

**Voorlichting**

**Update  
doorontwikkelagenda  
DOT**

november 2012



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Aanleiding update doorontwikkelagenda	5
1.2 Scope van de update doorontwikkelagenda	5
1.3 Totstandkoming van de update doorontwikkelagenda	6
1.4 Leeswijzer	6
<b>2. Scope van releases</b>	<b>7</b>
<b>3. Afgeronde doorontwikkelpunten</b>	<b>9</b>
3.1 Inleiding	9
3.2 Herijking specifieke kostentarieven 2013	10
3.3 Toevoegen bloedproducten aan tarieven	11
3.4 Opheffen clustering DBC-zorgproducten	11
3.5 Opschonen en verduidelijken prestaties overige zorgproducten	12
3.6 Herijking honorariumtarieven	13
3.7 Revalidatie spoor 2	14
3.8 Integratie derdelijns epilepsiecentra	15
3.9 Doorontwikkeling producten complex chronisch longfalen	16
3.10 Doorontwikkeling productstructuur kindergeneeskunde 2013	17
3.11 Doorontwikkeling productstructuur neurochirurgie	18
3.12 Doorontwikkeling productstructuur cardiologie / cardiopulmonale chirurgie	18
3.13 Monitoren en aanpak uitval	19
3.14 Ziekenhuisverplaatste zorg in productstructuur	19
<b>4. Lopende en nieuwe doorontwikkelpunten</b>	<b>21</b>
4.1 Inleiding	21
4.2 Zorgproducten Intensive Care	22
4.3 Definiëren en opschonen zorgactiviteiten	23
4.4 Inzicht in zorgzwaarte	24
4.5 Geneesmiddelen in productstructuur	26
4.6 Ontwikkeling pre-MDC (waar mogelijk opname in reguliere ICD-10 hoofdstukken)	28
4.7 Doorontwikkeling van diagnoses (in relatie tot ICD-10)	28
4.8 Verbetering registratieregels DOT: verminderen uitzonderingen op afsluitregels	29
4.9 Terugdringen overbodige en obsoleete zorgproducten	30
4.10 Aanpak onbedoelde prikkels DOT	31
4.11 Herijking kostentarieven o.b.v. nieuwe kostprijsmodel (gereguleerd segment en overige zorgproducten)	32
4.12 Tarieven kaakchirurgie	34
4.13 Paramedische zorg	35
4.14 Aanspraak binnen DOT	36
4.15 Doorontwikkeling revalidatiezorg (MSRZ en GRZ)	37
4.16 Positie kindzorg in productstructuur	38
4.17 Doorontwikkeling producten complex chronisch longfalen	38
<b>5. Overige beleidsontwikkelingen</b>	<b>39</b>



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding update doorontwikkelagenda

Gezien de grote impact van het nieuwe systeem DOT, de invoering van prestatiebekostiging en de afbouw van het transitie-model per 2012, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vorig jaar in de doorontwikkelagenda DOT op transparante wijze laten zien welke onderwerpen de komende jaren 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 om op de korte en middellange termijn de productstructuur en tarieven DOT verder te verbeteren. Inmiddels zijn een aantal punten van de doorontwikkelagenda DOT afgerond en/of opgenomen in het reguliere onderhoudsproces, zijn er nieuwe doorontwikkelpunten naar voren gekomen, en zijn er nieuwe inzichten die aanpassing van bepaalde doorontwikkelpunten behoeven. Om deze reden bevat het voorliggende document een update van de doorontwikkelagenda.

## 1.2 Scope van de update 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 de NZa de door DBC-O ontwikkelde releases positief kan beoordelen en tijdig kan vaststellen, zijn er door de NZa kaders geformuleerd en vindt er intensieve afstemming plaats conform de afgesproken onderhoudscyclus. Concreet wordt op deze wijze bewerkstelligd 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 update doorontwikkelagenda geeft de kaders weer voor de releases die nog volgen in 2013 en 2014 en is daarmee de basis voor het ingaan van de voorbereidingsfase in de komende releases.

De voorliggende update doorontwikkelagenda bevat onderwerpen die vanuit het publieke oogpunt minimaal uitgevoerd dienen te worden om de productstructuur en de tarieven te verbeteren. Deze onderwerpen kunnen in voorkomende gevallen 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

---

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

tarieven zoals kwaliteitsindicatoren vallen eveneens buiten de scope van deze doorontwikkelagenda.

Ten slotte wordt in deze doorontwikkelagenda stil gestaan bij ontwikkelingen die aanpassingen van beleid vergen en afhankelijk zijn van besluitvorming door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Hierbij valt te denken aan zaken als integrale tarieven en taakherschikking. Bij deze onderwerpen wordt in hoofdstuk 5 kort stilgestaan.

### **1.3 Totstandkoming van de update doorontwikkelagenda**

Deze update doorontwikkelagenda is samengesteld uit onderwerpen die afkomstig zijn uit de doorontwikkelagenda DOT van vorig jaar, uit de beoordelingen van de NZa<sup>2</sup> en input vanuit DBC-O en veldpartijen.<sup>3</sup> Een conceptversie van deze update doorontwikkelagenda is afgestemd met DBC-O en VWS. Veldpartijen zijn geconsulteerd middels een consultatiebijeenkomst van 1 oktober 2012. Na de consultatie van de adviescommissie op 7 november 2012 is de update doorontwikkelagenda door de Raad van Bestuur van de NZa op 27 november 2012 vastgesteld.

### **1.4 Leeswijzer**

Deze update doorontwikkelagenda bevat de volgende hoofdstukken:

Hoofdstuk 2: Scope van releases

Hoofdstuk 3: Afgeronde doorontwikkelpunten

Hoofdstuk 4: Lopende en nieuwe doorontwikkelpunten

Hoofdstuk 5: Lange termijn beleidsontwikkelingen

Hoofdstuk 2 bevat een algemeen kader over de reikwijdte van wijzigingen in releases. Hoofdstuk 3 omvat doorontwikkelpunten die ook in de doorontwikkelagenda van vorig jaar waren opgenomen, maar die met ingang van 2013 zijn afgerond. Hoofdstuk 4 bevat doorontwikkelpunten die tevens in de doorontwikkelagenda DOT van vorig jaar waren opgenomen, maar waar momenteel nog aan gewerkt wordt. Daarnaast zijn in dit hoofdstuk nieuwe doorontwikkelpunten beschreven, welke betrekking hebben op 2014 en verder. Tot slot worden in hoofdstuk 5 enkele beleidsontwikkelingen benoemd waarover besluitvorming dient plaats te vinden door VWS.

---

<sup>2</sup> Zie o.a. rapport 'Beoordeling release DOT 2013 (RZ13a), september 2012.

<sup>3</sup> Onder andere technisch overleg DOT van 29 juni 2012.

## 2. Scope van releases

Zoals in het voorgaande hoofdstuk is aangegeven, beoordeelt de NZa de releases van DBC-O met als doel prestaties en tarieven vast te stellen. Conform de onderhoudscyclus vindt er eenmaal per jaar een omvangrijke en beleidsrijke release plaats (ingangsdatum 1-1-xxxx) en maximaal tweemaal per jaar een updaterelease. De beleidsrijke release gaat per 1 januari van een nieuw kalenderjaar in en dient door DBC-O op uiterlijk 1 oktober van het jaar x-1 uitgeleverd te worden aan het veld. De NZa krijgt deze release op uiterlijk 15 augustus van het jaar x-1 aangeleverd van DBC-O ter beoordeling en bestuurlijke vaststelling. Hier worden over het algemeen de grote wijzigingen in productstructuur en tarieven in meegenomen.

Het is ten algemene wenselijk om bij het bepalen van de timing van de doorontwikkelpunten in deze agenda, specifiek de keuze voor opname in de beleidsrelease of in een tussentijdse release, rekening te houden met de releaseplanning van DBC-O en de wensen van het veld. Ten aanzien van de wensen van het veld spelen twee tegenstrijdige belangen. Enerzijds dient er rekening gehouden te worden met de hanteerbaarheid van de wijzigingen voor het veld. Grote wijzigingen worden daarom zoveel mogelijk op één moment doorgevoerd in de beleidsrijke release. Op die manier kan het veld hier rekening mee houden in bedrijfsvoering en onderhandelingen. Anderzijds wil het veld graag wijzigingen zo snel mogelijk doorgevoerd zien, zeker in de huidige context van de afbouw van het vangnet (transitiebedrag). Met het oog op de voorzienbaarheid is het wenselijk om hier op voorhand een duidelijke keuze in te maken.

De NZa hanteert hierin de volgende lijn:

- Kleine doorontwikkelingen die het systeem beter werkbaar maken, maar geen wezenlijke beleidsverandering omvatten, dienen zoveel en snel mogelijk in updatereleases mee te worden genomen. Hierbij valt te denken aan herstellen van evidente fouten in de productstructuur (foute afleiding, ontbrekend product) en tarieven (foutieve berekeningen).
- Doorontwikkelingen van meer fundamentele aard lopen mee in de beleidsrijke release. Naast beleidswijzigingen valt hierbij ook te denken aan het hanteren van een alternatieve berekeningsmethodiek voor het gereguleerde segment. De onderwerpen op deze doorontwikkelagenda kunnen een grote impact hebben waardoor deze wijzigingen doorgaans in een beleidsrijke release worden doorgevoerd.

Op grond van de afstemming met veldpartijen is reeds duidelijk geworden dat de grens niet altijd duidelijk te trekken is. Ook kan er op grond van zwaarwegende redenen, zoals financiële impact voor aanbieders of zorgverzekeraars of politieke wensen, soms reden zijn om op een pragmatische manier met de grens om te gaan. Bij de uitwerking van de releases zal hier dus een weloverwogen keuze in gemaakt moeten worden. Afwijkingen dienen echter tot een minimum beperkt te worden en alleen in onderling overleg plaats te vinden.





