short stay programma's). Idem voor de groep van 6 tot 28 dagen, waar de gemiddelde verpleegduur op 11 dagen ligt. Daarnaast merkt DBC-O op dat verpleegdagen bij operatieve producten slechts een marginale rol spelen. Dit alles neemt niet weg dat het risico van upcoding altijd aanwezig is. Het risico van upcoding van ambulante producten naar klinische producten wordt door DOT niet ondervangen, hoewel het tariefverschil t.o.v. de huidige structuur fors is verkleind. Op dit moment speelt vooral de discussie rond observatiepatiënten.

Bovenstaande punten vormen in meer en mindere mate risico's voor de stabiliteit van de bekostiging, waarvan de omvang momenteel nog lastig in te schatten is.

2.3.7 Aanvullende opmerkingen

De grouper speelt binnen de DOT-systematiek een essentiële rol. Er resteren hieromtrent vraagpunten die door de NZa medio 2008 al zijn neergelegd maar tot op heden nog niet zijn beantwoord. Dit betreft de (centrale) beschikbaarheid van de grouper, de certificering/auditing, de SLA's tussen beheerder grouper en zorgaanbieders inclusief bijbehorende aansprakelijkheid en het al dan niet verplichten van het gebruik van de grouper. De NZa heeft aangegeven dat het hanteren van de grouper een verantwoordelijkheid is die nadrukkelijk bij partijen ligt en het dwingend opleggen van de grouper niet past bij de vigerende ontwikkeling richting verdergaande decentralisatie. De NZa is primair verantwoordelijk voor het vaststellen van de zorgprestaties. Het hanteren van de grouper om dit op juiste wijze tot stand te laten komen dient in de onderlinge afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars geregeld te worden. Daar komt bij dat de WMG geen grondslag biedt voor wettelijke borging. Los van de vraag of en wie gaat toezien op die verplichting, dient dan wel eerst het product te voldoen aan alle (gebruikers)eisen en daar is vooralsnog onvoldoende inzicht in. Het is aan DBC-O en partijen om dit alles op korte termijn nader vorm te geven. De NZa zal waar mogelijk een meedenkende en faciliterende rol vervullen. Daarnaast is de uitbreiding van het aantal zorgactiviteiten dermate substantieel dat daarvoor voldoende tijd voor aanpassing van de feitelijke registratie moet worden ingeruimd, dus ook instructie personeel en borging van volledigheid. In het verlengde daarvan is van belang dat helderheid bestaat over de invoeringsdatum van de nieuwe zorgactiviteitentabel en de consequenties daarvan op declareren huidige DBC's en registratie DOT. De ervaring leert echter dat aanpassingen in de declaratiesystematiek en ICT aanpassingen hand in hand gaan. Het is dan ook aan aanbieders en verzekeraars om dit in samenwerking met DBC-O voortvarend op te pakken.

Vanwege het gekozen gefaseerde tijdspad resteert er een aantal onzekerheden:

- Invloed van de normtijdenallocatie op de samenstelling van de productstructuur. Uitgangspunt zou moeten zijn dat de normtijdenallocatie slechts een marginale invloed zou mogen hebben op het aantal declarabele producten. De NZa zal in de maand februari in overleg met DBC-O nadere uitgangspunten opstellen voor de normtijdenallocatie;
- Invloed van de aanpassing van registratieregels op de samenstelling van de productstructuur. De NZa is van opvatting dat de registratieregels reeds bij de start van DOT declaraties zoveel als mogelijk uniform dienen te zijn;
- Kwaliteit van de normtijden, tarieven en registratieregels.
- De risico's van de wijze van verwerking van aanspraken voor de werkzaamheden van de NZa op het gebied van controles van verzekeraars dienen door DBC-O, NZa en CVZ nader in kaart te worden gebracht. Hetzelfde geldt voor de risico's van foutieve registratie van aanspraakgevoelige verrichtingen door zorgaanbieders (bijvoorbeeld besnijdenis).

Deze elementen zullen terugkomen in de definitieve beoordeling van de NZa.

Kenmerk
NZa

Pagina
7 van 12

3. Beoordeling van overige bekostigings- en financieringsrisico's

Het tweede onderdeel van deze notitie gaat in op de overige risico's voor financiering en bekostiging. Navolgend zal hiervan een aantal aspecten beknopt worden behandeld. De weergegeven analyses alsmede de effecten in paragraaf 2.1 en 2.2 betreffen nadrukkelijk indicaties.

