

Rapport

Beoordeling productstructuur DOT

Beoordeling van DOT als productstructuur voor
de medisch specialistische zorg 2012

april 2011

Inhoud

Vooraf	5
1. Inleiding	7
1.1 Aard van besluit	7
1.2 Relatie met andere trajecten	8
1.3 Leeswijzer	8
2. Achtergrond DOT	11
2.1 Van DBC's naar DOT	11
2.2 Voorbereiding op invoering: simulatie	12
3. Beoordelingskader	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Verantwoording DBC-Onderhoud	13
3.3 Beoordelingscriteria	14
3.3.1 Formele criteria	14
3.3.2 Inhoudelijke criteria	15
4. Beoordeling DBC-productstructuur	17
4.1 Inleiding	17
4.2 Formele criteria	17
4.2.1 De drie publieke belangen	17
4.2.2 Zorgvuldig proces	17
4.2.3 Draagvlak	18
4.2.4 Uitvoeringsconsequenties en administratieve lasten	18
4.3 Inhoudelijke criteria	19
4.3.1 Representativiteit & kwaliteit van de gebruikte dataset	19
4.3.2 Hanteerbaarheid	21
4.3.3 Samenstelling van de producten	23
4.3.4 Medische herkenbaarheid	26
4.3.5 Volledigheid	29
4.3.6 Stabiliteit	30
4.3.7 Handhaafbaarheid	31
4.4 Resumerend: beoordeling NZa	31
5. Beoordeling categorale sectoren in DOT	33
5.1 Inleiding	33
5.2 Revalidatie	33
5.3 Long/Astma	34
5.4 Epilepsie	35
5.5 Radiotherapie	37
5.6 Audiologie	37
5.7 Dialyse	38
6. Regelgeving en specifieke aspecten	39
6.1 Regelgeving NZa	39
6.2 Registratieregels en declaratiebepalingen	40
6.3 DBC-Grouper en Groupereisen	41
6.4 Zorgactiviteiten	42
6.5 Add-ons	43
6.6 Overgangssituatie	44
6.7 Liquiditeit en terugvaloptie	45
7. Conclusie	47
8. Vervolgproces	51

Vooraf

Op 12 april 2011 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een voorgenomen besluit vastgesteld over de productstructuur van DOT (exclusief tarieven).¹ Dit voorgenomen besluit is gebaseerd op de concept DBC-productstructuur 2012 (RS08) die de NZa op 1 maart 2011 van DBC-Onderhoud heeft ontvangen. Deze productstructuur is op verzoek van de branchepartijen ook aan het veld uitgeleverd, voor de impactanalyses (simulatie fase 2).²

Met DOT, een afkorting van 'DBC's op weg naar transparantie', wordt in de dagelijkse praktijk zowel het verbeterde stelsel van diagnose behandeling combinaties (DBC's) bedoeld, als het proces van invoering van dat verbeterde stelsel. Binnen DOT worden de DBC's DBC-zorgproducten genoemd.

In dit rapport beschrijft de NZa haar bevindingen en de daaruit voortvloeiende beoordeling ten aanzien van de productstructuur. Deze beoordeling is kwalitatief van aard.

De NZa acht DOT geschikt om in 2012 te worden ingevoerd als productstructuur voor de medisch specialistische zorg.

Het besluit heeft een 'voorgenomen' karakter omdat alleen de producten (productstructuur) zonder de tarieven zijn beoordeeld. Afsproken is dat DBC-Onderhoud de (definitieve) kostendelen van de tarieven half mei aanlevert. De NZa zal DOT vervolgens in mei en juni volledig beoordelen, waarna de Raad van Bestuur van de NZa eind juni een definitief besluit neemt over DOT, zijnde de DBC-productstructuur voor de medisch specialistische zorg 2012 en de kostendelen van de tarieven. De honorariadelen van de tarieven worden in verband met de nog lopende uitwerking van de normtijden later vastgesteld.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

¹ Besluit was aangekondigd in circulaire 'Stand van zaken DOT en planning 2012', 11 februari 2011, kenmerk CI/11/7c/11D0004512

² Brief ZN aan NZa 'Verzoek om uitlevering concepttabellen DBC-Onderhoud', 24 december 2010, kenmerk B-10-484-mred1
Brief NVZ/NFU aan NZa 'Concepttabellen DBC-Onderhoud', 18 januari 2011, kenmerk 11.0047/BM/AvD
Brief NZa aan ZN/NVZ/NFU 'Uitlevering concepttabellen DOT', 1 februari 2011, kenmerk 11D0003147

1. Inleiding

1.1 Aard van besluit

Op grond van paragraaf 4.4 ('tariefregulering van vormen van zorg') van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de NZa prestatiebeschrijvingen en tarieven vast voor alle vormen van zorg die onder deze wet vallen, zoals medisch specialistische zorg. Uitgangspunt daarbij is volgens de toelichting bij de wet dat het initiatief voor een aanvraag bij de zorgaanbieders en de ziektekostenverzekeraars ligt. Net als voor de DBC-tarieven geldt echter voor DBC-zorgproducten dat de NZa de tarieven ambtshalve, dat wil zeggen zonder dat er een aanvraag is, vaststelt. De NZa toetst daarbij in de eerste plaats aan de beleidsregels die zij op grond van de wet over de tarief- en prestatieregulering moet aanhouden. Daarnaast toetst de NZa of tarieven niet in strijd zijn met het belang van de volksgezondheid. Als voorbeeld daarvan noemt de memorie van toelichting 'de inbreuk die gemaakt zou kunnen worden op het systeem van DBC's in de curatieve zorg'. Van belang is, aldus de toelichting, 'het behoud van een transparant aanbod van prestaties waarover ziektekostenverzekeraars en patiënten met aanbieders van die prestatie kunnen onderhandelen'.

Met de hierna volgende beoordeling geeft de NZa invulling aan deze taak, met dien verstande dat van de vaststelling van tarieven of prestaties nog geen sprake is. Het besluit dat de NZa op 12 april 2011 heeft genomen leidt immers niet direct tot een declarabel tarief. Dat besluit volgt voor het kostendeel zoals aangegeven in juni 2011, en voor het honorariumdeel naar verwachting in september 2011.

Veldpartijen, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), DBC-Onderhoud en de NZa zijn het er over eens dat de vaststelling van de productstructuur zoals die nu voorligt een belangrijke mijlpaal is in het ontwikkeltraject van DOT:

- Partijen hebben belang bij tijdige duidelijkheid over de prestaties die in 2012 gehanteerd zullen worden voor de medisch specialistische zorg, zodat ze onder meer hun interne organisatie en automatiseringssystemen hier op kunnen inrichten.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten tijdig weten op basis van welke DBC-zorgproducten ze hun onderhandelingen voor 2012 vorm moeten geven.

Om deze mijlpaal te markeren en verdere ontwikkeling te faciliteren heeft de NZa op 12 april op grond van de overwegingen in dit document (voor de productstructuur) een voorgenomen besluit genomen.

Het voornemen in dit besluit loopt vooruit op de definitieve vaststelling van de DBC-tarieven voor 2012 en de daarmee verband houdende regelgeving. Bij de vaststelling van dat definitieve besluit zal de NZa voor de productstructuur oordelen zoals nu is voorgenomen. Onvoorziene omstandigheden daargelaten, zal het oplossen van de in dit document genoemde kritieke punten en een afdoende reactie op de aandachtspunten tot goedkeuring van de deze productstructuur leiden.

De NZa betreft de reacties van belanghebbenden in haar besluiten. Omdat er nu sprake is van een voornemen, staan tegen dit besluit echter geen bestuursrechtelijke rechtsmiddelen (bezwaar) open.

1.2 Relatie met andere trajecten

De invoering van de nieuwe DBC-productstructuur heeft raakvlakken met verschillende andere ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg. Van belang zijn onder meer de voorziene invoering van prestatiebekostiging, de aangekondigde uitbreiding van het B-segment en de herijking van de honorariumtarieven voor medisch specialisten.

De invoering van prestatiebekostiging voor ziekenhuizen staat net als de invoering van DOT in het regeerakkoord van het kabinet Rutte gepland voor 2012. In de brief van de minister van VWS van 14 maart 2011, met de titel 'Zorg die loont', wordt dit nogmaals bevestigd.³ De invoering van DOT is steeds genoemd als noodzakelijke randvoorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging. Hiervoor zijn verschillende argumenten:⁴

- Een stabiele en medisch herkenbare productstructuur is een essentiële randvoorwaarde voor de werking van prestatiebekostiging. Een stabiele en medisch herkenbare productstructuur maakt goede onderlinge vergelijkingen tussen zorgaanbieders, gestructureerde en geautomatiseerde controles door zorgverzekeraars, scherpe zorginkoop door zorgverzekeraars en een eerlijke allocatie van middelen mogelijk.
- Een goede productstructuur zorgt voor prestaties die de kosten correct voorspellen en patiëntselectie tegengaan.

Naast invoering van prestatiebekostiging heeft de minister voor 2012 ook een uitbreiding van het B-segment voorzien. De NZa heeft hiervoor inmiddels een eerste verkenning uitgevoerd.⁵ Nadere invulling op het niveau van de prestaties zal op korte termijn plaatsvinden. De uitkomsten moeten uiteindelijk landen in de DBC-productstructuur.