## **3. Afgeronde doorontwikkelpunten**

### **3.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van doorontwikkelpunten die vorig jaar in de doorontwikkelagenda DOT waren opgenomen en welke reeds of met ingang van 2013 in de productstructuur of tarieven opgelost zijn. Dit betekent dat er komende jaren geen doorontwikkeling van deze punten van een meer fundamentele aard plaats zal vinden. Bepaalde punten zullen de komende tijd ook onderwerp van aandacht blijven, aangezien regulier onderhoud van deze punten plaats zal vinden. Hierbij valt te denken aan onderwerpen zoals het monitoren en aanpak uitval en ziekenhuisverplaatste zorg. In dit hoofdstuk is per doorontwikkelpunt beschreven wat het doel was dat met de doorontwikkeling bereikt zou worden, hoe de doorontwikkeling aangepakt is en wat het resultaat hiervan is.

### 3.2 Herijking specifieke kostentarieven 2013

Doel
<p>Herijking van specifieke gereguleerde kostentarieven die verbetering behoeven. Het doel hiervan is de toegankelijkheid van deze zorg te waarborgen.</p>
Uitwerking
<p>De NZa heeft met de vaststelling van de updaterelease RZ12c (ingangsdatum 1 mei 2012) diverse tariefsaanpassingen gedurende 2012 doorgevoerd. De tarieven voor klinische kindergeneeskunde, neurochirurgie en cardiologie / cardiochirurgie zijn aangepast vanwege de beschikbaarheid van verbeterde kostprijzen tegen de achtergrond van productstructuren waarin op bepaalde punten topreferente zorg nog onvoldoende tot uitdrukking komt. Met deze tariefwijzigingen is tegemoet gekomen aan verzoeken van veldpartijen om specifiek deze productgroepen aan te passen en is er extra onderhandelingsruimte gecreëerd. De tariefwijzigingen waren in beginsel van tijdelijke aard, aangezien de productstructuren van deze specialismen per 2013 fundamenteel zijn aangepast.</p> <p>Het uitgangspunt voor de berekening van de kostentarieven per 2013 is indexatie van de kostentarieven 2012. Echter, omdat de productstructuur van cardiopulmonale chirurgie en neurochirurgie per 2013 fundamenteel wordt aangepast, was indexatie niet mogelijk en was herberekening van de kostentarieven noodzakelijk. Voor het berekenen van de kostentarieven 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). Dit heeft geleid tot kwalitatief betere kostentarieven voor cardiopulmonale chirurgie en neurochirurgie per 2013.</p> <p>In de nieuwe productstructuur kindergeneeskunde 2013 is het mogelijk onderscheid te maken naar algemene en topreferente producten. Voor de algemene producten geldt het uitgangspunt voor de tariefberekening: DIS-data 2010 en kostprijzen 2009. Voor de kostentarieven 2013 voor topreferente producten wordt gebruik gemaakt van de NFU dataset 2010 en NFU kostprijzen 2010. De NZa heeft ervoor gekozen om deze verhoging te verfijnen en uit te breiden voor specifieke de topreferente producten. Voor het berekenen van de kostentarieven 2013 is een nieuwe referentiegroep samengesteld. Deze van 8 topklinische ziekenhuizen en 4 UMC's hebben kostprijsgegevens aangeleverd over het boekjaar 2010. Voor de topreferente kindergeneeskunde geldt dat de zorg vooral wordt uitgevoerd binnen universitair medische centra. De kostprijzen van de vier UMC's uit de referentiegroep worden louter gehanteerd in de tariefberekening van de topreferente producten. Concreet betekent dit dat voor de topreferente producten niet alleen de verpleegdagkostprijs, maar ook de dagverpleging- en consultkostprijzen worden verhoogd naar UMC-niveau. 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. Dit heeft geleid tot kwalitatief betere kostentarieven voor kindergeneeskunde per 2013.</p>
Resultaat
<p>De kostentarieven van specifieke zorgproducten voor kindergeneeskunde, neurochirurgie en cardiopulmonale chirurgie worden per 2013 verbeterd door gebruik te maken van een nieuwe referentiegroep en door aanvullende tariefmaatregelen te nemen.</p>

### 3.3 Toevoegen bloedproducten aan tarieven

Doel
De kosten van de bloedproducten beter toerekenen aan DBC-zorgproducten waarin die kosten ook daadwerkelijk worden gemaakt, om zo de transparantie te vergroten.
Uitwerking
Uit de analyse van de DIS-dataset ronde 21 blijkt dat 28 ziekenhuizen (14 algemene, 12 topklinische en 2 academische ziekenhuizen) 75% of meer van het totale aantal door Sanquin uitgegeven bloedproducten in DIS of de DOT monitor dataset hebben geregistreerd. De gegevens van deze ziekenhuizen zijn gebruikt om voor bloedproducten een verbeterde set profielregels samen te stellen. De kostentarieven 2013 van DBC-zorgproducten in de fundamenteel gewijzigde productstructuren voor cardiopulmonale chirurgie en neurochirurgie zijn op basis van expertinschatting verrijkt met de kosten van bloedproducten. Tot slot is er een vergelijking gemaakt tussen de totale kosten voor bloedproducten op macroniveau op basis van conceptkostentarieven 2013 inclusief een landelijke casemix inschatting en de omzet van Sanquin aan kort-houdbare bloedproducten. Het verschil van 3% kan verklaard worden doordat gemiddeld ongeveer 3% van de bloedproducten niet aan een patiënt wordt toegediend vanwege beperkte houdbaarheid. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het hanteren van verrijkte profielen voor bloedproducten zorgt voor een adequate benadering van de werkelijke bloedkosten per traject.
Resultaat
In de kostentarieven 2013 van DBC-zorgproducten zijn de kosten van bloedproducten specifiek toegerekend. De kostentarieven 2014 worden gebaseerd op de kostprijsgegevens uitgevraagd door middel van het nieuwe kostprijsmodel (zie ook paragraaf 4.11), waarbij instellingen de kostensoort 'bloedsoorten' specifiek dienen aan te leveren.

### 3.4 Opheffen clustering DBC-zorgproducten

Doel
Indien nodig het opheffen en/of aanpassen van clusteringen van DBC-zorgproducten. Doel is om te komen tot een goed werkende systematiek die consistent en transparant is.
Uitwerking
Binnen DOT wordt op een aantal plaatsen gebruik gemaakt van clustering van DBC-zorgproducten door middel van declaratiecodes. De clusteringen zijn tot stand gekomen door het gebruik van identieke boomstructuren bij verschillende ICD-10 hoofdstukken. Het gaat om twee grote en negen kleine clusteringen. Het doel van deze clustering is volgens DBC-O om medisch identieke DBC-zorgproducten die door de ICD-systematiek over een aantal hoofdstukken zijn verspreid aan elkaar te koppelen. Het tweede doel is het tegengaan van versnippering die zonder clustering zou ontstaan bij DBC-zorgproducten met onvoldoende volume. Er is in beperkte mate ook clustering toegepast om technische redenen. Deze clustering betekent automatisch dat ook de tarieven van deze DBC-zorgproducten geclusterd worden.
Naar aanleiding van signalen uit het veld over knelpunten in de lokale onderhandelingen als gevolg van de clustering van DBC-zorgproducten, heeft er overleg plaatsgevonden tussen de NZa, DBC-O en veldpartijen over de (on)wenselijkheid van het clusteren van DBC-zorgproducten. Met het clusteren van DBC-zorgproducten werd impliciet het signaal afgegeven dat het medisch volledig identieke producten betrof. Dit sloot niet altijd aan bij de praktijk en bleek tot verwarring te leiden. De NZa heeft om deze reden besloten de clustering van DBC-zorgproducten per 2013 op te heffen. Deze vorm van deregulering biedt verzekeraars en zorgaanbieders meer vrijheid in het onderhandelingsproces.
Veldpartijen kunnen daarmee per 2013 makkelijker 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.

Resultaat
Om de productstructuur optimaal aan te laten sluiten bij de inkooprol van zorgverzekeraars, is het gewenst dat elk DBC-zorgproduct van een unieke declaratiecode werd voorzien. De NZa heeft daarom besloten de clustering van DBC-zorgproducten per 2013 op te heffen.

### 3.5 Opschonen en verduidelijken prestaties overige zorgproducten

Doel
De overige zorgproducten dienen gecategoriseerd, verduidelijkt en zonodig opgeschoond te worden ter voorkoming van dubbele bekostiging. Het doel is om te komen tot een goed werkende systematiek die consistent en transparant is.
Uitwerking
<p>Binnen DOT zijn de prestaties onderverdeeld in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. In de huidige indeling van de overige zorgproducten worden de volgende vijf categorieën onderscheiden: add-ons, ondersteunende producten, overige producten, overige trajecten en overige verrichtingen. Deze overige zorgproducten zijn ook gedefinieerd als zorgactiviteit in de zorgactiviteitentabel, maar hebben als extra kenmerk dat ze (onder bepaalde voorwaarden) los declarabel zijn.</p> <p>Eén van de knelpunten van de huidige indeling van de overige zorgproducten is dat deze niet consequent is, waardoor het niet duidelijk is waarom bepaalde producten in een bepaalde categorie vallen. Om dit knelpunt op te lossen heeft de NZa een nieuwe indeling voor de overige zorgproducten voor per 2013 opgesteld. In deze nieuwe indeling zijn de overige zorgproducten ingedeeld in zowel declaratietechnische als (medisch) inhoudelijk herkenbare geroepen. De volgende vier hoofdcategorieën zullen hierbij worden onderscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) supplementaire producten</li> <li>b) eerstelijns diagnostiek</li> <li>c) paramedische behandeling en onderzoek</li> <li>d) overige verrichtingen</li> </ul> <p>Verder heeft NZa in de eerste helft van 2012 alle overige zorgproducten beoordeeld op relevantie (uitgangssituatie 2012) en bepaald welke overige zorgproducten weinig tot niet gedeclareerd zijn op basis van Vektis data. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van 138 prestaties, welke per 2013 uit de lijst met overige zorgproducten geschrapt worden. 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.</p>
Resultaat
Overige zorgproducten worden per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën, te weten supplementaire producten, eerstelijns diagnostiek, paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen. Verder zal de NZa 138 prestaties per 2013 schrappen uit de lijst met overige zorgproducten. Het gaat hierbij slechts om prestaties die niet of nauwelijks gedeclareerd worden. Het terugdringen van overbodige en obsoleete zorgproducten blijft onderwerp van aandacht de komende jaren, zie hiervoor paragraaf 4.9.