3.1 Gemiddelde omzetwijzigingen

DBC-O presenteert in haar verantwoordingsdocument de volgende gemiddelde omzetverschuivingen: academisch -14%, groot algemeen 0%, klein algemeen 0%, topklinisch -4%. Gevoelsmatig zijn dit onverwachte ontwikkelingen, immers door de toevoeging van expertproducten is juist een omzetsijging bij gespecialiseerde instellingen te verwachten. DBC-O geeft aan dat de omzetsdaling bij academische ziekenhuizen, maar ook bij topklinische ziekenhuizen, kan worden verklaard uit de slechte huidige registratie (waardoor zorg uitvalt of in goedkopere producten terecht komt). Verbeteringen in de registratie zal leiden tot hogere percentages (in ieder geval dicht bij nul). De cijfers dienen bovendien voorzichtig geïnterpreteerd te worden omdat het oude data betreft en het gemiddelde betreffen. De uitkomsten zijn dan ook niet geschikt om conclusies te trekken over financiering en/of bekostiging.

3.2 Effecten individuele instellingen

Op basis van een aanvullende informatie-uitlevering van DBC-O heeft de NZa een aantal effecten voor individuele instellingen trachten weer te geven. Het betreft omzetwijzigingen in het A-segment door de introductie van DOT en wijzigingen in de dekking van het FB door de introductie van DOT. Voor de analyses is de volgende data gebruikt:

- Omzet A-segment in termen van DBC's;
- Omzet A-segment in termen van DOT. Deze omzet is gebaseerd op een technische veronderstelling ten aanzien van de segmentering. Concreet is er gewerkt met een technisch afkappunt van 51,6 %: alle zorgproducten die voor minimaal 51,6% uit oude B-DBC's bestaan, komen ook onder DOT in het B-segment. Deze veronderstelling is noodzakelijk om (vooruitlopend op beleidsmatige keuzes over de invulling van het B-segment) de omvang van het B-segment in te vullen en

landelijk gelijk te houden. Alternatieve invulling van het B-segment kan tot andere uitkomsten leiden.

- De hoogte van het FB. Aangezien er nog geen (geschoonde en afgewikkelde) FB gegevens over 2009 beschikbaar zijn (alsmede over 2008), is er gewerkt met een gecorrigeerde FB 2007. Voor de correctie is gebruik gemaakt van een factor 70/90, als afspiegeling van de vergroting van het B-segment tussen 2007 en 2009. Hoewel dit een zeer grove correctie betreft, welke ook geen recht doet aan lokale verschillen, geeft dit een beter beeld dan het zuivere FB 2007.