Net als binnen de huidige DBC-systematiek is er binnen DOT een onderscheid in een kostencomponent en een honorariumcomponent. Honorariumcomponenten worden nu nog berekend aan de hand van normtijden en het uurtarief. De normtijden zijn tot stand gekomen op grond van tijdsregistraties en een rondrekening met de productie. De NZa heeft voor het vaststellen van de honorariumtarieven 2012 een nieuwe methodiek ontwikkeld. Deze methodiek is beschreven in het consultatiedocument 'honorarium medisch specialisten DOT 2012' dat is gepubliceerd op de website van de NZa. Momenteel vindt de uitwerking plaats, in overleg met de Orde van Medisch Specialisten, wetenschappelijke verenigingen en andere belanghebbenden. Uiteindelijk zullen deze honorariumtarieven ook in de DBC-productstructuur terecht komen. Zij zullen echter later gereed zijn dan de kostendelen van de tarieven.

1.3 Leeswijzer

DOT heeft een lange voorgeschiedenis en heeft van alle betrokken partijen de nodige inspanningen gevraagd. In hoofdstuk 2 wordt kort bij deze voorgeschiedenis stil gestaan. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 het kader uiteengezet aan de hand waarvan de NZa de beoordeling heeft uitgevoerd. Hoofdstuk 4 geeft vervolgens invulling aan dat kader door

³ Brief minister aan TK 'Zorg die loont' 14 maart 2011

⁴ Uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie, prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg', oktober 2009

⁵ Brief NZa aan minister van VWS 'Verkenning maximale uitbreiding B-segment', 11 maart 2011, kenmerk 11D0008004

beschrijvend de DBC-productstructuur aan die criteria te toetsen. Ook worden in dit hoofdstuk een aantal noodzakelijke doorontwikkelpunten genoemd. Hoofdstuk 5 laat vervolgens zien hoe de verschillende categorale sectoren een plek hebben gekregen binnen DOT. In dat hoofdstuk wordt ook specifiek de nieuwe productstructuur die voor de categorale long/astma-centra is ontwikkeld beoordeeld. Hoofdstuk 6 beschrijft een aantal overige aspecten van DOT, zoals de grouper, addons, regelgeving en de zorgactiviteiten. Tot slot wordt een conclusie gegeven (hoofdstuk 7) en bij het vervolgproces stil gestaan (hoofdstuk 8).

In dit rapport wordt verwezen naar diverse documenten. De hierna opgesomde beschrijvende documenten zijn te vinden op de websites van de NZa (www.nza.nl) en DBC-Onderhoud (www.dbconderhoud.nl). Tabellen (met onder andere de prestaties) zijn ook te vinden op de website van DBC-Onderhoud.

De volgende bijlagen zijn te vinden op de website van de NZa:

- 'Wijzigingen DOT-pakket januari 2012, verantwoording NZa'
- 'Wijzigingen DOT-pakket januari 2012, deel 3 ict-eisen'
- 'Wijzigingen RS08 hoofdlijnen 2e Go v 1.0 20110203'
- 'Rapportage productstructuur DOT RS05, versie 1.0'
- 'Conceptdocument: 'Datadocument DIS Ronde 20 dataset versie 1.1'
- 'Aanbiedingsbrief DBC's complex chronisch longfalen, 2 maart 2011, Vereniging Long/Astmacentra Nederland'
- Document: 'DBC's complex chronisch longfalen' versie 11 maart 2011

Voor de onderstaande documenten en tabellen verwijzen wij u naar de website van DBC-Onderhoud:

- 'Registratieregels Versie 3.0 v20110301'
- 'Algemene Toelichting Registratieregels Versie 3.0 v20110301'
- 'Registratieaddendum versie 3.0 v20110301'
- 'Specialisme specifieke toelichtingen V20110301' (18 documenten)
- 'Toelichting op de Zorgactiviteiten Tabel v20110301'
- 'Toelichting op de zorgproducten tabel v20110301'
- 'Toelichting op groupertabellen 1 maart 2011'
- Aanspraak code tabel
- Afsluitreden tabel
- Elektronische typeringslijst
- WBMV code tabel
- Zorgactiviteiten tabel
- Zorgproducten tabel
- Zorgproductgroepen tabel

2. Achtergrond DOT

2.1 Van DBC's naar DOT

In 2003 hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (inmiddels NFU) de aanzet gegeven tot de invoering van het zogenaamde 'DBC-systeem'. In 2005 is vervolgens een begin gemaakt met de daadwerkelijke introductie van de DBC als bekostigings- en financieringssysteem voor medisch specialistische- en ziekenhuiszorg. Eind 2006 besloten VWS, DBC-Onderhoud, de NZa, het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en veldpartijen op grond van de eerste ervaringen die met het DBC-systeem waren opgedaan om gezamenlijk te gaan werken aan een fundamenteel aangepast DBC-systeem, dat moest zorgen voor een medisch herkenbare en specialisme overstijgende productstructuur.

De oorspronkelijke planning om de nieuwe productstructuur per 1 januari 2009 in te voeren bleek door de complexiteit van het plan niet haalbaar, waarna de invoering is uitgesteld tot 2010. Het voornemen van de minister van VWS om prestatiebekostiging voor ziekenhuizen in te voeren per 2011 en de bevindingen uit de voorlopige beoordeling⁶ van DOT door de NZa in februari 2009, hebben vervolgens geleid tot het besluit om DOT pas per 2011 in te voeren.

In haar voorlopige beoordeling in 2009 heeft de NZa aangegeven over het algemeen positief te zijn over de (fundamenten van de) productstructuur. Ze constateerde een duidelijk verbetering van onder andere het aantal producten en de medische herkenbaarheid ten opzichte van de bestaande DBC-systematiek. Wel heeft de NZa aangegeven op een aantal vlakken nog verbeteringen nodig te achten. Het ging daarbij bijvoorbeeld om de volledigheid van de productstructuur, de representativiteit van de producten en knelpunten in de DBC-grouper. DBC-Onderhoud heeft deze aandachtspunten meegenomen in de doorontwikkeling.

Nadat het kabinet Balkenende IV een demissionaire status had gekregen, besloot de Tweede Kamer op 11 maart 2010 de brief 'Waardering voor betere zorg IV' als controversieel aan te merken. Op dat moment werd er voor gekozen om de invoering van DOT ook geen doorgang te laten vinden. Wel is besloten dat partijen moeten gaan schaduwdraaien met DOT en de uitkomsten daarvan betrokken moeten worden bij de toekomstige besluitvorming over de daadwerkelijke invoering. Dit 'schaduwdraaien' is later door partijen 'simulatie' genoemd, omdat schaduwdraaien veronderstelt dat er daadwerkelijk een dubbele registratie plaatsvindt in de instellingen, terwijl er in werkelijkheid enkel sprake is van een simulatie van DOT.

In de zomermaanden van 2010 zijn partijen begonnen met deze simulatie van DOT, die in twee fases werd opgedeeld. Fase 1 omvatte het testen van DOT en verbeteren en aanscherpen van de productstructuur. Fase 2 betreft de analyse van de impact van de invoering van DOT op macro- en op microniveau, en bevindt zich momenteel in de opstartfase.

⁶ Brief aan minister VWS, voorlopige beoordeling DOT productstructuur 16 febr. 2009, kenmerk 09d0005559/A-44

Ook in het regeerakkoord van het kabinet Rutte wordt de invoering van DOT per 2012 genoemd, gelijktijdig aan de invoering van prestatiebekostiging. De minister heeft de Tweede Kamer hierover reeds geïnformeerd.

2.2 Voorbereiding op invoering: simulatie

In de eerste fase van de simulatie hebben veldpartijen hun bevindingen bij het testen van de productstructuur vertaald in wijzigingsverzoeken. DBC-Onderhoud heeft deze beoordeeld, van advies voorzien en vervolgens besproken in een centrale expertgroep. In totaal zijn er 351 wijzigingsverzoeken op deze wijze ingediend. Daarvan zijn er 184 doorgevoerd, 69 afgewezen en 98 op de doorontwikkelagenda geplaatst. Op grond van een eerste beoordeling heeft de NZa aangegeven voornemens te zijn om bij de (nu voorliggende) beoordeling van de productstructuur deze wijzigingen positief te beoordelen en over te nemen.⁷

Omdat voor het simuleren een landelijk uniforme (concept) productstructuur nodig was, heeft de NZa in juni 2010 de release RS05 (een eerste concept van DOT en de voorganger van RS08) beoordeeld en haar bevindingen verwoord in een brief aan DBC-Onderhoud.⁸ Deze brief sloot aan bij eerdere correspondentie van de NZa over DOT en de criteria en randvoorwaarden die daarin waren beschreven. De NZa heeft RS05 op hoofdlijnen beoordeeld, waarbij ook gekeken is wat er met de eerder geconstateerde verbeterpunten was gedaan. Naar aanleiding hiervan heeft de NZa geconstateerd dat RS05 geschikt was om mee te gaan simuleren. De NZa heeft daarnaast aangekondigd dat bij de definitieve beoordeling de focus gelegd zal worden op de aantallen declarabele producten, samenstelling van deze producten, medische herkenbaarheid, volledigheid, stabiliteit, mate van draagvlak en de uitvoeringsconsequenties. Verder is in deze brief verwoord wat het belangrijkste doel van de simulatie fase 1 is, namelijk het verbeteren van de DBC-productstructuur.