### 3.6 Herijking honorariumtarieven

Doel
<p>Het doel is om honorariumtarieven DOT 2013 wederom aan te laten sluiten bij het Budgettair Kader Zorg Medisch Specialisten (BKZ MS), in analogie met de systematiek die voor de honorariumtarieven 2012 is toegepast.</p>
Uitwerking
<p>De honorariumtarieven DOT 2012 zijn gebaseerd op een nieuwe methodiek waarbij het principe van tijdbestedingsonderzoeken en capaciteitsonderzoek is losgelaten. In plaats daarvan wordt een berekeningsmethodiek gehanteerd waarbij tarieven op voorhand aansluiten bij het BKZ MS. In deze berekeningsmethodiek is de vrijgevestigde medisch specialist het uitgangspunt, aangezien het BKZ MS ook enkel van toepassing is op vrijgevestigde specialisten.</p> <p>De NZa heeft voorafgaand aan inwerkingtreding van het DOT pakket 2012 met veldpartijen verkennend doorgesproken over de evaluatie op de DOT honorariumtarieven. Gedurende 2012 heeft de NZa geconcludeerd dat een evaluatie op korte termijn onuitvoerbaar blijkt vanwege het gegeven dat er onvoldoende DOT-declaratieverkeer heeft plaatsgevonden in de eerste perioden van 2012. Deze informatie is cruciaal omdat hiermee de relatie tussen de berekende honorariumtarieven en de beheersplafonds gelegd kan worden. In 2013 worden deze gegevens op zijn vroegst verwacht.</p> <p>Om de bovenstaande reden heeft de NZa besloten om de berekeningsmethodiek voor de honorariumtarieven DOT 2012 ook toe te passen op de tarieven voor 2013. Hierbij worden de onderliggende bronvariabelen geactualiseerd naar het meest recente jaar. Dit betekent dat de BKZ bedragen per specialisme, op basis van FTE gegevens van DHD over het jaar 2010, verdeeld worden over de zorgproducten per specialisme op basis van de productiedataset DIS 2010. Op de FTE aantallen van DHD heeft gedurende 2012 een extra verificatieslag plaatsgevonden, waarbij instellingen in de gelegenheid zijn gesteld om de oorspronkelijk aangeleverde aantallen te verifiëren. Daarnaast zijn wetenschappelijke verenigingen opnieuw in de gelegenheid gesteld om de producten van een onderlinge waardesleutel te voorzien door middel van het normtijdentool. De NZa is voornemens om met de veldpartijen verkennend door te spreken over de keuzes rondom de wijze van berekening van de honorariumtarieven DOT 2014.</p>
Resultaat
<p>De honorariumtarieven DOT 2013 zijn herijkt door gebruik te maken van de berekeningsmethodiek voor de honorariumtarieven DOT 2012. Hierbij zijn de onderliggende bronvariabelen geactualiseerd naar het meest recente jaar.</p>

### 3.7 Revalidatie spoor 2

Doel
<p>In 2009 is voor revalidatiegeneeskunde de DBC-systematiek ingevoerd. Na een jaar vastleggen en registreren van DBC's heeft Revalidatie Nederland (RN) verbeterpunten geformuleerd waarvan een aantal is doorgevoerd in het DOT-pakket per 2012. Deze verbetering in de revalidatiestructuur werd ook wel 'spoor 1' genoemd. De sector hechtte echter veel waarde aan een fundamentele doorontwikkeling van de revalidatie DBC's naar een meer prestatiegeoriënteerde productstructuur (het zogenoemde spoor 2). Spoor 2 moest leiden tot een voor revalidatie medisch herkenbare, consistente en transparante productstructuur (niet meer alleen op basis van tijdsinzet) die geschikt is voor invoering van prestatiebekostiging.</p>
Uitwerking
<p>Eind 2011 zijn er gesprekken met betrokken partijen gevoerd over de invulling van spoor 2. Er is toen geconcludeerd dat over het merendeel van de onderdelen van de productstructuur 2013 consensus bestond. Zo was er overeenstemming over de invoering van de zorgvraagindex (ZVI) en de clustering van alle diagnoses in 7 diagnosegroepen. Verder is geconcludeerd dat een afleiding op basis gewogen behandeluren, waarbij de weging afhankelijk is van de behandeldiscipline, het maximaal haalbare was om te voldoen aan de voorwaarde van kenmerkende zorgactiviteiten.</p> <p>De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) is in samenwerking met partijen bezig geweest met de uitwerking van spoor 2. Dit heeft geleid tot een nieuwe set van zorgproducten in DOT (specifiek in productgroep 990027) waarbij vanaf 2013 onderscheid wordt gemaakt naar zeven hoofddiagnosegroepen. Per diagnosegroep wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende ambulante en klinische producten op basis van het aantal 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 3 factoren: persoonlijke factoren (zoals leeftijd, andere aandoeningen, etc.), externe factoren (ondersteuning, relaties, etc.) en participatieambitie. Verder zijn er nog een aantal bijzonderheden met betrekking tot de reguliere DOT-structuur. Bij het aanpassen van de productstructuur zijn de geïdentificeerde kostencategorieën als uitgangspunt genomen.</p>
Resultaat
<p>Voor de productstructuur van de medische specialistische revalidatiegeneeskunde wordt per 2013 spoor 2 ingevoerd. Deze aangepaste productstructuur is in lijn met de eind 2011 gemaakte afspraken zodat er een voor prestatiebekostiging geschikte structuur ligt. De productstructuur 2013 (spoor 2) voldoet echter nog niet het einddoel zoals beschreven in de doorontwikkelagenda van vorig jaar. 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 en om de medische herkenbaarheid van de productstructuur te vergroten. Ook zal de komende tijd vastgesteld moeten worden of de zorgvraagindex (ZVI) een juiste parameter is om de afleiding van zorgproducten op te laten plaatsvinden. De revalidatiesector zal ten behoeve van deze doorontwikkeling moeten werken aan het op een eenduidige manier transparant maken van de geleverde zorg en de uitkomsten hiervan. Parallel hieraan zal verder onderzocht worden of de productstructuur voor de medisch specialistische revalidatie geïntegreerd kan worden met de productstructuur van geriatrische revalidatiezorg. Voor deze doorontwikkeling wordt verwezen naar paragraaf 4.15.</p>

### 3.8 Integratie derdelijns epilepsiecentra

Doel
<p>Het ontwikkelen van een medisch herkenbare, transparante en consistente productstructuur voor epilepsiezorg, waarin ook de gespecialiseerde epilepsiezorg tot zijn recht komt. Er zal in ieder geval ook overgegaan worden op een ééntaksboom om te voorkomen dat producten gedefinieerd zijn op basis van het type instelling.</p>
Uitwerking
<p>Per 2013 wordt de set zorgproducten voor epilepsiezorg in DOT (zorgproductgroep 069899) volledig vernieuwd. Hierbij zal niet langer onderscheid gemaakt worden naar soort instelling. Dit is mogelijk gemaakt door een aantal nieuwe zorgactiviteiten te ontwikkelen die recht doen aan derdelijns epilepsiezorg en een aantal specifieke categorale zorgactiviteiten te integreren in de zorgactiviteitentabel. In het kader van de doorontwikkeling van producten voor kindergeneeskunde zijn de kinder- epilepsiediagnosen zoals behandeld door kinderartsen toegevoegd aan de epilepsieboom. Binnen de epilepsieboom 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.</p>
Resultaat
<p>In de productstructuur epilepsiezorg 2013 wordt geen onderscheid meer gemaakt naar soort instelling; wel blijft er een onderscheid bestaan tussen zorg voor kinderen en volwassenen (tweetaksboom). Omdat de kinderneurologie echter niet is opgenomen in de kindergeneeskundeboom vindt de NZa deze tweetaksboom voor 2013 acceptabel. De NZa zal in 2013 als onderdeel van het doorontwikkelpunt 'positie kindzorg in productstructuur' (zie paragraaf 4.16) de keuze om kindergeneeskunde producten in deze boom te positioneren mogelijk heroverwegen.</p>

### 3.9 Doorontwikkeling producten complex chronisch longfalen

<b>Doel</b>
De belangrijkste doorontwikkelpunten voor producten van complex chronisch longfalen zijn: <ul style="list-style-type: none"><li>— volledige zorgactiviteitenregistratie in de instellingen;</li><li>— evalueren tariefstelling assessment en afgebroken behandeling - auditering van het proces van profielbepaling en kostprijzen t.b.v. 2013;</li><li>— evaluatie en verder definiëring van modulen;</li><li>— check op ongewenste prikkels, waaronder het afbreken behandeling en het onderscheid dagbehandeling/klinisch.</li><li>— toegankelijkheid van deze producten voor alle instellingen.</li></ul>
<b>Uitwerking</b>
In 2012 heeft doorontwikkeling van de producten voor complex chronisch longfalen plaatsgevonden waardoor de zorgproductgroep 990022 per 2013 is aangepast. Het bestaande basisproduct is opgedeeld in een 'lichte' en een 'zware' variant. Voor sommige producten is een onderscheid aangebracht indien de diagnose 'astma' tot meer behandelinzet leidde. Daarnaast zijn er indien kostenverschillen binnen een product daar aanleiding toe gaven, specifieke kindproducten toegevoegd. Ook zijn er een 'diagnostisch kind' product en een 'medicatie afbouw' product aan de zorgproductgroep toegevoegd.
<b>Resultaat</b>
Per 2013 wordt de productstructuur voor complex chronisch longfalen aangepast. De NZa 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 (voor doorontwikkelpunt producten complex chronisch longfalen 2014 zie paragraaf 4.17).