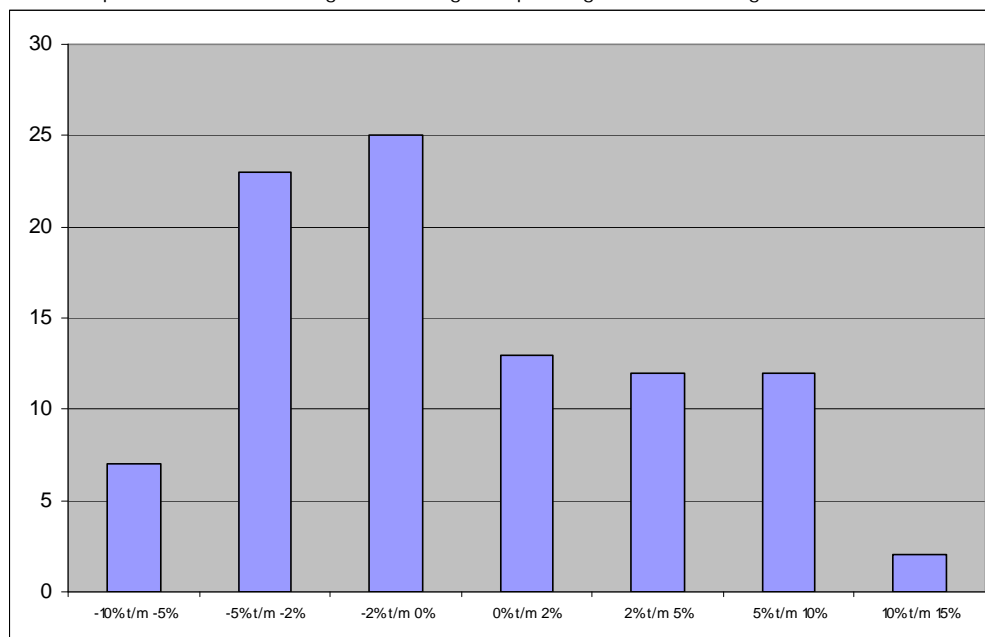
Kenmerk
NZa

Pagina
8 van 12

3.2.1 Omzet A-segment

De DBC-omzetten A-segment zijn door de NZa afgezet tegen de DOT-omzetten A-segment. In de onderstaande grafiek 1 is op de x-as de procentuele mutatie te vinden (in ranges, waarbij een positieve range duidt op een omzetstijging vanwege DOT) en op de y-as het aantal instellingen wat hierbinnen valt. Het zwaartepunt van de mutaties is te vinden in de range -5% tot -2% en de range -2% tot 0%. Verder is er een relatief grote spreiding waar te nemen (van -9% tot +14%).

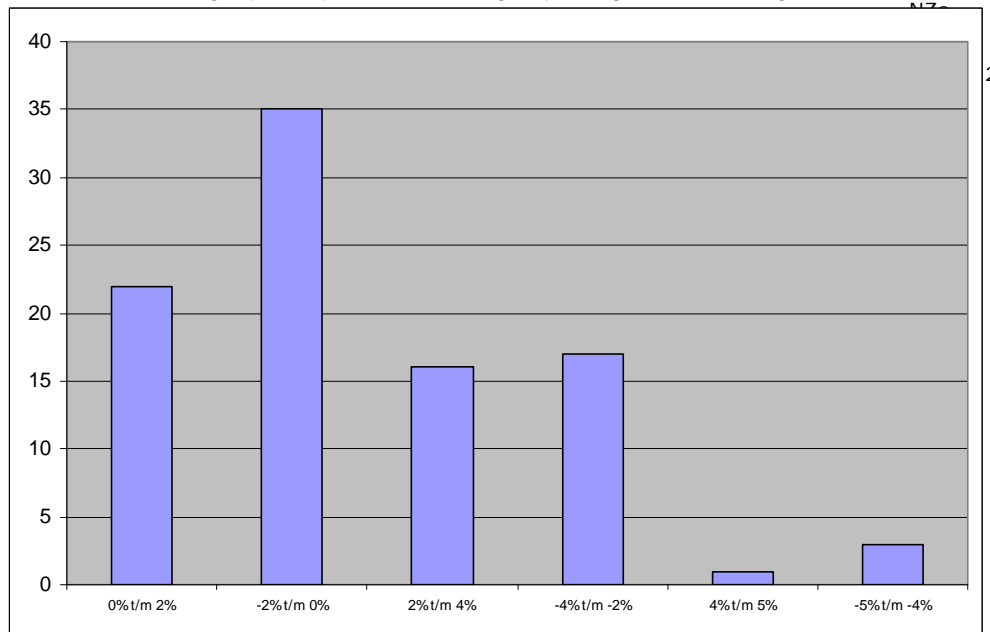
Grafiek 1: procentuele ontwikkeling omzet A-segment per zorgaanbieder in ranges