In 2011 zijn partijen begonnen met de voorbereidingen voor de simulatie fase 2, de impactanalyses. Deze zijn primair van belang voor veldpartijen, om zicht te krijgen op de impact van de aankomende wijzigingen op de (financiële) bedrijfsvoering. Voor de NZa zijn de uitkomsten van belang met het oog op zorgvuldige besluitvorming over DOT. Ten aanzien van de financiële effecten van de invoering van DOT zal de NZa haar besluitvorming echter zoals te doen gebruikelijk primair baseren op analyses van DBC-Onderhoud en op eigen analyses. De NZa faciliteert de simulatie bij veldpartijen door het (met toestemming van de individuele ziekenhuizen) beschikbaar stellen van informatie over de instellingsbudgetten, het vroegtijdig uitleveren van concepttabellen⁹ en het onder strikte voorwaarden beschikbaar stellen van landelijke kostprijzen.¹⁰ Aan de zorgverzekeraars worden conversietabellen geleverd, zodat men schadelastverschuivingsonderzoek kan doen.

⁷ Brief NZa aan DBC-Onderhoud '2^e go RS08 en afsluiting simulatie DOT fase 1', d.d. 3 februari 2011, kenmerk 11D0003739

⁸ Brief aan DBC-Onderhoud, 'RS05 Productstructuur DOT tbv simuleren', d.d. 1 juli 2010, kenmerk 10D0022036

⁹ Brief NZa aan ZN/NVZ/NFU, 'Uitlevering concept tabellen DOT', d.d. 1 februari 2011, kenmerk 11D0003147

¹⁰ Brief NZa aan NVZ/NFU, 'Landelijke kostprijzen' d.d. 2 maart 2011, kenmerk 11D0006781

3. Beoordelingskader

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de kaders geschetst voor de kwalitatieve beoordeling van de DBC-productstructuur. Hierin spelen de hoofddoelstellingen van DOT een belangrijke rol, te weten een stabielere en beter te hanteren productstructuur. Onder een stabiele productstructuur wordt verstaan een samenhangend geheel van DBC-zorgproducten die medisch herkenbaar en kosten- en werklathomogeen zijn. Met een stabiele DBC-productstructuur wordt geborgd dat er een duidelijk herkenbaar DBC-zorgproduct is waarover zorgaanbieders en zorginkopers onderling tot goede volume-, kwaliteits- en prijsafspraken kunnen komen, waardoor er voor de consument een optimale en 'voorspelbare' uitkomst resulteert. Hoewel belangrijk bij alle bekostigingssystemen, winnen deze aspecten aan belang gelet op de aangekondigde invoering van prestatiebekostiging.

Met DOT wordt beoogd dat de feitelijke behandeling bepalend wordt voor de definiëring van het zorgproduct, waarbij anders dan in de huidige productstructuur het uitvoerende specialisme niet relevant meer is. In de huidige productstructuur leidt dat onderscheid tussen specialismen (dat niet strookt met de functionele omschrijving van zorg in de Wmg) tot een zodanig groot aantal DBC's dat onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden belemmerd. Ook een beter te hanteren productstructuur wint aan belang gelet op de aangekondigde invoering van prestatiebekostiging.

In paragraaf 3.2 wordt eerst besproken op basis van welke documentatie de NZa haar beoordeling heeft vormgegeven, waarna in paragraaf 3.3 wordt ingegaan op de afzonderlijke beoordelingscriteria.

3.2 Verantwoording DBC-Onderhoud

De basis voor de beoordeling van de nieuwe DBC-productstructuur zijn de documenten behorende bij de conceptuitlevering RS08 door DBC-Onderhoud aan de NZa, die op 1 maart 2011 heeft plaatsgevonden. Naar aanleiding van deze documenten heeft de NZa een aantal aanvullende vragen gesteld aan DBC-Onderhoud om de productstructuur afdoende te kunnen beoordelen. Dit zijn bijvoorbeeld vragen over kwaliteit en representativiteit van de gebruikte datasets en het totaal aantal zorgproducten en overige producten. Daarnaast heeft de NZa bij de beoordeling van de productstructuur gebruik gemaakt van diverse andere documenten, zoals het '2^e go document' en de verantwoordingsinformatie van DBC-Onderhoud bij de RS05.¹¹ Een lijst met gehanteerde documenten is te vinden in paragraaf 1.4.

¹¹ Een 2^e go is een formeel afstemmingsmoment tussen de NZa en DBC-Onderhoud waarin de NZa akkoord geeft om de afgesproken wijzigingen door te voeren in het DBC-systeem.

3.3 Beoordelingscriteria

De criteria aan de hand waarvan de productstructuur wordt beoordeeld komen voort uit de uitgangspunten van DOT, het visiedocument 'Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem' van de NZa en eerdere brieven over, en beoordelingen van, de productstructuur.¹²

De criteria worden in de volgende niet uitputtende opsomming onderverdeeld in formele en inhoudelijke criteria. Deze wordt in dit hoofdstuk verder uitgewerkt.

3.3.1 Formele criteria

In de beoordeling heeft de NZa de volgende vier formele criteria gehanteerd.

Effect op publieke belangen

Onder de publieke belangen worden verstaan: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor de consument. Goed werkende zorgmarkten bevorderen dat de consument zo veel mogelijk waar krijgt voor zijn zorgeuro. Een goede productstructuur creëert hiervoor een belangrijke randvoorwaarde.

Zorgvuldig proces

De vastgestelde DBC-productstructuur vormt samen met de kosten- en de honorariumtarieven een set van prestaties en tarieven in de zin van de Wmg. In het proces van vaststelling is de NZa, zoals elk ander bestuursorgaan, gehouden om de geschreven en ongeschreven regels van het bestuursrecht in acht te nemen. Die regels brengen onder meer met zich mee dat er sprake moet zijn van zorgvuldig onderzoek en van een zorgvuldige procedure. Dit betekent onder meer dat belanghebbende partijen voldoende in de gelegenheid moeten zijn gesteld hun visie kenbaar te maken.

Draagvlak

De NZa zal de mate van draagvlak bij de veldpartijen voor de productstructuur meewegen bij de algehele beoordeling. Dit vanuit de gedachte dat veldpartijen de productstructuur moeten gaan gebruiken en goed zicht hebben op de aansluiting van de productstructuur op de zorgpraktijk.

Uitvoeringsconsequenties en administratieve lasten

De NZa zal ook de uitvoeringsconsequenties meewegen bij de algehele beoordeling van de productstructuur. Hierbij wordt gefocust op de (niet financiële) impact van de nieuwe productstructuur. Onderdeel van de uitvoeringsconsequenties vormen de administratieve lasten: de invoering van DOT mag niet tot (een niet noodzakelijke) vergroting daarvan leiden.

¹² Dit betreft de documenten:

Visiedocument 'Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem' november 2006;

Brief NZa aan DBC-Onderhoud 'Beslisboom productstructuur DBC's', 22 november 2007, kenmerk YHIN/IKOS/2007/220

Brief NZa aan DBC-Onderhoud 'Productstructuur DBC's', 14 december 2007, kenmerk MVRN/thok/CI/07/2399

Brief NZa aan minister VWS, 'Voorlopige beoordeling DBC-productstructuur', 16 februari 2009, kenmerk 09d0005559/A-44

Brief aan DBC-Onderhoud 'RS05 productstructuur DOT tbv simuleren', 1 juli 2010, kenmerk 10D0022036

3.3.2 Inhoudelijke criteria

In de beoordeling heeft de NZa de volgende zeven inhoudelijke criteria gehanteerd.

Representativiteit en kwaliteit van de gebruikte dataset

Om de productstructuur te kunnen beoordelen is het van belang te weten welke dataset gebruikt is voor de productontwikkeling en wat de kwaliteit en representativiteit hiervan is. Verder moet transparant zijn welke bewerkingen en controles op de data zijn uitgevoerd, wat het effect hiervan is, welke beslisregels zijn gehanteerd en hoe is bepaald of de dataset representatief is voor de categorieën van instellingen.

Hanteerbaarheid

Van belang is dat de productstructuur gebruiksvriendelijk, is en werkbaar voor de instellingen en herkenbaar voor consumenten.

Hierbij wordt vooral gekeken naar het aantal declarabele producten, waarbij het uitgangspunt circa 3500 zorgproducten is. Dit is een streefaantal waarbij opgemerkt dient te worden dat dit geen doel op zich is. Afwijkingen zijn, als ze worden beargumenteerd, mogelijk. De NZa zal specifiek kijken naar:

- Het aantal unieke declarabele zorgproducten in de productstructuur 2012.
- Het aantal unieke declarabele overige producten in de productstructuur 2012.
- De verschillen tussen de DBC-structuur 2011 en de DOT-structuur 2012 (RS08).
- De verschillen tussen de DOT-structuur 2012 en de DOT-structuur uit de vorige release (RS05).

Samenstelling van de producten

Bij de beoordeling van de samenstelling van de producten wordt onder meer gekeken naar:

- de verdeling van de oude DBC's over de DBC-zorgproducten;
- de aantallen patiënten en de omzet binnen een zorgproduct.

Vanwege het ontbreken van de tarieven is het niet mogelijk om uitspraken te doen over de kostenhomogeniteit van de zorgproducten (gemeten met de CV-waarde). Dit volgt bij de beoordeling van de productstructuur en tarieven door de NZa in het kader van de definitieve besluitvorming in juni.