### 3.10 Doorontwikkeling productstructuur kindergeneeskunde 2013

Doel
Voor zover mogelijk de aparte boom voor kindergeneeskunde integreren in de reguliere ICD-10 bomen binnen de productstructuur, zodat identieke zorg voor volwassenen en kinderen geen verschillend product betreft.
Uitwerking
<p>Voor alle subspecialismen kindergeneeskunde is de definiëring van topreferente producten uitgevoerd. Om zowel de topreferente als algemene zorgproducten ook te voorzien van adequate tarieven is gekeken naar een goede casemix en passende profielen per zorgproduct. In samenwerking met alle subspecialismen binnen de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) is er in de productstructuur een onderscheid gemaakt tussen topreferente en algemene kindergeneeskunde. Kindergeneeskunde was in zijn totaliteit ondergebracht in zorgproductgroep 990016. Deze zorgproductgroep wordt met ingang van 2013 opgesplitst in vijftien zorgproductgroepen per subspecialisme voor kindergeneeskunde, waaronder een nieuwe zorgproductgroep voor kinderoncologie. Ten bate van de nieuwe structuur zijn verschillende nieuwe zorgactiviteiten toegevoegd of zorgactiviteiten anders omschreven.</p> <p>Omdat de NZa vraagtekens had bij de mate waarin de nieuwe productstructuur voor kindergeneeskunde bijdraagt aan de gewenste integratie met de reguliere ICD-10 bomen, heeft zij dit voorgelegd in een Technisch Overleg DOT. Tijdens dit overleg is door alle belanghebbende partijen benadrukt dat de nieuwe productstructuur een toekomstige integratie niet in de weg staat en juist een stap is op weg richting integratie. Echter, wanneer de kindergeneeskunde nu al zou worden overgeheveld naar ICD-10, dan zouden daar een groot aantal extra zorgproducten ontstaan en dit wordt niet wenselijk geacht. De NVK heeft ook zelf nog schriftelijk gereageerd richting de NZa. In deze reactie wordt gepleit voor goedkeuring van deze structuur omdat het toekomstige integratie niet in de weg staat.</p>
Resultaat
<p>De NZa constateert dat met de nieuwe productstructuur voor kindergeneeskunde per 2013 de medische herkenbaarheid is toegenomen. Met name de verbeterde herkenbaarheid van de topreferente kindergeneeskunde acht de NZa als positief. Gezien de fundamentele doorontwikkeling die per 2013 tot stand is gebracht, beschouwt de NZa dit doorontwikkelpunt als afgerond. Hierbij dienen de volgende kanttekeningen geplaatst worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— De NZa wenst wel dat de neonatologie in één productgroep wordt geïntegreerd. In de productstructuur 2013 is zowel in zorgproductgroep 990316 'Kindergeneeskunde algemeen en neonatologie' en zorgproductgroep 990017 'Neonatologie' een deel van de zorg voor neonaten opgenomen.</li> <li>— Bij het doorontwikkelpunt 'positie kindzorg in productstructuur' (zie paragraaf 4.16) wordt de mogelijkheid tot integratie van kindzorg in de reguliere ICD-10 bomen opgepakt.</li> </ul>

### 3.11 Doorontwikkeling productstructuur neurochirurgie

<b>Doel</b>
Het vergroten van de medische herkenbaarheid van de topreferente neurochirurgie en het aanbrengen van een scheiding tussen WBMV en niet-WBMV zorg in de productstructuur.
<b>Uitwerking</b>
<p>In de productstructuur 2013 is de neurochirurgische zorg eenduidiger en vollediger beschreven. Deze beschrijvingen zijn tot stand gekomen in samenspraak tussen Beroeps Belangen Commissie van de Wetenschappelijke Vereniging (BBC), vier UMC's en de NVvN. Hiertoe is de zorgproductgroep 972802 heringedeeld waardoor alleen nog WBMV zorg in deze groep valt. Hierbinnen zijn drie hoofdgroepen te onderscheiden: epilepsie (1 apart DBC-zorgproduct), neuromodulatie (8 DBC-zorgproducten) en hersen-/ wervelkolomchirurgie (36 DBC-zorgproducten).</p> <p>In een aantal niet-WBMV-bomen zijn nieuwe zorgactiviteiten toegevoegd voor operatieve verrichtingen, bijzondere kunst- en hulpmiddelen en neuromonitoring. Men heeft hierbij operatieve ingrepen ingedeeld in clusters op basis van OK-duur. Daarnaast zijn er een aantal zorgactiviteiten vervallen of gewijzigd.</p>
<b>Resultaat</b>
De NZa kan zich goed vinden in de doorgevoerde aanpassingen per 2013. Vooral het onderscheid dat is aangebracht tussen de zorg die wel of niet onder WBMV- vergunning valt vindt de NZa een goede ontwikkeling. Daarnaast meent de NZa dat deze doorontwikkelde productstructuur beter recht doet aan de zwaartegroepen en daarmee ook leidt tot een betere allocatie van zowel ziekenhuiskosten als de inzet van de medisch specialist.

### 3.12 Doorontwikkeling productstructuur cardiologie / cardiopulmonale chirurgie

<b>Doel</b>
Het vergroten van de medische herkenbaarheid van de topreferente cardiologie en cardiochirurgie in de productstructuur.
<b>Uitwerking</b>
<p>De zorgproductgroep 979001 wordt per 2013 opnieuw ingedeeld. Er worden nu drie zorggebieden onderscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Cardiopulmonale chirurgie (van 78 naar 39 zorgproducten);</li> <li>— Interventiecardiologie (van 30 naar 27 zorgproducten);</li> <li>— Begeleiding van transplantaties door beschouwende specialisten (van 12 naar 30 zorgproducten).</li> </ul> <p>Binnen alle drie de gebieden zijn een aantal thema's te onderscheiden waaraan de ontwikkelde zorgproducten zijn te relateren. Ten algemene zijn de zorgbeschrijvingen eenduidiger en vollediger gemaakt.</p>
<b>Resultaat</b>
De NZa kan zich goed vinden in de doorgevoerde aanpassingen. Onderwerpen als steunharten en begeleiding van transplantatie door onder andere het specialisme longgeneeskunde krijgt zo vanaf 2013 een betere plek in de productstructuur. Daarnaast is ervoor gezorgd dat zorgactiviteiten en producten die eerder niet als medisch herkenbaar werden gezien dit nu wel zijn. De zorgproductgroep is waar nodig en mogelijk overzichtelijker geworden, bijvoorbeeld op het gebied van cardiopulmonale chirurgie. Wel constateert de NZa dat er op sommige plaatsen meer producten bij zijn gekomen; deze aanpassingen zijn echter wel in lijn met de begeleiding van orgaantransplantaties in andere zorgproductgroepen. Ook daar wordt onderscheid gemaakt in producten voor begeleiding bij screening, transplantatie en nazorg.

### 3.13 Monitoren en aanpak uitval

Doel
Nauwlettend monitoren van uitval en voor zover dit veroorzaakt wordt door tekortkomingen in de productstructuur oplossen.
Uitwerking
Bij het in gebruik nemen van de productstructuur 2012, is gebleken dat bepaalde zorgtrajecten afleiden naar uitvalproducten en derhalve niet gedeclareerd kunnen worden. Een uitvalproduct is het resultaat van de afleiding van een declaratieset door de grouper waarin een onlogische combinatie van aanwezige componenten en zorgactiviteiten voorkomt. In het kader van de doorontwikkeling van de productstructuur zijn op basis van signalen uit het veld wijzigingen in productstructuur per 1 mei en 1 september 2012 ten behoeve van uitvalreductie aangebracht. Het betreft hierbij uitval die te wijten is aan tekortkomingen in de productstructuur. Uitval die door betere basisregistratie of typering voorkomen kan worden óf uitval als gevolg van het ontbreken van essentiële activiteiten in het subtraject worden niet door aanpassingen in de productstructuur opgelost.
Resultaat
In 2012 heeft de NZa twee update releases vastgesteld: een eerste updaterelease per 1 mei 2012 (RZ12c) en een updaterelease per 1 september 2012 (RZ12d). Binnen deze updatereleases waren wijzigingen ten behoeve van uitvalreductie een belangrijk thema. In het vervolg zal uitvalreductie onderdeel uitmaken van de reguliere onderhoudscyclus.