3.2.2 Dekking FB

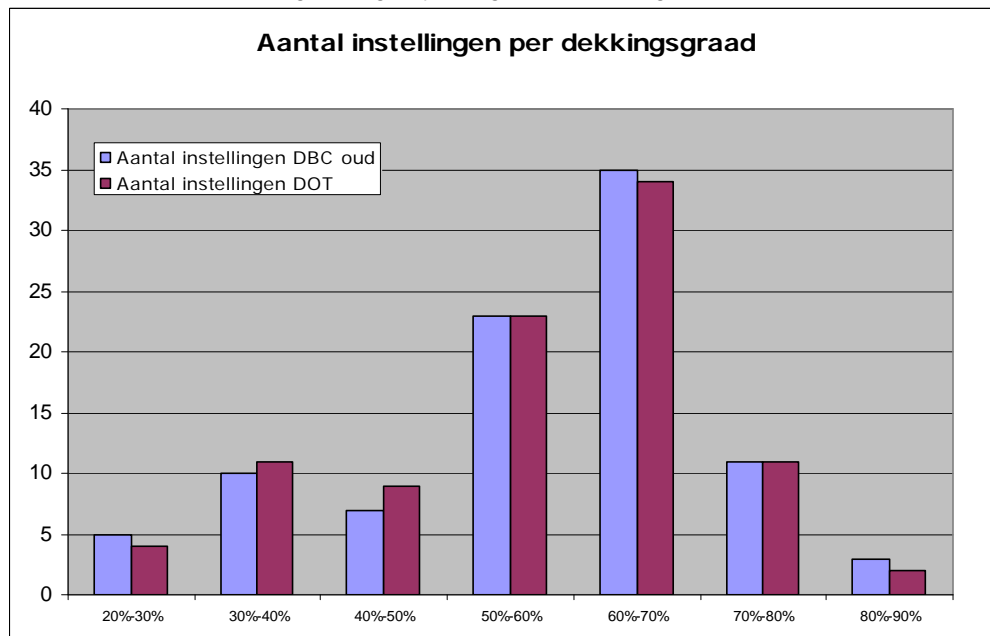
De dekking van het FB (gedeclareerde omzet als aandeel van budget) onder DBC's is door de NZa afgezet tegen de dekking van het FB onder DOT. In de onderstaande grafiek 2 is op de x-as de mutatie in procentpunten weergegeven (in ranges, waarbij een positieve range duidt op een betere dekking van het FB onder DOT) en op de y-as het aantal instellingen wat hierbinnen valt. Het zwaartepunt van de mutaties is te vinden in de range -2% tot 0%. Ook hier is een relatief grote spreiding te zien.

Grafiek 2: ontwikkeling in procentpunten van dekking FB per zorgaanbieder in ranges



Grafiek 2 zegt met name iets over de procentuele ontwikkelingen. Het is ook interessant om te zien wat de introductie van DOT betekent voor de absolute dekkinggraad van het FB. In de onderstaande grafiek 3 is op de x-as de dekkinggraad te vinden in termen van DBC's én DOT (in ranges) en op de y-as het aantal instellingen wat hierbinnen valt. Er zijn geen grote verschuivingen zichtbaar.

Grafiek 3: absolute ontwikkeling dekking FB per zorgaanbieder in ranges



3.2.3 Interpretatie van analyses

Op basis van de bovenstaande analyses zou de conclusie getrokken kunnen worden dat DOT slechts beperkt leidt tot een verbetering van de financiering en bekostiging van ziekenhuizen (als het FB als beste schatter voor de exploitatiekosten wordt genomen). In veel gevallen zou er zelfs sprake zijn van een minder goede situatie. Naast de nuancerende opmerkingen die hierover reeds zijn gemaakt (onzekerheid omtrent DOT omzet, benadering van de hoogte van het FB) zijn hierover nog de volgende opmerkingen te plaatsen:

- De analyses zijn uitgevoerd op basis van oude data. Het hanteren van nieuwe profielen en kostprijzen zal tot alternatieve uitkomsten leiden.
- In de DOT omzet zijn de expertproducten nog niet meegenomen.
- De hoogte van het FB kan ook muteren als gevolg van het anders registreren van parameters onder DOT (definitieverschuivingen).
- Voor het maken van een sluitende inschattingen dient er gewerkt te worden met individuele profielen van ziekenhuizen en niet met landelijke profielen.
- Een verbetering in de registratie kan leiden tot wijzigingen (minder uitval en duurdere producten).

Kenmerk

NZa

Pagina

10 van 12

Ook hier kan dus concluderend worden opgemerkt dat de uitkomsten niet geschikt zijn om conclusies te trekken over financiering en/of bekostiging.

3.3 Invloed van DOT op schoning

De NZa heeft eerder aangegeven dat door de introductie van DOT onder het FB er naar verwachting correcties uitgevoerd zullen moeten worden op eerdere schoningen 2005, 2008 en 2009. Dit om de stabiliteit van het FB niet in gevaar te brengen, los van de vraag of het B-segment wordt uitgebreid. Door een gebrek aan betrouwbare informatie (niet alleen DOT-omzetten, maar ook omtrent de uitkomsten van de schoning 2009 en de samenstelling van het B-segment onder DOT) is de NZa vooralsnog niet in staat dit risico nader te kwantificeren.