Medische herkenbaarheid

Voor de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en ook voor de patiënt is het van belang dat de zorgproducten voldoende medisch herkenbaar zijn. Met andere woorden, zorgproducten moeten vanuit geneeskundig perspectief te herkennen zijn en de geleverde zorg moet zodanig omschreven zijn dat deze bruikbaar is voor de onderhandelingen en als omschrijving voor een leken-declaratie.

Volledigheid

Bij volledigheid wordt gekeken of redelijkerwijs alle zorg is opgenomen in de productstructuur. Daarbij zullen ook eerdere analyses van de NVZ en NFU van zorg die in eerdere stadia niet (goed) in de productstructuur was opgenomen worden betrokken.

Stabiliteit

De stabiliteit van de DOT-systematiek is te zien als de optelsom van de mate van herkenbaarheid van de producten en de mate van de kosten- en werklathomogeniteit van de producten. De mate van herkenbaarheid heeft verschillende deelaspecten. Het eerste daarvan betreft het 'gelijk

registreren in gelijke gevallen'. Vanuit de systematiek van de Wmg (waarin het verboden is om andere dan de door de NZa vastgestelde prestaties te declareren) is het van belang te voorkomen dat bijvoorbeeld door een verschil in registratiewijze dezelfde zorgvraag tot verschillende prestaties en/of tarieven kan leiden. Het tweede deelaspect betreft 'gelijk handelen bij gelijke diagnose'. Hoewel dit deelaspect vooral in vakinhoudelijke richtlijnen tot uitdrukking zal komen, kan ook de productstructuur (door alleen in de richting van de juiste behandelmethodiek te wijzen) hieraan een bijdrage leveren. Tenslotte is er de stabiliteit in zorgzwaarte: het is wenselijk dat een systeem voldoende rekening houdt met zorgzwaarte-elementen en lichte en zware gevallen naar evenredigheid behandelt en beloont.

Een 'goede score' op al deze aspecten bevordert dat het systeem uniform toepasbaar is. Zorgaanbieders krijgen voor dezelfde zorgprestatie hetzelfde betaald en voor zorgverzekeraars is er een goede controle mogelijk op de declaraties.

De NZa zal specifiek aandacht besteden aan de nieuwe aspecten binnen de productstructuur die nu voorligt, zoals:

- de afbakening van de zorgproducten via de beslisboom;
- de afwegingen om een knoop in de beslisboom te maken en uniforme toepassing hiervan;
- de opbouw van de bomen;
- reproduceerbaarheid (uniforme relatie tussen zorgverlening in de praktijk en de prestatie die wordt afgeleid).

Bij het voorgaande merkt de NZa op dat de volledige beoordeling van stabiliteit aan de hand van een combinatie van kosten- en werklathomogeniteit en medisch herkenbaarheid pas plaats kan vinden als ook de tarieven in concept zijn uitgeleverd.

Handhaafbaarheid

De wettelijke regel dat alleen door de NZa vastgestelde prestaties in rekening mogen worden gebracht vereist dat de prestatiebeschrijvingen niet alleen herkenbaar zijn, maar ook dat zij maar voor één uitleg vatbaar zijn. De grondregel van de tariefregulering kan alleen effectief worden gehandhaafd als de transactie tussen zorgaanbieder en patiënt maar in één prestatie en tarief kan worden vertaald. In de huidige DBC-systematiek wordt aan deze eis – te zien als de mate van handhaafbaarheid – niet altijd optimaal voldaan.

4. Beoordeling DBC-productstructuur

4.1 Inleiding

De kwalitatieve beoordeling van de productstructuur vindt plaats aan de hand van de criteria die beschreven zijn in hoofdstuk 3. Dit betekent dat beschreven wordt hoe de productstructuur invulling geeft aan de beoordelingscriteria. Aandachtspunten in de beoordeling kunnen leiden tot het benoemen van doorontwikkelpunten.

4.2 Formele criteria

4.2.1 De drie publieke belangen

Ten opzichte van de huidige productstructuur is de nieuwe DBC-productstructuur stabiel (zie paragraaf 4.3.6) en transparanter. Hierdoor zijn de randvoorwaarden voor een goede zorginkoop door zorgverzekeraars beter, wat tot een positief effect op de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg voor de consument zou moeten leiden. De toegankelijkheid wordt geborgd doordat de aard van de productstructuur meer recht doet aan zorgzwaarte en doordat de dekking van de productstructuur is verbeterd, waardoor geleverde zorg ook daadwerkelijk gedeclareerd kan worden. Hierdoor neemt het risico op patiëntselectie af.

De nieuwe registratieregels maken ook eenduidig wanneer welk DBC-zorgproduct wordt gedeclareerd. Dit leidt tot minder misverstanden en minder oneigenlijke declaraties aan de patiënt of diens zorgverzekeraar. Voor de consument is dit een belangrijke vooruitgang.

Oordeel NZa

De publieke belangen worden door de productstructuur beter gewaarborgd. Dit neemt niet weg dat een nieuwe systematiek tot onvoorziene effecten kan leiden. De NZa zal signalen van consumenten/patiënten over onder meer patiëntselectie en oneigenlijke rekeningen daarom nauwlettend in de gaten houden.

4.2.2 Zorgvuldig proces

Veldpartijen zijn via DBC-Onderhoud nauw betrokken geweest bij de uitwerking van DOT. In eerste instantie is dit gelopen via het brancheoverleg en diverse clinical expertteams, waarin zorgaanbieders (incl. medisch specialisten) en zorgverzekeraars zitting hadden. Dit heeft geresulteerd in de concept DBC-productstructuur RS05, die ter beoordeling is voorgelegd aan veldpartijen. In simulatiefase 1 hebben expertgroepen de DBC-productstructuur getest en onderzocht. Dit heeft geleid tot een aantal wijzigingen in de productstructuur. Momenteel is simulatie fase 2 gestart waarbij partijen de impact van de productstructuur bepalen.

Ook de NZa heeft veldpartijen nauw betrokken via technische overleggen en raadpleging in de adviescommissie. Zo is in de adviescommissies van 16 februari en 30 maart 2011 uitgebreid gesproken over DOT en heeft de NZa de opvattingen van partijen in deze beoordeling meegenomen. Bovendien is er veelvuldig ad hoc en in kleiner verband contact geweest met veldpartijen.

De input van partijen in de afstemming met DBC-Onderhoud en de NZa is over het algemeen goed gedocumenteerd en zorgvuldig afgewogen. Waar van toepassing heeft er gemotiveerde terugkoppeling aan veldpartijen plaatsgevonden.

Oordeel NZa

Het proces dat is doorlopen voor de ontwikkeling van DOT kwalificeert de NZa, gegeven de complexiteit en omvang van de invoering van een nieuwe productstructuur, als zorgvuldig. Het is belangrijk dat er ook na oplevering van de definitieve productstructuur (1 juli) tijdens de implementatieperiode goede communicatie blijft plaatsvinden.

4.2.3 Draagvlak

De basisprincipes van DOT zijn mede afkomstig van veldpartijen. De veldpartijen hebben over het algemeen constructief meegewerkt aan de ontwikkeling van deze nieuwe DBC-productstructuur. Op grond van de reguliere contacten met partijen concludeert de NZa dat DOT wordt gezien als een duidelijke verbetering ten opzichte van de huidige DBC-systematiek. In de adviescommissie van 30 maart 2011 hebben alle betrokken partijen nogmaals aangegeven positief te staan tegenover invoering van DOT op basis van deze productstructuur per 2012. Aandachtspunten die uit de adviescommissie naar voren kwamen heeft de NZa in deze beoordeling verwerkt.

Oordeel NZa

De NZa is positief over het draagvlak van DOT bij partijen. Bestuurlijke discussies over DOT focussen zich met name op de samenloop met de introductie van prestatiebekostiging en uitbreiding van het B-segment, maar niet op de systematiek zelf.

4.2.4 Uitvoeringsconsequenties en administratieve lasten

Door de invoering van DOT neemt het aantal DBC-zorgproducten waarover onderhandeld moet worden af. Hierdoor zullen de onderhandelingslasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars structureel substantieel afnemen. Ook zullen de controlelasten voor de zorgverzekeraars afnemen vanwege de reductie van het aantal DBC-zorgproducten en door verbetering van de uniformiteit van de DBC-zorgproducten. Voor 2012 kunnen de onderhandelingslasten eenmalig toenemen, omdat de samenstelling van de DBC-zorgproducten wijzigt ten opzichte van de huidige DBC's.

Daarnaast wordt binnen DOT een DBC-zorgproduct niet meer vooraf gedefinieerd, maar achteraf afgeleid door de grouper. Dit zorgt structureel voor beperkingen van de registratielasten. Het gebruik van de grouper vereist aanpassingen in de administratieve organisatie en kan mogelijk eenmalig tot hogere administratieve lasten leiden. Daar staat tegenover dat het pakket 2012 al per 1 juli 2011 wordt opgeleverd om partijen voldoende tijd te geven zich hierop voor te bereiden. Dit laat onverlet dat het voor partijen een ingrijpende operatie is om DOT in te voeren en voor alle partijen een strakke planning vereist is. Ook partijen geven aan dat het tijdspad gelet op de impact ambitieus is.

Gedurende de overgangperiode zullen partijen zowel tijdelijk het DBC-systeem als het DOT-systeem operationeel moeten houden, omdat er DBC's zullen bestaan die in 2011 zijn geopend en pas in 2012 worden gesloten. Dit heeft een incidentele toename van de administratieve lasten tot gevolg (in hoofdstuk 6.6 wordt nader ingegaan op de vormgeving van de overgangperiode).