### 3.14 Ziekenhuisverplaatste zorg in productstructuur

Doel
Inventariseren van resterende knelpunten in de financiering van ziekenhuisverplaatste zorg. Onder ziekenhuisverplaatste zorg wordt de medisch specialistische behandeling verstaan wanneer deze buiten de muren van de instelling plaatsvindt. Te denken valt aan (1) de verstrekking van hulpmiddelen, (2) de verstrekking van geneesmiddelen of (3) verpleging welke onderdeel zijn van een medisch specialistische behandeling. Doel is om te komen tot een goed werkend en doelmatig systeem.
<i>Specifiek voor hulpmiddelen</i> Bepalen of aanpassingen van de DBC-zorgproducten nodig zijn in verband met specifieke hulpmiddelen die vallen onder de medisch specialistische zorg. Zo nodig aanpassingen doorvoeren in de productstructuur en/of tarieven.
Uitwerking
DBC-O heeft aanpassingen in de productstructuur ten behoeve van ziekenhuisverplaatste zorg ( overgehevelde hulpmiddelen) doorgevoerd per 2012 en 2013. Deze aanpassingen maken adequate zorginkoop van ziekenhuisverplaatste zorg mogelijk.
Resultaat
Per 2012 en 2013 heeft DBC-O de overgehevelde hulpmiddelen in de productstructuur DOT. In het vervolg zal dit onderwerp onderdeel uitmaken van de reguliere onderhoudscyclus.



## **4. Lopende en nieuwe doorontwikkelpunten**

### **4.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van doorontwikkelpunten die reeds vorig jaar in de Doorontwikkelagenda DOT waren opgenomen, en welke op dit moment nog in ontwikkeling zijn. Daarnaast zijn een aantal nieuwe doorontwikkelpunten opgenomen, die zijn voortgekomen uit beoordelingen door de NZa van de DOT-releases gedurende 2012 en op basis van voortschrijdend inzicht. Per doorontwikkelpunt wordt beschreven wat de achtergrond is, het doel dat met de doorontwikkeling bereikt zou moeten worden, de stand van zaken anno 2012 en hoe de doorontwikkeling wordt aangepakt. Ook is opgenomen wie de voortrekkersrol heeft en met ingang van welk jaar dit doorontwikkelpunt gerealiseerd dient te 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 4.11. De individuele wijzigingsverzoeken ten aanzien van de productstructuur (zoals aanpassingen ten behoeve van Obstetrische High Care) bestempelt de NZa als regulier onderhoud, omdat deze doorontwikkelingen doorgaans geen beleidsmatig karakter hebben en niet primair de publieke belangen raken.

## 4.2 Zorgproducten Intensive Care

<b>Achtergrond</b>
<p>Voor de add-ons Intensive Care (IC) wordt nog gewerkt met een groepsindeling op basis van aantal beademingsdagen, zoals dit ook in de FB-systematiek gold. Hierbij kan de vraag worden gesteld of deze indeling binnen een systeem van prestatiebekostiging de juiste prikkels bevat. Er bestaat de wens om deze meer te ontwikkelen richting de kwaliteitsrichtlijnen en de IC-level indeling (level 1, 2 en 3). Ook kan er gekozen worden voor een andere groepsindeling en/of toevoegen van de mogelijkheden tot het registreren van andere zorgactiviteiten.</p>
<b>Doel</b>
<p>Door het in kaart brengen van aanpassingen die nodig zijn in de overige zorgproducten voor de IC (add-ons) komen tot nieuwe producten voor de IC. Mogelijk kunnen deze prestaties aansluiten bij kwaliteitsrichtlijnen of de IC-levelindeling van de IGZ. Verder dienen onbedoelde prikkels tegen gegaan te worden en kunnen mogelijk doelmatigheidsprikkels ten aanzien van IC-gebruik ingebouwd worden.</p>
<b>Stand van zaken</b>
<p>De NZa heeft vanaf begin 2012 een aantal verkennende gesprekken gevoerd met partijen (NVIC, IGZ, NFU, een individuele zorgverzekeraar en een samenwerkingsverband) die betrokken zijn bij IC zorg. Mogelijke knelpunten en oplossingsrichtingen die uit deze gesprekken naar voren zijn gekomen zijn in een Technisch Overleg besproken met veldpartijen. Naar aanleiding de reacties van partijen heeft de NZa een aantal opties voor doorontwikkeling nader uitgewerkt, namelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Optie 1: Opnametoeslag laten vervallen; beademingstoeslag opnemen in prestatie IC-behandeldag</li> <li>— Optie 2: Tariefgroepen op basis van volumennormen omzetten in tariefgroepen op basis van level-indeling</li> <li>— Optie 3: Terugbrengen van tariefgroepen / levels van 3 naar 2</li> <li>— Optie 4: Introductie van een nieuwe indeling (licht, middel, zwaar)</li> <li>— Optie 5: Vergoeding voor IC opnemen in tarief DBC-zorgproduct</li> </ul>
<b>Aanpak</b>
<p>In vervolg hierop worden de bovenstaande opties voorgelegd aan veldpartijen tijdens een consultatiebijeenkomst in het najaar van 2012. Hierbij staat de vraag centraal hoe de productstructuur voor de IC-zorg binnen de DOT-systematiek verbeterd kan worden, rekening houdend met de volgende aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Medische herkenbaarheid</li> <li>— Kostenhomogeniteit</li> <li>— Doelmatige inkoop mogelijk maken</li> <li>— Tegengaan van onbedoelde prikkels</li> <li>— Publieke belangen: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid</li> <li>— Samenwerking niet belemmeren / spreiding en concentratie mogelijk maken</li> <li>— Werkbaarheid voor berekening kosten- en honorariumtarieven binnen bestaande systematiek (en nieuwe kostprijsmodel)</li> <li>— Beperking van administratieve en uitvoeringslasten.</li> </ul> <p>Aan de hand van de uitkomsten van deze consultatie zal gekozen worden voor een doorontwikkelrichting voor de IC-prestaties en deze richting zal nader uitgewerkt worden. Er is naar verwachting geen separate kostenvraag nodig om deze doorontwikkeling mogelijk te maken.</p>
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa (in afstemming met DBC-O)
<b>Gereed</b>
Per 2014

### 4.3 Definiëren en opschonen zorgactiviteiten

<b>Achtergrond</b>
Zorgactiviteiten dienen als 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>
In de regelgeving medisch specialistische zorg 2013 worden voor diverse zorgactiviteiten definities toegevoegd. Het gaat hierbij om activiteiten die een bepalende rol spelen in de afleiding en / of activiteiten waarover mogelijk onduidelijkheid bestaat in het veld. Daarnaast worden in de releases RZ13a en RZ13b omschrijvingen van zorgactiviteiten verduidelijkt en de omschrijvingen in de zorgactiviteitentabel en tarieventabel gesynchroniseerd.
<b>Aanpak</b>
DBC-O heeft een project gestart voor het verbeteren van de zorgactiviteitentabel. Tevens is er in 2012 een werkgroep gestart, waarin ook de NFU en NVZ vertegenwoordigd zijn. ZN zal hierbij ook aansluiting zoeken. Op basis van een nader te bepalen prioritering worden de verschillende onderdelen opgepakt. De NZa zal in 2013 in verband met het vervallen van de FB-systematiek in afstemming met partijen de zorgactiviteitentabel opschonen.
<b>Voortrekkersrol</b>
DBC-O (verduidelijken zorgactiviteiten) / NZa (opschonen zorgactiviteiten)
<b>Gereed</b>
Grote verbeteringslag per 2014, gereed per 2015.

## 4.4 Inzicht in zorgzwaarte

Achtergrond
<p>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.</p> <p>Daarnaast zijn in 2012 een aantal veranderingen doorgevoerd dat de knelpunten ten aanzien van zorgzwaarte verder vermindert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Uitbreiding van het B-segment: vrije prijzen bieden de mogelijkheid om zorgzwaarte lokaal uit te onderhandelen.</li> <li>— Het vaste segment: specifieke functies die een grote mate van beschikbaarheidscomponent kennen (zoals SEH en traumahelikopters). Voor deze zorgfuncties wordt de zorgzwaarte problematiek opgelost.</li> </ul> <p>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'.</p> <p><i>Definitie zorgzwaarte en zorglichte</i></p> <p>Er is sprake van een hoge mate van zorgzwaarte 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.</p> <p>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.</p>
Doel
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Het inventariseren van de eventuele resterende knelpunten van zorgzwaarte</li> <li>— Het onderzoeken van de noodzaak tot het verder vergroten van inzicht in zorgzwaarte</li> </ul>
Stand van zaken
<p>In de productstructuur 2013 zijn voor verschillende specialismen, zoals kindergeneeskunde, thoraxchirurgie en neurochirurgie fundamentele aanpassingen gedaan zodat de zorgzwaarte beter tot zijn recht komt. Bij kindergeneeskunde blijkt dit bijvoorbeeld uit een duidelijk onderscheid tussen zorgproducten voor algemene en topreferente zorg. De NZa is van mening dat met de stappen die gezet zijn per 2013 er geen fundamentele problemen meer zijn in de productstructuur. Bovendien heeft het uitbreiden van de referentiegroep kostprijzen en het gebruik maken van expertkostprijzen geleid tot verbetering van de tarieven per 2013 voor de topreferente zorg.</p>
Aanpak
<p>Per 2014 herijken van de tarieven op basis van het nieuwe kostprijsmodel (zie paragraaf 4.11). In de eerste helft van 2013 zal nog bepaald worden of er incidentele knelpunten zijn ten aanzien van zorgzwaarte.</p>