Uit bijeenkomsten met veldpartijen (projectgroep, regieoverleg) heeft de NZa evenwel van zowel zorgaanbieders (NVZ, NFU) als zorgverzekeraars (ZN) de bevestiging gekregen dat er door de invoering van DOT onder het FB lokaal grote verschuivingen zullen gaan optreden en dat een herziening van eerdere schoningen onontkoombaar is om de bekostiging in het A-segment voldoende stabiel te houden. Anderzijds hebben partijen ook nadrukkelijk aangegeven dat een dergelijke exercitie zal leiden tot grote uitvoeringslasten voor partijen (en daarmee ook voor de NZa). Op basis van ervaringen uit eerdere schoningen kan dit NZa dit beamen. Daarnaast merkt de NZa op dat het overgangsregime kapitaallasten een directe koppeling kent met de schoningsbedragen en dat dus elke aanpassing in de schoning direct invloed heeft op de kapitaallastendeckking en dus de bekostiging. Dit alles bevestigt de eerdere conclusie van de NZa dat invoering van DOT onder het FB tot onvoorziene en onoplosbare schoningsproblemen leidt.³

4. Samenvatting en conclusies

Beoordeling DOT

Ten algemene oordeelt de NZa in haar voorlopige beoordeling positief over de DOT-productstructuur en de bijbehorende verantwoordingsinformatie. Een duidelijke verbetering is zichtbaar ten opzichte van de huidige DBC-systematiek, waaronder het aantal producten en de medische herkenbaarheid. Veldpartijen hebben meerdere malen aangegeven voorstander te zijn van de DOT-productstructuur. Dit versterkt de opvatting van de NZa dat een positief oordeel over de grondvesten van DOT op zijn plaats is.

Naast deze verbeteringen is de NZa van mening dat doorontwikkeling en/of nadere analyses door DBC-O op onderdelen zeer gewenst is:

³ Zie ook het advies 'Stabiele Transitie naar Prestatiebekostiging' (NZa, december 2008)

1. Het analyseren en waar mogelijk het aanpassen van de zorgproducten met een hoge cv-waarde;
2. Het analyseren en waar mogelijk het aanpassen van de zorgproducten met een lage omzet. In de definitieve beoordeling van de NZa zal dit aspect nadere aandacht krijgen;
3. Het schonen van de productstructuur voor obsoleete zorgproducten;
4. Het verbeteren van de medische herkenbaarheid voor sommige specifieke individuele zorgproducten;
5. Het kwantificeren van de dekkendheid van de productstructuur;
6. Het analyseren van het terugkomen van uitvalproducten in de zorgproducten en, indien nodig, voorzieningen treffen om deze problematiek op te lossen;
7. Het monitoren van de mogelijke omzetverschuivingen in het A- en het B-segment na de invoering van de basisregistratie;
8. Specifieke aandacht besteden in de audit voor de representativiteit van de tarieven;
9. Het evalueren van de problematiek omtrent upcoding;
10. Het nader concretiseren van de diverse aspecten die met de werking van de grouper samenhangen, zoals beschikbaarheid en certificering. Partijen dienen onderling de verantwoordelijkheid te nemen om het gebruik van de grouper voor declaraties te borgen.

Kenmerk

NZa

Pagina

11 van 12

Specifiek de punten die samenhangen met de volledigheid van de productstructuur (punt 5 en 6), de representiviteit van de tarieven (punt 8) en het oplossen van de knelpunten omtrent de grouper (punt 10) dienen voor de start van DOT-declaraties (afhankelijk van het invoeringsscenario 2010 of 2011) te zijn opgelost. Ook veldpartijen dienen hierin een noodzakelijke bijdrage te leveren en hun verantwoordelijkheid te nemen. Hetzelfde geldt voor de NZa waar het haar bevoegdheden betreft. Naast de genoemde punten (5, 6, 8 en 10) verdient het de voorkeur om ook de overige punten reeds voor de start van DOT-declaraties op te pakken. Of het daadwerkelijk mogelijk is, hangt naast de invoeringsdatum van DOT (thans voorzien voor 2010) ook af van de doorontwikkelmogelijkheden van DBC-O op de korte termijn. Partijen hebben zelf aangegeven dat op detailuitwerking nadere beschouwing noodzakelijk is. Ook dit sluit aan bij de bovenstaande aanbevelingen van de NZa.