Oordeel NZa

De administratieve lasten en onderhandelingslasten nemen het eerste jaar mogelijk incidenteel toe, maar uiteindelijk zal er een structurele afname bewerkstelligd worden door DOT. Mede gezien het feit dat partijen 6 maanden voorbereidingstijd hebben door de oplevering van het pakket in juli 2011, acht de NZa dit acceptabel.

4.3 Inhoudelijke criteria

4.3.1 Representativiteit & kwaliteit van de gebruikte dataset

Voor de berekening van de zorgproductprofielen en de productprijzen binnen de productstructuur 2012 is gebruik gemaakt van DIS-gegevens, te weten de zogenaamde 'DIS Ronde 20 dataset'. Deze dataset bevat de DBC's die zijn afgesloten in 2009. Om een goede afleiding van zorgproducten op basis van de productstructuur 2012 te bewerkstelligen, vinden op de ongeschoonde dataset nog een aantal bewerkingen plaats. In deze paragraaf beoordeelt de NZa op hoofdlijnen en voor zover nu mogelijk is de consequenties van alle bewerkingen in het licht van de productstructuur en tariefberekeningen 2012. De NZa heeft haar oordeel mede gebaseerd op extra verantwoording van DBC-Onderhoud.¹³

Het verkrijgen van een kwalitatief goede en representatieve productiedataset is globaal uiteen te zetten in vijf stappen:

- periodeselectie;
- schoning;
- representativiteitstoets;
- transformatie;
- simulatie.

Bovengenoemde databewerkingen worden achtereenvolgens kort toegelicht en vervolgens beoordeeld.

Periodeselectie

De NZa heeft een grote voorkeur om een zo recent mogelijke dataset over een aaneengesloten periode van twaalf maanden te gebruiken voor de berekening van de profielen en de productprijzen voor 2012. Hiermee wordt enerzijds de aansluiting met jaarcijfers en anderzijds het mitigeren van potentiële seizoenseffecten geborgd. Volledigheid en continuïteit van de gegevensaanlevering vormen belangrijke randvoorwaarden bij de periodeselectie. Op grond van een door DBC-Onderhoud uitgevoerde CV-waarde analyse op (gesloten) maandaantallen is ervoor gekozen om de dataset te baseren op alle in 2009 afgesloten DBC's.¹⁴ Deze voldoet aan bovengenoemde randvoorwaarden.

Schoning

DBC-Onderhoud heeft controles op DBC-zorgproductniveau en zorgactiviteitsniveau uitgevoerd op de dataset om te schonen voor onjuiste of onvolledige gegevens. Zo is bijvoorbeeld voor dubbele OK-verrichtingen geschoond en zijn alle DBC-zorgproducten gehervalideerd.

Representativiteitstoets

Het is van belang dat de zorgproductiedata in de gebruikte dataset een representatieve afspiegeling vormen van de zorgproductie van alle zorgaanbieders. Hieruit volgt een representatieve casemix, waarin de

¹³ Concept datadocument 'DIS ronde 20 dataset', versie 1.1, 10 maart 2011

¹⁴ Voor de verschillende categorieën instellingen bleek de CV-waarde voor de totale maandaantallen (gesloten) in 2009, kleiner dan 0,1 te zijn.

verschillende categorieën zorgaanbieders (algemeen, topklinisch, UMC) naar evenredigheid zijn meegenomen. Dit proces noemen we calibratie.

Transformatie

De DBC-productstructuur wijzigt doorgaans jaarlijks, in meer of mindere mate. De gebruikte dataset omvat meerdere DBC-productstructuren. De openingsdatum van een DBC bepaalt welke productstructuur van toepassing is. De in 2009 gesloten DBC's kunnen geopend zijn in 2008 of in 2009 en zijn op verschillende productstructuren gebaseerd.¹⁵

Om een juiste vergelijking en impactanalyse te kunnen maken tussen de huidige DBC-productstructuur 2011 en de DBC-productstructuur 2012 is het noodzakelijk om de historische DBC's om te zetten (te transformeren) naar de huidige DBC's.

Simulatie

De nieuwe registratieregels voor openen en sluiten van DBC's binnen de nieuwe productstructuur hebben tot gevolg dat DBC-zorgproducten op andere momenten worden geopend en gesloten dan volgens de huidige registratieregels. De nieuwe regels hebben gevolgen voor de aantallen DBC-zorgproducten. Zo is in de verantwoording van de RS05 door DBC-Onderhoud becijferd dat toepassing van de nieuwe registratieregels er toe leidt dat het aantal DBC-zorgproducten toeneemt van 14,3 miljoen tot 15,2 miljoen (gebaseerd op DIS gegevens over afgesloten DBC's in 2007). Dit komt overeen met een groei van 6%. Deze volumegroei van DBC-zorgproducten belandde in de RS05 vooral in niet declarabele DBC-zorgproducten (uitvalproducten). Met betrekking tot de nieuwe dataset verwacht de NZa een effect van gelijke omvang, dit is echter nog niet bekend.

Oordeel NZa

De bevindingen over de kwaliteit en representativiteit van de gebruikte dataset zijn:

- Voor de berekening van de zorgproductprofielen en de productprijzen binnen de productstructuur 2012 wordt gebruik gemaakt van alle in 2009 afgesloten DBC's. Op basis van de CV-waarde is duidelijk dat de DIS-gegevensaanlevering binnen het gekozen tijdvak continu verloopt.
- Schoning van onjuiste en onvolledige gegevens heeft bijgedragen aan de verbetering van de kwaliteit van de zorgprofielen en de daarop gebaseerde concept tariefberekeningen.
- Door calibratie wordt in beginsel rekening gehouden met productieve verschillen binnen de DBC-zorgproducten tussen categorieën instellingen.
- Bij de calibratie voor het DOT-pakket 2012 worden 23 zorgaanbieders geschoond, wat overeenkomt met 23% van de totale productie. Het calibratie-effect betreft een groot deel van de oorspronkelijke productie. Hierin schuilen risico's voor de tariefberekening, met name voor de productieomvang op het niveau van afzonderlijke DBC-zorgproducten. Daar komt bij dat de omvang van het calibratie effect ten opzichte van de dataset die gebruikt is voor het DBC-pakket 2010/2011 is toegenomen (23% t.o.v. 16%).
- Ondanks het substantiële effect van de calibratie, is wel een dataset ontstaan die een representatieve afspiegeling vormt van alle (gecategoriseerde) producerende zorgaanbieders.

¹⁵ Te denken valt bijvoorbeeld aan de SEH-DBC's geopend in 2008 die niet meer bestaan in de structuur van 2009 en volgende jaren.

- Transformatie is een onvermijdelijke databewerking omdat een productstructuur continue in ontwikkeling is. Transparantie van dit proces blijft een punt van zorg.
- De toepassing van nieuwe registratieregels vormt een risico voor volumeontwikkeling. De toename lijkt zich te manifesteren in uitvalproducten, maar kan uiteindelijk leiden tot (meer) declarabele DBC-zorgproducten.

Doorontwikkelpunten

De NZa hecht grote waarde aan een representatieve en kwalitatief goede dataset. De bewerkingen van de dataset zijn cumulerend en technisch van aard. In de toekomst moet transparantie van de bewerkingen derhalve een prominente rol krijgen. Als onderdeel daarvan moet aangetoond worden wat na de calibratie-effecten de resterende productiemassa is per DBC-zorgproduct. Deze aandachtspunten zouden al een plaats moeten krijgen in de verantwoordingsinformatie van de DBC-tarieven 2012.

4.3.2 Hanteerbaarheid

Aantallen DBC-productstructuur 2012

Er zijn in totaal 4.391 declarabele DBC-zorgproducten (inclusief expertproducten) ontwikkeld. De zorgproducten (inclusief expertproducten) zijn in 3.716 clusters gegroepeerd (zie toelichting hierna). Daarnaast zijn er 928 uitvalproducten gedefinieerd.¹⁶ Het totaal aantal unieke, declarabele zorgproducten ligt met 4.391 aanzienlijk hoger dan het eerder genoemde uitgangspunt van 3.500 zorgproducten.

Tabel 4.1. Overzicht DBC-zorgproducten productstructuur 2012

Overzicht zorgproducten productstructuur 2012	Aantal
Aantal zorgproducten inclusief uitval	5.319
Aantal uitval zorgproducten	928
Aantal zorgproducten exclusief uitval	4.391
Aantal declaratiecodeclusters	132
Aantal zorgproducten zonder declaratiecodecluster (geen uitval)	3.584
Totaal aantal unieke declaratiecodes	3.716

Er zijn daarnaast in totaal ruim 1.300 declarabele overige zorgproducten ontwikkeld. De Ondersteunende Producten (OP's), voor onderlinge dienstverlening en productie op verzoek van de eerstelijns, maken hiervan het grootste deel uit. Daarnaast zijn er in totaal 65 Add-on's ontwikkeld.

¹⁶ Een uitvalproduct is het resultaat van de afleiding van een declaratiedataset door de grouper waarin een onlogische combinatie van aanwezige componenten en activiteiten voorkomt. Dit product kan niet gedeclareerd worden. Vergelijkbaar met een niet declarabele DBC in de voorgaande systematiek vanwege een onjuiste combinatie van zorgtype, diagnose en behandelas.