<b>Voortrekkersrol</b>
Veldpartijen
<b>Gereed</b>
2014

## 4.5 Geneesmiddelen in productstructuur

Achtergrond
<p>Het beleid omtrent de add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen dient heroverwogen te worden voor de periode vanaf 2014. De add-on systematiek leidt namelijk tot een aantal knelpunten en onwenselijkheden. Hierbij kan gedacht worden aan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– De te hanteren criteria voor het aanvragen en toekennen van nieuwe add-ons zijn voor discussie vatbaar.</li><li>– Er leven gevoelens van rechtsongelijkheid (add-ons leiden middels aanhaakprestaties direct tot een kostendekkende vergoeding; het creëren van een kostendekkende vergoeding van geneesmiddelen uit de opbrengsten van DBC-zorgproducten, wordt als complex ervaren).</li><li>– Het systeem is vrij star (het moment van toevoegen add-ons is afhankelijk van de timing van de uitlevering (release) van prestaties en tarieven).</li><li>– Het systeem is onderhoudsintensief.</li><li>– Dynamiek over de jaren heen is zeer lastig (beschikbaarheid van data, kostprijsystematiek).</li><li>– Het uitdijen van het aantal add-ons gaat ten koste van de transparantie, integraliteit en doelmatigheidsprikkel in de DBC/DOT-systematiek.</li><li>– Er is een onbedoelde prikkel aanwezig voor fabrikanten om de prijs van een geneesmiddel te verhogen om zodoende in aanmerking te komen voor een add-on.</li></ul> <p>Deze knelpunten geven aan dat aanpassing van de add-on systematiek gewenst zou kunnen zijn.</p> <p>Daarnaast is aanpassing van de prestaties voor stollingsfactoren gewenst. Prestaties voor stollingsfactoren worden vastgesteld per sterkte. Dit betekent dat voor elke nieuwe sterkte een nieuwe declaratietitel moet worden gecreëerd. De NZa acht het noodzakelijk de prestaties voor stollingsfactoren aan te passen, zodat flexibiliteit van de systematiek wordt bevorderd. Het is wenselijk om bij de doorontwikkeling van de prestaties van stollingsfactoren aansluiting te zoeken bij de doorontwikkeling van de bekostiging van geneesmiddelen.</p>
Doel
<p>De bekostiging van geneesmiddelen (inclusief stollingsfactoren) binnen de DOT-systematiek verbeteren. Het doel is om te komen tot een goed werkend en doelmatig systeem waarmee de toegankelijkheid geborgd wordt.</p>
Stand van zaken

De NZa heeft een consultatiedocument opgesteld, waarin een aantal bekostigingsopties zijn uitgewerkt, namelijk:

- Optie 1. Alle geneesmiddelen in de DBC-zorgproducten: Alle geneesmiddelen zijn integraal opgenomen in de DBC-zorgproducten en worden meegenomen in de tariefberekening. De add-ons worden afgeschaft.
- Optie 2. Alle geneesmiddelen als één 'open' add-on: Alle geneesmiddelen worden een open add-on met een vrij tarief. Er is maar één add-on die zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen kunnen invullen.
- Optie 3a. Duaal systeem I: In het gereguleerde segment worden geneesmiddelen middels add-ons geregistreerd. In het vrije segment worden geneesmiddelen integraal ondergebracht in DBC-zorgproducten
- Optie 3b. Duaal systeem II: In het gereguleerde segment worden geneesmiddelen middels één open add-on geregistreerd. In het vrije segment worden geneesmiddelen integraal ondergebracht in DBC-zorgproducten
- Optie 4. Declaratiesysteem conform extramurale farmacie: Alle kosten van geneesmiddelen zijn uit de tarieven van DBC-zorgproducten gehaald en apart bij de zorgverzekeraar gedeclareerd (op basis van methode extramurale farmacie). De add-ons worden afgeschaft.
- Optie 5a. Behoud huidige add-on systematiek, inclusief hertoetsing: De huidige add-on systematiek wordt voortgezet. De bestaande add-ons worden hertoetst aan de add-on criteria.
- Optie 5b. Behoud huidige add-on systematiek, met één add-on per middel: De huidige add-on systematiek wordt voortgezet. Per geneesmiddel komt er echter één add-on (geen onderscheid meer naar toedieningsvorm) met een vrij tarief.

De bekostigingsopties worden beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

- Bevorderen kostenhomogeniteit
- Bevorderen flexibiliteit en dynamiek / beperken onderhoudsgevoeligheid
- Beperken administratieve lasten
- Praktische uitvoerbaarheid
- Decentralisatie en deregulering
- Stimuleren marktwerking
- Transparantie
- Consistentie met eindmodel bekostiging medisch specialistische zorg
- Beperken risico op overbehandeling en onderbehandeling
- Bevorderen toegang tot innovatie van geneesmiddelen

#### Aanpak

In de consultatiebijeenkomst van 27 september 2012 hebben veldpartijen de voorkeur uitgesproken voor het uitwerken van een declaratiesysteem conform extramurale farmacie (optie 4). Daarnaast worden de mogelijkheden voor het aanpassen van de add-on systematiek uitgewerkt. Hierbij kan gedacht worden aan het aanpassen van de kostendrempel, het indicatie-onafhankelijk maken van add-ons en het uitvoeren van een hertoetsing. Er is een werkgroep geformeerd waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars vertegenwoordigd zijn, die een voorstel zal doen voor de toekomstige bekostiging van geneesmiddelen richting de NZa.

#### Voortrekkersrol

NZa (in overleg met VWS)

#### Gereed

Per 2014

## 4.6 Ontwikkeling pre-MDC (waar mogelijk opname in reguliere ICD-10 hoofdstukken)

<b>Achtergrond</b>
<p>De medische herkenbaarheid van DOT is inhoudelijk geborgd door de ICD-10 als basis te gebruiken voor de productstructuur. Om te komen tot een medisch herkenbare productstructuur zijn de huidige DBC-diagnoses aan de ICD-10 hoofdstukken gekoppeld. Het bleek niet mogelijk de beschreven systematiek voor alle (deel)specialismen te volgen. Daarom is de keus gemaakt om voor 23 (deel)specialismen een uitzondering te maken en de zorgproducten afzonderlijk te onderscheiden: de pre-MDC's.</p> <p>Het toepassen van Pre-MDC's heeft een positief effect op de medische herkenbaarheid van de DBC-productstructuur, echter heeft het negatieve effecten op de aantallen producten en daarmee de hanteerbaarheid. Daarnaast wordt hierdoor ook de specialisme-overstijgendheid negatief beïnvloed. Mogelijk is voor een aantal productgroepen een functiegerichte structuur passender, dan een structuur gekoppeld aan ICD-10.</p> <p>Streven is om met zoveel mogelijk pre-MDC's wel aansluiting te zoeken bij ICD-10. Voor alle pre-MDC's dient te worden overwogen of een dergelijke doorontwikkeling richting de ICD-10 wel mogelijk is.</p>
<b>Doel</b>
<p>Bepalen welke pre-MDC's kunnen worden opgenomen in de reguliere ICD-10 structuur. Hierbij moet de medische herkenbaarheid niet in het gedrang komen en specialisme overstijgendheid waar mogelijk bevorderd worden.</p>
<b>Stand van zaken</b>
<p>Momenteel vindt een eerste verkenning plaats ten aanzien van dit doorontwikkelpunt.</p>
<b>Aanpak</b>
<p>Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen productgroepen die opgenomen kunnen worden in de reguliere ICD-10 structuur en productgroepen waarbij, vanwege ongewenste effecten, een functiegerichte structuur beter passend is.</p>
<b>Voortrekkersrol</b>
<p>DBC-O (in afstemming met NZa)</p>
<b>Gereed</b>
<p>Gereed in 2013</p>

## 4.7 Doorontwikkeling van diagnoses (in relatie tot ICD-10)

<b>Achtergrond</b>
<p>In de oude DBC-systematiek werd gebruik gemaakt van DBC-diagnoses voor typering van de DBC. Deze DBC-diagnoses zijn per specialisme ontwikkeld in samenspraak met de betreffende wetenschappelijke verenigingen. Om specialisme-overstijgendheid van de productstructuur te vergroten en eenduidige vastlegging aan de bron te faciliteren, is doorontwikkeling van DBC-diagnoses gewenst. Het ligt voor de hand bij deze doorontwikkeling aansluiting te zoeken bij ICD-10 diagnoses. Dit vanwege de landelijke ontwikkelingen rondom ICD-10 (o.a. overgang medische administratie van ICD-9 naar ICD-10). Hiervoor dient wel vastgesteld te worden in hoeverre de huidige DBC-diagnoses te vertalen zijn in ICD-10 diagnoses.</p>
<b>Doel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— vaststellen in hoeverre koppeling van DBC-diagnoses aan ICD-10 diagnoses mogelijk is</li> <li>— het opstellen van een conversietabel van DBC-diagnoses naar ICD-10 diagnoses.</li> </ul>
<b>Stand van zaken</b>
<p>In de DOT-systematiek worden alle diagnoses nog steeds vastgelegd op basis van DBC-diagnoses, die opgenomen zijn op een typeringslijst.</p>

<b>Aanpak</b>
In samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen diagnoses in de productstructuur doorontwikkelen.
<b>Voortrekkersrol</b>
DBC-O (in afstemming met NZa)
<b>Gereed</b>
Gereed 1 juni 2013

#### 4.8 Verbetering registratieregels DOT: verminderen uitzonderingen op afsluitregels

<b>Achtergrond</b>
Voor de invoering van de DOT-productstructuur zijn geheel nieuwe registratieregels ontwikkeld, welke door de NZa ook zijn opgenomen in de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg'. In haar beoordeling heeft de NZa aangegeven dat ook wat betreft de registratieregels er een verdere doorontwikkeling nodig is, onder meer om het aantal uitzonderingsregels te beperken. Dit is noodzakelijk vanuit de werking van het systeem, maar ook ter voorkoming van eventuele onbedoelde prikkels. Als gevolg van uitzonderingen op de registratieregels kan het volume (aantal trajecten) stijgen en de doelmatigheidsprikkels die voortkomen uit trajectbekostiging ondermijnd worden.
<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. Op het gebied van het verminderen van de uitzonderingen op de afsluitregels is nog weinig resultaat geboekt; vandaar dat dit onderwerp een prominentere plek krijgt in deze update van de doorontwikkelagenda.
<b>Aanpak</b>
In samenwerking met wetenschappelijke verenigingen terugbrengen van het aantal uitzonderingen op algemene afsluitregels, in het bijzonder bij het specialisme cardiologie.
<b>Voortrekkersrol</b>
DBC-O (in afstemming met NZa)
<b>Gereed</b>
Per 2014