Los van bovenstaande punten zal er ook op (midden)lange termijn (na 2011) een doorontwikkeling van de productstructuur noodzakelijk zijn. Het is ondenkbaar dat DOT zodanig is uitontwikkeld dat wanneer zorgaanbieders op basis van DOT zorgproducten gaan declareren alle knelpunten verholpen zijn. Veldpartijen zullen dan ook een constructieve rol moeten blijven spelen bij de doorontwikkeling van DOT op de korte en de lange termijn. Bij het verhelpen van knelpunten en de doorontwikkeling van DOT zal ook een prioritering aangehouden moeten worden. Het opstellen van een gezamenlijke doorontwikkelagenda voor de korte en lange termijn verdient sterk de voorkeur.

Beoordeling financiële impact bij individuele zorgaanbieders

Uit de eerste analyses komt naar voren dat de omzeteffecten over individuele ziekenhuizen divers zijn (omvang en wellicht ook richting). Op basis van de thans beschikbare informatie is het echter niet mogelijk betrouwbare voorspellingen te doen over omzetmutaties in het A-segment ten gevolge van DOT. Pas na de tariefberekening en de normtijdallocatie (beide voorzien voor april 2009) zijn betere voorspellingen mogelijk. Lokaal betrouwbare inschattingen zijn pas mogelijk na de periode van proefdraaien en registratie. Dit zal naar verwachting in de tweede helft van 2009 zijn.

Hiermee is het vooralsnog ook niet mogelijk te bepalen welke impact de invoering van DOT heeft op de bekostiging en de financiering van individuele ziekenhuizen. Voor ziekenhuizen is deze voorzienbaarheid belangrijk met het oog op het voeren van een verantwoorde exploitatie, de eventuele aanpassing van bedrijfsprocessen en het opstellen van liquiditeitsramingen. Voor ZBC's en medisch specialisten speelt de voorzienbaarheid eveneens een belangrijke rol aangezien hun inkomsten enkel en alleen gebaseerd zijn op de declaraties van zorgproducten. Tot slot moeten zorgverzekeraars tijdig inzicht kunnen verkrijgen in de schadelastverschuivingen. Dit alles pleit voor tijdige (en betrouwbare) informatievoorziening richting veldpartijen. Naast DBC-O hebben ook veldpartijen en de NZa hierin een verantwoordelijkheid.

Algehele conclusie

Bovenstaande bevindingen versterken de eerdere conclusie van de NZa dat gelijktijdige invoering van DOT en prestatiebekostiging per 2011 de voorkeur verdient. Betreffend tijdspad geeft de meeste garanties om het gewenste eindperspectief van prestatiebekostiging te behalen.

Bij een dergelijk scenario zou volgens de NZa op hoofdlijnen het volgende tijdspad horen:

- Zo spoedig als technisch mogelijk starten met de landelijke registratie van zorgproducten. Basis dient de huidige productstructuur te zijn, inclusief eventuele kleine technische aanpassingen naar aanleiding van de nog uit te voeren normtijdallocatie. Het is niet wenselijk om te wachten met de registratie totdat er grotere aanpassingen in de productstructuur zijn doorgevoerd. De huidige productstructuur is voor registratie voldoende stabiel. Registratie zou uiterlijk per 1 september 2009 moeten starten en zou moeten doorlopen tot moment van invoering DOT (verder 'registratieperiode' te noemen).
- Tijdens de registratieperiode dienen door DBC-O (gesteund door de overige betrokkenen) een aantal verbeteringen in de productstructuur aangebracht te worden:
 - o De door de NZa in deze notitie geadresseerde verbeterpunten;
 - o De belangrijkste verbeterpunten die uit de registratieperiode naar voren komen.

Dit betekent dat de huidige productstructuur en het voorlopige oordeel van de NZa daarbij het kader voor de doorontwikkeling richting 2011 vormen.

- Tijdens de registratieperiode dient er door DBC-O periodiek (en met een toenemende betrouwbaarheid) informatie aan veldpartijen, NZa en VWS beschikbaar gesteld te worden over de registratie-uitkomsten en de bijbehorende financiële gevolgen. Ook veldpartijen en NZa dienen een rol te vervullen in dit traject.
- Dit alles moet resulteren in:
 - o Oplevering van voorstel voor de definitieve productstructuur, inclusief verantwoordingsinformatie, dient uiterlijk op 1-6-2010 bij de NZa aangeleverd te worden ter definitieve beoordeling en vaststelling.
 - o Uiterlijk dient de definitieve productstructuur op 1-7-2010 aan gebruikers beschikbaar te worden gesteld.

Tot slot verdient het de aanbeveling om op korte termijn een gezamenlijke doorontwikkelagenda voor de periode na 2011 op te stellen.