Tabel 4.2. Overzicht overige producten productstructuur 2012

Omschrijving	Aantal
OP's	886
OVP's	116
Overige trajecten	7
Verrichtingen niet vallend onder de DBC declaratie	167
Add-on Overig	0
Add-on IC	19
Add-on Duur of weeg geneesmiddel	46
OP Stollingsfactoren	63
Totaal aantal overige producten	1.304

Clustering DBC-zorgproducten

Binnen de nieuwe productstructuur wordt op een aantal plaatsen gebruik gemaakt van clusteringen van DBC-zorgproducten. De clusteringen zijn tot stand gekomen door het gebruik van identieke boomstructuren bij verschillende ICD10 hoofdstukken. Het gaat om twee grote en negen kleine clusteringen.

Het doel van deze clustering is volgens DBC-Onderhoud 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. In de ontwikkelomgeving was het in een paar gevallen niet mogelijk om bepaalde uitvragen te realiseren. Een dubbele uitvraag en daarna clusteren loste dat probleem op. Voorbeelden hiervan zijn audiologie en radiotherapie.

Verschillen tussen productstructuur 2011 en 2012

Ten opzichte van de huidige DBC-productstructuur 2011 is het aantal declarabele zorgprestaties enorm afgenomen. Binnen de huidige DBC-productstructuur onderscheiden we ruim 100.000 DBC's. Binnen DOT wordt dit aantal teruggebracht tot circa 4.400 DBC-zorgproducten (exclusief uitval en overige producten).

Verschillen tussen DOT structuur 2012 (RS08) en DOT structuur uit vorige release (RS05)

Het aantal unieke zorgproducten (inclusief uitval) in de RS08 is ten opzichte van de RS05 met bijna 13% gestegen (exclusief uitvalproducten 11,5%). Deze stijging doet zich voor over het hele spectrum van type zorgproducten. Het aandeel van de type zorgproducten blijft over het algemeen redelijk constant.

Oordeel NZa

Wat betreft de hanteerbaarheid oordeelt de NZa als volgt:

- De invoering van DOT heeft als belangrijke doelstelling het aantal DBC-zorgproducten terug te brengen naar circa 3500, om op deze wijze de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars te vereenvoudigen. Dit streefgetal moet echter niet te star worden gehanteerd, het uitgangspunt voor wat betreft het aantal producten is 'zo minimaal als mogelijk, zo maximaal als noodzakelijk'. Hoewel het werkelijk aantal unieke zorgproducten met circa 4400 relatief hoog ligt, liggen er inhoudelijk valide onderbouwde keuzes aan ten

- grondslag. Daarbij is het aantal producten afgezet tegen het huidige DBC-systeem enorm gereduceerd.
- DBC-Onderhoud heeft bepaalde producten geclusterd. De NZa vindt dit principieel onwenselijk, behalve als er sprake is van zorginhoudelijk 100% identieke producten. Achterliggende gedachte hierbij is dat vanwege beoogde invoering van prestatiebekostiging het van belang is dat zorgverzekeraars zelf hun eigen clustering kunnen aanmaken bij de inkoop van zorg. Om de bekostiging optimaal aan te laten sluiten bij de inkoopsturing door zorgverzekeraars, acht de NZa het noodzakelijk dat elk DBC-zorgproduct van een unieke declaratiecode wordt voorzien. Volgens DBC-Onderhoud is er sprake van 100% identieke zorgproducten, voor de NZa is dit lastig te beoordelen omdat het deels een medische afweging betreft.
 - Het aantal uitvalproducten ten opzichte van aantal declarabele producten geeft geen directe aanleiding tot het aanpassen van de DBC-productstructuur 2012. Uitvalproductie zal uiteindelijk deels door zorginstellingen in de toekomst gedeclareerd gaan worden in reguliere DBC-zorgproducten. De mate waarin uitvalproducten kunnen voorkomen kan ook wijzen op de noodzaak tot verbetering van de registratie bij zorginstellingen zelf.
 - De hanteerbaarheid van het systeem is verbeterd door de aansluiting bij de toekomstige eenmalige zorgregistratie aan de bron via ICD10. Zo wordt uit de bronregistratie onder meer informatie voor de afleiding van het zorgproduct gehaald. Tevens stelt DBC-Onderhoud een grouper beschikbaar gesteld aan de instellingen voor de afleiding van de zorgproducten.

Doorontwikkelpunten

Vanuit het oogpunt van hanteerbaarheid zijn er de volgende doorontwikkelpunten:

- Een sterke sturing op het aantal declarabele producten blijft in de toekomst nodig. Op sommige fronten is een verdere reductie van het aantal zorgproducten wenselijk, onder andere in de overige categorieën producten (zoals OVP's) en de boomstructuren die nog niet in de ICD10 hoofdstukken opgenomen zijn (pre-MDC's). Door een verdere integratie kan het aantal producten gereduceerd worden. Ook zullen er door het gebruik van vaste boomstructuren veel producten zijn die in de praktijk niet blijken te bestaan. Deze kunnen dan in het doorontwikkeltraject verwijderd worden. De eerste resultaten zouden al per 2013 zichtbaar moeten zijn. De NZa zal in 2011 kaders opstellen met criteria voor toelating van nieuwe producten om de sturing te faciliteren.
- Afhankelijk van nadere analyses door DBC-Onderhoud en/of praktijkervaringen met DOT zal de NZa DBC-Onderhoud de clustering in volgende releases laten aanpassen. Indien uit de impactanalyses reeds de onwenselijkheid van clustering zou blijken, zou dit punt nog voor 2012 opgelost moeten worden.

4.3.3 Samenstelling van de producten

Bij de beoordeling van de samenstelling van de producten wordt onder meer gekeken naar de basiskennmerken van de DBC-zorgproducten en de verdeling van huidige DBC's over de DBC-zorgproducten. Vanwege het ontbreken van de tarieven is het niet mogelijk om uitspraken te doen over de kostenhomogeniteit van de zorgproducten (CV-waarde). Deze beoordeling volgt bij de definitieve besluitvorming door de NZa over de productstructuur en tarieven.

Basiskenmerken van DOT

Zoals gezegd is er bij de ontwikkeling van DOT een koppeling tot stand gebracht tussen de DBC-diagnoses, de ICD10 hoofdstukken en de onderliggende productgroepen. Hierbij zijn partijen nadrukkelijk betrokken geweest.

Binnen DOT is ook een goede aanzet gemaakt om zorgzwaarte in de productstructuur naar voren te laten komen. Zo wordt binnen DOT hoofdzakelijk op basis van zorgactiviteiten bepaald welke product er afgeleid wordt. Ook is de lengte van de verpleegduur, het aantal consulten en de zwaarte van operaties van invloed op welk product er wordt afgeleid. De complexiteit van zorg voor patiënten komt hierdoor beter tot uiting in de zorgproducten.

Er is een aanzienlijk aantal zorgproducten tot stand gekomen door te 'knippen' in verpleegdagen. Hoewel logisch binnen de gekozen systematiek, ontstaan hierdoor mogelijk onbedoelde prikkels (iemand langer opnemen dan nodig omdat dit financieel voordelig is voor de aanbieder). DBC-Onderhoud geeft aan dat dit risico deels wordt ondervangen door het hanteren van ruime marges. Zo ligt de gemiddelde verpleegduur voor korte klinische DBC-zorgproducten op 3 dagen, maar is de grens op 5 dagen gelegd. Dit geldt ook voor de groep van 6 tot 28 dagen (gemiddelde verpleegduur 11 dagen). Daarnaast merkt DBC-Onderhoud op dat verpleegdagen bij operatieve producten slechts een marginale rol spelen. Dit alles neemt niet weg dat ook in deze productstructuur – zoals in iedere productstructuur maar naar verwachting in mindere mate dan in het huidige systeem – onbedoelde prikkels blijven bestaan. De prikkel om in plaats van ambulante producten klinische producten te declareren wordt door DOT niet ondervangen, hoewel het tariefverschil t.o.v. de huidige structuur fors is verkleind.

De NZa heeft geconstateerd dat er in de productstructuur zorgproducten zijn opgenomen genaamd 'licht ambulant zonder consult'. Deze producten voldoen niet aan het wettelijke face to face criterium. Het ontstaan van deze producten kent een technische logica, namelijk het feit dat binnen DOT zorgproducten een vaste looptijd kennen en (met name) diagnostiek voor of na de looptijd van het zorgproduct kan plaatsvinden. Het gaat overigens om zeer beperkte aantallen.

Expertproducten

Een expertproduct is een nieuw DBC-zorgproduct waarbinnen minder dan zes huidige DBC-trajecten vallen. De redenen voor het ontstaan van expertproducten zijn divers.

- Het gebruik van identieke beslisbomen onder verschillende ICD10 hoofdstukken heeft ervoor gezorgd dat er expertproducten zijn ontstaan. Het gaat om circa 370 producten.
- Ook binnen DOT zijn er zogenaamde 'Klinisch Zonder Dagen'-producten (KZD) opgenomen in de productstructuur om het dubbel declareren van klinische producten tegen te gaan. Door het toevoegen van een KZD-product bij bepaalde klinische producten zijn er expertproducten ontstaan. Het gaat om circa 50 producten. De KZD-producten worden van een tarief voorzien via de identieke producten met verpleegdagen. De kosten van verpleegdagen worden van de kostprijs afgetrokken.
- Binnen DOT is er bij klinische producten onderscheid tussen klinisch kort, middel en lang. Deze beslisbomen zijn toegepast als eerste aanzet om zorgzwaarte in de productstructuur vorm te geven, maar niet alle drie de categorieën zijn gevuld met voldoende huidige DBC-producten. Het gaat om circa 200 zorgproducten.