## 4.9 Terugdringen overbodige en obsoleete zorgproducten

<b>Achtergrond</b>
In april 2011 heeft de NZa de productstructuur DOT 2012 beoordeeld. <sup>4</sup> In deze beoordeling is aangegeven dat een sterke sturing op het aantal declarabele producten in de toekomst nodig blijft om een hanteerbaar systeem te houden. Dit betekent dat binnen de productstructuur er een beperkt en overzichtelijk aantal zorgproducten aanwezig dient te zijn dat gedeclareerd en geregistreerd wordt en waarover onderhandeld kan worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Indien een prestatieaanvraag leidt tot meer producten zal er in ieder geval voldaan moeten worden aan andere criteria uit het toetsingskader DBC's zoals een verbeterde medische herkenbaarheid van zorgproducten.
<b>Doel</b>
Indien nodig het schrappen van overige zorgproducten en DBC-zorgproducten die niet langer gebruikt worden. Het doel is een gebruiksvriendelijke en werkbare productstructuur.
<b>Stand van zaken</b>
Voor het schrappen van overbodige en obsoleete 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 2013 een analyse uitgevoerd kunnen worden naar geregistreerde en gedeclareerde DBC-zorgproducten.
<b>Aanpak</b>
Beheersing 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. DBC-O is in juni 2011 gevraagd om naar dit aspect nader onderzoek uit te voeren. <sup>5</sup> 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, CVZ en NZa (onder meer voor de juridische toets of er wel of geen sprake is van 'zorg' in de zin van de Wmg).
<b>Voortrekkersrol</b>
DBC-O (in afstemming met NZa/CVZ)
<b>Gereed</b>
Per 2014 en verder

<sup>4</sup> Rapport 'beoordeling productstructuur DOT', april 2011.

<sup>5</sup> Brief NZa een DBC-Onderhoud, 'Definitief besluit DOT en doorontwikkelpunten', kenmerk 11D0023857, d.d. 30 juni 2011.

## 4.10 Aanpak onbedoelde prikkels DOT

Achtergrond
<p>Vanzelfsprekend resteren er binnen DOT, ondanks de reeds doorgevoerde verbeteringen, nog 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.<sup>6</sup></p>
Doel
<p>Inventarisatie van onbedoelde prikkels binnen DOT. Op basis van deze inventarisatie zal de NZa 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.</p>
Stand van zaken
<p>In eerste helft van 2012 heeft de NZa een eerste inventarisatie uitgevoerd naar onbedoelde prikkels die mogelijk kunnen optreden in DOT. Deze inventarisatie heeft zowel intern als extern plaatsgevonden. Extern heeft de NZa gesproken met een aantal zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Een afschrift van de uitkomsten van deze inventarisatie is op 16 juli 2012 naar de veldpartijen verstuurd.<sup>7</sup></p> <p>De prikkels die hierbij geïnventariseerd zijn gaven geen directe aanleiding om op korte termijn verdere wijzigingen aan te brengen in de DOT-systematiek, anders dan de verbeteringen die reeds gepland stonden. Hiervoor zijn een aantal redenen te noemen. Ten eerste is DOT recent ingevoerd en komen de eerste declaraties nu pas op gang. Mede hierdoor was er nog weinig inzicht of de prikkels zich ook daadwerkelijk voordoen binnen DOT. Ten tweede duiden de bevindingen erop dat de onbedoelde prikkels eerder voortkomen uit de toepassing, dan uit de regels. De casuïstiek en gesprekken wijzen uit dat het merendeel van de prikkels het resultaat is van ingesleten gedrag, zoals beroepsnormen, of van onwetendheid. De invoering van prestatiebekostiging heeft ook een grote invloed op de toepassing.</p>
Aanpak
<p>Nader onderzoek in najaar van 2012 en in 2013 naar benodigde aanpassingen van productstructuur DOT en/of regelgeving naar aanleiding van geïnventariseerde onbedoelde prikkels. Dit zal gebeuren op basis van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— vervolggesprekken te voeren met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de prikkels die onderkend worden en op welke manier zij deze zonedig tegengaan;</li> <li>— signalen die de NZa ontvangt.</li> </ul>
Voortrekkersrol
NZa
Gereed
Onderzoek in 2012/2013, mogelijke aanpassingen in 2013/2014.

<sup>6</sup> Brief NZa aan DBC-Onderhoud, 'Principebesluit NZa inzake productstructuur DOT en doorontwikkelpunten', kenmerk 11D0013641, d.d. 13 april 2011.

<sup>7</sup> Brief NZa. 'Uitkomsten eerste inventarisatie naar onbedoelde prikkels in DOT', kenmerk 8804, d.d. 16 juli 2012.

## 4.11 Herijking kostentarieven o.b.v. nieuwe kostprijsmodel (gereguleerd segment en overige zorgproducten)

Achtergrond
<p>Voor de berekening van de kostprijzen worden in het huidige kostprijsmodel naast de kostprijzen van zorgactiviteiten ook de profielen gebruikt uit de (DIS-)data. Er kunnen belangrijke verschillen zijn tussen instellingen in de wijze waarop kosten(-soorten) toegerekend worden aan zorgactiviteiten (mede gezien huidige vrijheidsgraden in de calculatieprincipes). Ook de inhoud van de lokale zorgprofielen kan erg verschillen, zowel vanwege praktijkvariatie als vanwege registratieverschillen in zorgactiviteiten tussen zorgaanbieders. Door de beperkte dataset en het ontbreken van specifieke lokale zorgprofielen voor de referentiegroep (de aangeleverde kostprijzen van de referentiegroep worden nu gecombineerd met landelijke profielgegevens uit DIS), ontstaat een cumulatie van onzekerheden in de berekeningswijze.</p> <p>De NZa heeft daarom geconstateerd dat fundamentele wijzigingen in het kostprijsmodel gewenst zijn. De belangrijkste verbetering is om de kostprijzen van DBC-zorgproducten in de toekomst waar mogelijk te baseren op kostprijzen op productniveau. Het aantal bewerkingsslagen wordt hiermee zoveel mogelijk beperkt. Daar komt bij dat met de overheveling van verschillende DBC-zorgproducten naar het vrije segment per 1 januari 2012 de vraag naar voren kwam in hoeverre de huidige referentiegroep die kostprijzen aanleveren voldoende representatief is voor dit gereguleerde segment. Het relatief kleine gereguleerde segment bevat per 2012 namelijk vooral specifieke zorg.</p> <p>Verder is geconstateerd dat de voorheen verplichte kostendragers onvoldoende aansluiten bij de bedrijfsvoering van instellingen. Instellingen gebruiken in de praktijk ook andere kostendragers dan de door de NZa verplichte zorgactiviteiten, wat in de huidige kostprijsberekening voor zorgaanbieders soms extra bewerkingsslagen oplevert.</p>
Doel
<p>Een nieuw kostprijsmodel dat middels duidelijke afspraken over de aanlevering representatieve verantwoordingskostprijzen oplevert voor het gereguleerde segment uit een zo recent mogelijk jaar en wat kan dienen als basis voor de kostentarieven van de DBC-zorgproducten vanaf 2014, maar wat ook geschikt is voor een systeem van integrale tarieven (kosten en honorarium) per 2015.</p> <p>Het eindresultaat van de pilot is een betrouwbaar, effectief en representatief kostprijsmodel om tarieven te gaan bepalen. Dit uit zich in:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— Een representatieve referentiegroep voor het gereguleerde segment;</li><li>— Een beleidsregel waarin het kostprijsmodel beschreven staat;</li><li>— Een nadere regel met informatieverplichting voor de nieuwe referentiegroep met uitgewerkte calculatieprincipes.</li></ul>



<p><b>Stand van zaken</b></p> <p>De Raad van Bestuur van de NZa heeft op 3 april 2012 het nieuwe kostprijsmodel voor de medische specialistische zorg definitief vastgesteld.</p> <p>De NZa heeft het beleid omtrent dit nieuwe model omschreven in de beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg' (BR/CU-2069). Deze beleidsregel is in werking getreden op 1 mei 2012.</p> <p>De verplichtingen voor zorgaanbieders zijn omschreven in de nadere regel 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' (NR/CU-218). Deze beschrijft de verplichtingen voor instellingen behorend bij dit nieuwe model. De verplichtingen zoals opgesteld in de nadere regel sluiten aan op het voornemen van de Minister om per 2015 integrale tarieven in te voeren.</p> <p>Bij deze nadere regel is ook een controleprotocol opgenomen op basis waarvan de accountant een verklaring afgeeft. Deze regeling is tevens in werking getreden op 1 mei 2012.</p>
<p><b>Aanpak</b></p> <p>In 2010 heeft de NZa een onderzoek uitgevoerd naar het huidige DBC-kostprijsmodel en de tariefprincipes welke gehanteerd worden voor tweedelijns curatieve zorg. Dit onderzoek vormde de basis voor het consultatiedocument<sup>8</sup> wat de NZa eind december 2010 heeft gepubliceerd. Vervolgens is gestart met een consultatietraject. In het consultatietraject is onderscheid gemaakt tussen enerzijds de werking van het kostprijsmodel en anderzijds de toepassing van tariefprincipes. Naar aanleiding van het onderzoek en het consultatietraject heeft de NZa geconstateerd dat enkele fundamentele wijzigingen nodig zijn in het kostprijsmodel voor de medisch specialistische zorg.</p> <p>Om te komen tot een nieuwe kostprijsmodel voor de medisch specialistische zorg is een vervolgtraject gestart. Vanaf september 2011 hebben een aantal bijeenkomsten plaatsgevonden met een pilotgroep, bestaand uit 14 ziekenhuizen en DBC-O, om het kostprijsmodel en bijbehorende regelgeving voor de medisch specialistische zorg op te zetten. In januari 2012 is dit traject afgerond. Vervolgens heeft de finale afstemming plaatsgevonden met de branchepartijen.</p>
<p><b>Voortrekkersrol</b></p> <p>NZa (in samenwerking met DBC-O en de pilotgroep)</p>
<p><b>Gereed</b></p> <p>Op 3 april 2012 is het nieuwe kostprijsmodel voor medisch specialistische zorg vastgesteld voor ziekenhuizen inclusief bijbehorende regelgeving. De komende tijd zal ook gekeken worden of andere categorieën instellingen onder de reikwijdte van dit kostprijsmodel kunnen vallen (o.a. verzoek van revalidatie). Op basis van dit nieuwe kostprijsmodel kunnen per 2014 herijkte tarieven voor prestaties in het gereguleerde segment komen.</p>

<sup>8</sup> Consultatiedocument 'Kostprijsberekening DBC's', december 2010.