- Er zijn ook UMC-producten die onvoldoende vulling in het DIS hebben. Het gaat om circa 110 zorgproducten. Deze producten zullen met behulp van een NFU dataset van een profiel worden voorzien.
- Overige redenen zijn bijvoorbeeld producten die nu nog niet bestaan en die via de expertmethode tot stand zijn gebracht. Het gaat om een zeer diverse groep
 - Long/astma zorgproducten die via een separaat traject ontwikkeld zijn.
 - De doorontwikkeling van de producten rond de stamceltransplantatie.
 - De gespecialiseerde brandwondenproducten die samen met de brandwondencentra zijn ontwikkeld.
 - De producten die in het kader van de doorontwikkeling van de transplantatiezorg zijn ontwikkeld.
 - De producten rond de thuisbeademing
 - De producten die in het kader van de doorontwikkeling van de epilepsie zijn ontwikkeld.
 - De producten die voor de kindergeneeskunde zijn ontwikkeld (aparte Pre-MDC). Dit is een grote groep.

Basisregistratie

Binnen DOT is het van essentieel belang dat instellingen hun basisregistratie verbeteren, omdat het afleidingsmechanisme binnen DOT strengere eisen stelt aan de kwaliteit van de basisregistratie dan de huidige validatie. De DBC-validatie stuurde alleen op enkele (minimale) eisen, zoals een verpleegdag bij een klinische DBC.

Uitval kan een indicatie zijn van de kwaliteit van de basisregistratie. Er is een relatief groot aantal uitvalproducten (928 uitvalproducten t.o.v. 4391 declarabele producten). Dit is echter inherent aan de DBC-productstructuur 2012 (met automatische afleiding). Belangrijk is echter wel in welke mate het product van een instelling afgeleid wordt naar uitval. Dit moeten acceptabele percentages zijn.

Er is een positieve ontwikkeling zichtbaar voor de uitvalpercentages (wat ook wordt bevestigd door brancheverenigingen) van eerdere concept DOT-structuren (RS05) naar de DBC-productstructuur 2012 (RS08). Dit kan duiden op verbetering van de basisregistratie. Op basis van de voorlopige cijfers van DBC-Onderhoud leidt onder de DBC-productstructuur 2012 circa 3% van de DBC-zorgproducten in de dataset af naar een uitvalproduct. In het onderzoek van Prismant, waarin de mate van volledigheid van de concept DBC-productstructuur RS05 is onderzocht, volgde nog een uitvalpercentage van circa 4%.

Oordeel NZa

Wat betreft de samenstelling van producten oordeelt de NZa als volgt:

- De samenstelling van de DBC-zorgproducten is op een zorgvuldige wijze tot stand gekomen. Wel is er onvoldoende zicht op hoe de koppeling is gemaakt tussen DBC's en ICD10 hoofdstukken (mapping). Gezien de intensieve betrokkenheid van partijen bij dit proces en de doorlopen simulaties acht de NZa de koppeling desondanks voldoende gewaarborgd.
- De productstructuur bevat op bepaalde onderdelen onbedoelde prikkels. Dit is evenwel inherent aan een productstructuur, maar deze onbedoelde prikkels dienen zoveel mogelijk beperkt te worden.
- Het opnemen van zorgproducten die niet aan het wettelijke face to face criterium voldoen is onwenselijk, ook al ligt er een technische logica aan ten grondslag.
- De NZa begrijpt dat er bij een overgang naar een nieuwe productstructuur tijdelijk meer expertproducten ontstaan, maar vindt desondanks het aantal wel aan de hoge kant. Aangezien dit van

tijdelijk aard zou moeten zijn is het voor de DBC-productstructuur 2012 acceptabel en zelfs noodzakelijk om de productstructuur voldoende dekkend te krijgen.

- De NZa is van mening dat het aantal uitvalproducten (928) ten opzichte van het aantal declarabele producten geen directe aanleiding geeft tot het aanpassen van de DBC-productstructuur. Uitvalproductie zal in de toekomst uiteindelijke deels door zorginstellingen gedeclareerd gaan worden in reguliere DBC-zorgproducten. Wanneer de oorzaak van uitval in een slechte basisregistratie ligt zullen aanbieders dit moeten verbeteren.

Doorontwikkelpunten

De NZa ziet de volgende doorontwikkelpunten voor de samenstelling van producten:

- De uitval binnen DOT moet door partijen in samenwerking met DBC-Onderhoud vanaf 2012 nauwlettend gemonitord worden, zodat aanbieders zondig de registratie kunnen verbeteren en/of in latere jaren aanpassingen in de productstructuur kunnen worden doorgevoerd.
- DBC-Onderhoud moet vanaf 2012 analyses uitvoeren om een inschatting te kunnen maken van het risico op onjuiste registratie door onbedoelde prikkels. De NZa zal daartoe gezamenlijk met DBC-Onderhoud de onbedoelde prikkels binnen DOT in kaart brengen. De analyses kunnen in latere jaren nopen tot aanpassingen in de productstructuur en/of oplossingen in de regelgeving.
- De NZa heeft DBC-Onderhoud reeds verzocht om in de afleiding van licht ambulante producten een face to face contact noodzakelijk te maken. DBC-Onderhoud erkent de noodzaak en zal dit verwerken. Separaat zal door DBC-Onderhoud worden geanalyseerd of de resulterende uitval alsnog op een andere wijze declarabel moet worden gemaakt.
- Mogelijke informatieachterstand voor zorgverzekeraars wat betreft expertproducten dient zoveel mogelijk beperkt te worden door ook expertprofielen te delen. Bovendien moet het aantal expertproducten in het pakket 2013 zo mogelijk reeds substantieel verminderen. Of dit ook daadwerkelijk mogelijk is, zal afhankelijk zijn van de beschikbare registratiegegevens.

4.3.4 Medische herkenbaarheid

De medische herkenbaarheid is inhoudelijk geborgd door de ICD10 als basis te gebruiken voor de productstructuur. Om te komen tot een medisch herkenbare productstructuur zijn de huidige DBC-diagnoses aan de ICD10 hoofdstukken gekoppeld. Vervolgens zijn deze DBC-diagnoses gekoppeld en ingedeeld in productgroepen op basis van de activiteiten in de zorgprofielen.

Het is niet mogelijk gebleken om ook per 2012 ICD10 vastlegging aan de bron te realiseren. Dit betekent dat in 2012 nog de huidige DBC-diagnoses vastgelegd worden en door de grouper worden vertaald naar de ICD10 diagnose en daarmee naar de juiste 'boom' binnen DOT.

Het bleek niet mogelijk de beschreven systematiek voor alle (deel)specialismen te volgen. Daarom is de keus gemaakt om voor 21 (deel)specialismen een uitzondering te maken en de zorgproducten afzonderlijk te onderscheiden. Dit wordt ook wel hoofdstuk 0 genoemd,

aangezien het geen ICD10 term heeft. Een andere benaming is Pre-MDC's.¹⁷

Naast de hoofdreden om de medische herkenbaarheid van de productstructuur te bevorderen, zijn er meerdere redenen waarom deze 21 groepen producten een Pre-MDC zijn geworden:

- Voorkomen dat kleine specialismen ondersneeuwen bij de grotere specialismen (bijvoorbeeld allergologie en neonatologie).
- Bepaalde categorale sectoren houden hun huidige producten die enkel technisch omgezet worden naar DOT (bijvoorbeeld revalidatie, radiotherapie en audiologie).
- Er zijn enkele nieuwe structuren ontwikkeld voor gespecialiseerde zorg (bijvoorbeeld brandwondenzorg en long/astma).
- Voor kindergeneeskunde is een aparte structuur ontwikkeld. Het is de bedoeling dat deze producten in 2013 wel zo goed mogelijk aansluiten bij vergelijkbare zorg aan volwassenen en geen aparte boom meer vormen. De reden dat toch voor 2012 een aparte boom wordt gehanteerd is de gebrekkige wijze van registratie bij de kindergeneeskunde, in combinatie met het ontbreken van UMC-kinderzorg in de bestaande DBC-systematiek.
- Het onderscheiden van de WBMV-zorg (Wet op bijzondere medische verrichtingen). Voor DOT is op zorgactiviteitsniveau vastgesteld welke zorg onder de WBMV valt en welke vergunning hiervoor nodig is. Deze activiteiten leidden af naar WBMV-producten (bijvoorbeeld, neurochirurgie, transplantaties, en klinische genetica).
- De huidige DBC-structuur van plastische chirurgie is verrichtingen georiënteerd in plaats van diagnose georiënteerd, waardoor koppeling aan de ICD10 structuur in deze fase niet mogelijk was.

Mate van specialisme-overstijgendheid

Een ander belangrijk kenmerk van DOT is het specialisme overstijgende karakter. Dit is belangrijk in het kader van de medische herkenbaarheid, en voorkomt belemmeringen in toegankelijkheid van de zorg. Daarnaast leidt dit ook tot een reductie van het aantal unieke zorgproducten. Op basis van deze drie criteria heeft de NZa gekeken naar de voorlopige gegevens van DBC-Onderhoud over het specialisme overstijgende karakter van de DBC-productstructuur 2012.