## 4.12 Tarieven kaakchirurgie

<b>Achtergrond</b>
De prestaties voor van kaakchirurgie vallen onder de overige zorgproducten (specifiek 'overige verrichtingen'). Deze verrichtingen vallen onder het gereguleerde segment, wat betekent dat voor de kostendelen én honorariadelen (kaakchirurg en anesthesioloog) binnen DOT maximumtarieven gelden. In 2009 is de nieuwe productstructuur kaakchirurgie van kracht. Het kostendeel instelling en het honorariumdeel kaakchirurgie en indien van toepassing ook het honorariumdeel anesthesie zijn samengevoegd in één betaaltitel (declaratiecode) met een zogenaamd duaal tarief. Dit betekent een eerste belangrijke stap om te komen tot een integraal (DBC-achtig) product.
<b>Doel</b>
Herijkte kostentarieven en honorariumtarieven.
<b>Stand van zaken</b>
<p>De productstructuur kaakchirurgie lijkt goed te werken. Er zijn weinig signalen dat de huidige verrichtingenlijst tot problemen leidt. Ten aanzien van de kostentarieven hoofd/hals oncologie heeft de NFU heeft in samenwerking met NMT aan een kostenonderbouwing gewerkt. Deze kostenonderbouwing is inmiddels ingediend bij de NZa, en wordt beoordeeld.</p> <p>In april 2012 heeft de NZa het nieuwe kostprijsmodel voor de medische specialistische zorg vastgesteld (zie ook paragraaf 4.11). Dit betekent dat het ziekenhuiskostendeel van de kaakchirurgische verrichtingen per 2014 op basis van dit kostprijsmodel herijkt kan worden. De honorariadelen anesthesie van kaakchirurgische verrichtingen lopen reeds mee in het honorariumtraject DOT. De NZa heeft eind oktober 2012 een opdrachtbrief van VWS ontvangen om voorbereidingen te treffen zodat per 1 januari 2014 herijkte honorariadelen kaakchirurgie gaan gelden.</p>
<b>Aanpak</b>
De NZa zal in 2013 onderzoeken of de kostprijsaanlevering op basis van het nieuw kostprijsmodel gebruikt kan worden voor een herijking van de kostendelen van de kaakchirurgische verrichtingen. Verder zal gekeken worden naar de uitkomsten van de kostenonderbouwing van hoofd/hals oncologie die de NFU bij de NZa heeft ingediend. Ten aanzien van een herijking van het honorariumdeel kaakchirurg van de kaakchirurgische verrichtingen treft de NZa in opdracht van VWS voorbereidingen zodat per 1 januari 2014 herijkte honorariumtarieven kaakchirurgie kunnen gaan gelden.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa/VWS
<b>Gereed</b>
Per 2014

## 4.13 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> </ul>
<b>Doel</b>
Harmoniseren van de plaats van paramedische zorg in de DBC-systematiek.
<b>Stand van zaken</b>
Betreft een nieuw doorontwikkelpunt.
<b>Aanpak</b>
Onderzoeken mogelijkheden tot harmonisatie, waarbij de voor- en nadelen van de verschillende opties tegen elkaar worden afgewogen.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa (in afstemming met DBC-O en CVZ).
<b>Gereed</b>
Per 2014

## 4.14 Aanspraak binnen DOT

Achtergrond
<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 vastgesteld 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 na indicatie).</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.</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>
Doel
<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>
Stand van zaken
<p>Gezien de inbedding in de productstructuur en het gegeven dat deze manier van aanspraakbepaling al specifiek is dan in de oude DBC-systematiek, is de NZa van mening dat dit aanspraakmechanisme in 2013 in stand kan blijven. De NZa heeft het onderwerp aanspraakbepaling binnen de DOT-productstructuur opnieuw op de doorontwikkelagenda DOT geplaatst en zal dit ook bij CVZ onder de aandacht brengen.</p> <p>De NZa brengt op dit moment in kaart welke verschillende opties er zijn om de prestaties beter aan te sluiten bij het door het CVZ vastgestelde aanspraak.</p>
Aanpak
<p>In overleg met CVZ en DBC-O bepalen in hoeverre de wijze van aanspraak binnen de productstructuur aanpassing behoeft. Gedacht kan worden aan een meer zwart/wit benadering, waardoor zorgactiviteiten beter aansluiten bij de duidingen van het CVZ. Ook zal de NZa onderzoeken of de huidige technische inbedding ('parse knopen') wel wenselijk is.</p>
Voortrekkersrol
<p>NZa (in afstemming met DBC-O en CVZ)</p>
Gereed
<p>Per 2014</p>

## 4.15 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 7 hoofddiagnosegroepen en wordt er ook nog 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 3 factoren: persoonlijke factoren (zoals leeftijd, andere aandoeningen, etc.), externe factoren (ondersteuning, relaties, etc.) en participatieambitie.</p> <p>De komende tijd zal vastgesteld moeten worden of de zorgvraagindex (ZVI) een juiste parameter is om de afleiding van zorgproducten op te laten plaatsvinden. De revalidatiesector zal ten behoeve van deze doorontwikkeling moeten werken aan het op een eenduidige manier transparant maken van de geleverde zorg en de uitkomsten hiervan.</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>De NZa doet onderzoek naar de afbakening GRZ (en de medisch specialistische revalidatiezorg), de toepassingsmogelijkheden van de ICF binnen de GRZ en de vraag in hoeverre de zorgvraagindex bijdraagt aan het bereiken van het eindperspectief voor de GRZ.</p>
Aanpak
<p>De NZa zal onderzoeken in hoeverre er binnen de revalidatie DBC-zorgproducten kunnen worden ontwikkeld op basis van eenduidige transparante zorgpaden en kenmerkende zorgactiviteiten.</p>
Voortrekkersrol
<p>NZa en DBC-O</p>
Gereed
<p>Gereed in 2013</p>

## 4.16 Positie kindzorg in productstructuur

<b>Achtergrond</b>
De NZa heeft 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.
<b>Doel</b>
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.
<b>Stand van zaken</b>
Nieuw doorontwikkelpunt.
<b>Aanpak</b>
Nader te bepalen.
<b>Voortrekkersrol</b>
NZa en DBC-O
<b>Gereed</b>
Per 2014

## 4.17 Doorontwikkeling producten complex chronisch longfalen

<b>Achtergrond</b>
Per 2013 wordt de productstructuur voor complex chronisch longfalen aangepast (zie paragraaf 3.9 voor een toelichting op deze aanpassingen). 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.
<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>
Per 2014

## 5. Overige beleidsontwikkelingen

- Dit hoofdstuk geeft een, niet uitputtend, overzicht van overige beleidsontwikkelingen die raakvlakken hebben met de DOT-systematiek. Omdat definitieve koers veelal nog niet is gekozen en afhankelijk is van besluitvorming door het ministerie van VWS, zijn betreffende beleidsontwikkelingen niet nader uitgewerkt. De uitwerking vindt op een later tijdstip plaats, waarbij partijen betrokken zullen worden.
- De minister van VWS heeft in een eerder stadium haar voornemen geuit om per 2015 integrale tarieven in te voeren, waarbij zowel het honorariumcomponent als de kostcomponent integraal in de tarieven worden opgenomen. Onlangs heeft de commissie Meurs het belang hiervan onderstreept. In afwachting van het besluit van VWS treft de NZa de nodige voorbereidingsmaatregelen.
- De NZa heeft op verzoek van de minister begin 2012 een advies uitgegeven over taakherschikking binnen tweedelijns en hoe hiermee opgegaan dient te worden in de productstructuur. Het is aan VWS om te bepalen welke keuzes hierin worden genomen.
- In juli 2012 heeft de NZa een advies uitgebracht over het onderwerp substitutie tussen de eerste en tweede lijn. Doel hiervan is om substitutie tussen eerste en tweede lijn te bevorderen. Dit advies ligt bij de minister van VWS, en zij zal bepalen welke maatregelen en per wanneer, ten aanzien van dit onderwerp worden genomen.
- Op verzoek van VWS schrijft de NZa momenteel een advies over acute zorg en hoe hiermee om te gaan in de productstructuur en/of tarifiering.
- Naar aanleiding van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven wordt door VWS ingezet op versnelling van de informatievoorziening, zodat sneller kan worden ingegrepen bij (dreigende) overschrijdingen van het budgettaire kader zorg. Hierbij wordt onder andere gedacht aan het verkorten van de looptijd van DBC's.