¹⁷ Het betreft de volgende (deel)specialismen: klinische genetica; neurochirurgie; kindergeneeskunde; neonatologie; hart, long, hartlongtransplantatie, stamceltherapie, ritmechir., AICD-implant., PTA, CABG, openhartoperatie; Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen); nier-, lever-, darm- en pancreastransplantatie; infertiliteit; allergologie; revalidatiegeneeskunde; psychiatrie; kinderneurologie; klinische geriatrie; radiotherapie; radiologie.

Tabel 4.5. Overzicht specialisme overstijgende producten RS08

Specialisme	Omschrijving	Totaal aantal producten	Eigen Producten	Gedeelde Producten	aandeel eigen producten	aandeel eigen productie (in kosten)
301	Oogheelkunde	150	119	31	79%	83%
302	Keel-, neus- en oorheelkunde	245	127	118	52%	92%
303	Chirurgie	690	184	506	27%	17%
304	Plastische chirurgie	66	66	0	100%	100%
305	Orthopedie	316	120	196	38%	30%
306	Urologie	203	111	92	55%	41%
307	Verloskunde en gynaecologie	208	152	56	73%	73%
308	Neurochirurgie	103	68	35	66%	79%
310	Dermatologie	160	81	79	51%	39%
313	Inwendige geneeskunde	1.087	486	601	45%	36%
316	Kindergeneeskunde	364	353	11	97%	100%
318	Gastro-enterologie	260	15	245	6%	5%
320	Cardiologie	153	129	24	84%	97%
322	Longziekten	184	68	116	37%	42%
324	Reumatologie	107	36	71	34%	9%
326	Allergologie	20	20	0	100%	100%
327	Revalidatie	76	76	0	100%	100%
328	Cardio-pulmonale chirurgie	135	78	57	58%	95%
329	Psychiatrie	2	2	0	100%	100%
330	Neurologie	365	252	113	69%	73%
335	Geriatric	11	11	0	100%	100%
361	Radiotherapie	24	24	0	100%	100%
362	Radiologie	18	18	0	100%	100%
389	Anaesthesiologie	55	55	0	100%	100%
390	Klinische genetica	3	3	0	100%	100%
1900	Audiologie	15	15	0	100%	100%

We zien bij een aantal specialismen een hoge mate van gedeelde producten met andere specialismen. Voorbeelden hiervan zijn chirurgie, orthopedie en gastro-enterologie. In bovenstaand tabel is echter ook te zien dat veel specialismen een fors aandeel van hun productie realiseren via producten die alleen zij leveren. Zo is bij oogheelkunde 79% van de productie (gemeten in aantal zorgproducten) gemaakt in zorgproducten die alleen door oogheelkunde worden geleverd.

Dit kan deels worden verklaard door het feit dat bepaalde ICD10 hoofdstukken sterk gelieerd zijn aan bepaalde specialismen. Het is logisch dat de specialismen die vallen onder de categorie Pre-MDC's 100% van hun productie via eigen producten leveren.

Oordeel NZa

- De medische herkenbaarheid van DOT is positief door de koppeling aan ICD10.
- De NZa is in zijn algemeenheid van mening dat er zo weinig mogelijk uitzonderingen gemaakt moeten worden in de DBC-productstructuur om producten buiten de ICD10 hoofdstukken vorm te geven, zeker als dit leidt tot een toename van het aantal DBC-zorgproducten.
- Het toepassen van Pre-MDC's heeft een positief effect op de medische herkenbaarheid van de DBC-productstructuur. Het heeft echter negatieve effecten op de aantallen en daarmee de hanteerbaarheid. Daarnaast wordt hierdoor ook de specialisme overstijgendheid negatief beïnvloed. Voor 2012 acht de NZa het resultaat echter optimaal en de risico's beperkt.

Doorontwikkelpunten

De NZa ziet een aantal doorontwikkelpunten voor de medische herkenbaarheid

- De 21 (deel)specialismen die nu als Pre-MDC vorm hebben gekregen zouden onderzocht moeten worden om te bepalen in hoeverre deze alsnog opgenomen kunnen worden in de reguliere ICD10 hoofdstukken in het pakket 2013. Hierbij moet de medische herkenbaarheid niet in het gedrang komen.

- De NZa heeft voor het specialisme kindergeneeskunde via een brief aan DBC-Onderhoud al laten weten dat deze structuur per 2013 geïntegreerd moet worden in de reguliere beslisbomen.¹⁸ Dit geldt echter ook voor de andere (deel)specialismen zoals plastische chirurgie.
- Bij de ontwikkeling van DOT is men er niet in geslaagd aan de bron te gaan vastleggen in ICD10 diagnoses. Het is aan te bevelen dit traject wel zo spoedig mogelijk te bewerkstelligen omdat het afleiden van zorgproducten dan minder afhankelijk wordt van koppeltabellen met de huidige DBC-diagnoses. Het ministerie van VWS heeft hiervoor de regie genomen en het RIVM ingeschakeld om de ICD10 'uit te rollen'.

4.3.5 Volledigheid

Bij volledigheid wordt gekeken of redelijkerwijs alle zorg is opgenomen in de productstructuur. Het uitgangspunt is dat alle zorg die geleverd wordt gedeclareerd moet kunnen worden. Dit criterium heeft grote raakvlakken met eerdere criteria als hanteerbaarheid en samenstelling van producten. Zo is in eerdere paragrafen reeds uitgebreid ingegaan op de Pre-MDC's en expertproducten.

De NFU is in 2008 begonnen met de zogenaamde 'zwarte gat analyses'. Met behulp van deze analyses heeft de NFU willen aantonen dat een deel van de UMC-zorg niet zou kunnen worden gedeclareerd binnen de toenmalige DBC-productstructuur. Belangrijkste oorzaken van het zwarte gat waren:

- het ontbreken van zorgactiviteiten in de zorgactiviteitentabel om deze zorg adequaat te beschrijven
- het ontbreken van medisch herkenbare diagnosecodes voor een aantal subspecialismen
- het voorkomen van veel losse (CBV-)verrichtingen binnen de administratieve systemen van de UMC's
- onjuiste koppelingen van verrichtingen aan de juiste DBC-trajecten.

In de beginfase van de ontwikkeling van de nieuwe DBC-productstructuur in 2009 en 2010 vormden de zwarte gat analyses de directe aanleiding voor belangrijke doorontwikkelingen in de zorgactiviteitentabel, DBC-productstructuur en voor verbeteringen in de administratieve organisatie bij de UMC's. Dankzij de introductie van vele nieuwe CBV-verrichtingen, zorgactiviteiten-codes en herkenbare diagnosecodes kon een groot deel van de UMC-zorg medisch herkenbaar worden gemaakt binnen de DOT-productstructuren RS05 en RS08. Deze verbeteringen, die met name in de loop van 2009 en 2010 zijn gerealiseerd, zijn echter nog niet zichtbaar binnen de DIS dataset 2009. Veel van de betreffende UMC-zorg ontbreekt daarom nog in de DIS Ronde 20 dataset die de basis vormt voor de productprijsberekening voor DOT 2012. Dit is mede een verklaring voor een aantal zorgproducten waarvoor geen DIS-profielen beschikbaar zijn, de zogenoemde 'expertproducten'. Hier is in eerdere paragrafen bij stil gestaan.

Pre-MDC's

De basis voor de nieuwe productstructuur is de ICD10. Bij de ontwikkeling van de productstructuur is gebleken dat niet alle zorg was in te delen in ICD10 hoofdstukken. Om deze zorg toch te kunnen declareren zijn er Pre-MDC's ontwikkeld.

¹⁸ Brief NZa met kenmerk 10D0004692 van 16 februari 2010.

Uitvalproducten

Er ontstaat een uitvalproduct bij registratiefouten, een onvoldoende gevuld of geheel leeg profiel of als in het profiel geen zorgactiviteiten worden aangetroffen die corresponderen met de gestelde diagnose. Gedurende de ontwikkeling van de productstructuur is te zien geweest dat het uitvalpercentage afnam.

Een uitvalproduct kan niet gedeclareerd worden. Het is voor een instelling wel mogelijk om de declaratiedataset opnieuw te beoordelen en eventueel te verbeteren en deze vervolgens opnieuw aan te leveren aan de grouper.

Oordeel NZa

Met betrekking tot de volledigheid van de productstructuur concludeert de NZa het volgende:

- Er wordt binnen DOT duidelijk meer recht gedaan aan de zorg geleverd in UMC's en topklinische ziekenhuizen. Naast het feit dat complexere zorg vaker in producten is gevat, houdt DOT aan de basis ook meer rekening met zorgzwaarte, doordat de zwaarte van de zorgactiviteiten en het aantal activiteiten een centrale plaats in nemen.
- Pre-MDC's zijn een goede (tijdelijke) oplossing om zorg die niet goed in de ICD10 structuur is uitgewerkt toch vorm te geven.

Doorontwikkelpunten

Om een productstructuur in de toekomst volledig te houden, moet er goed regulier onderhoud plaatsvinden op deze structuur. De focus moet hierbij echter niet alleen liggen op het toevoegen van producten, maar ook op de producten die overbodig zijn. Door het gebruik van identieke boomstructuren in diverse ICD10-hoofdstukken zullen er namelijk een aantal producten zijn die in de praktijk nooit zullen voorkomen. Door monitoring dient dit periodiek in kaart gebracht te worden door DBC-Onderhoud. Ook dient er aandacht te blijven voor de aspecten zorgzwaarte en outliers. Zo dient door DBC-Onderhoud onderzocht te worden welk zorgzwaarteprobleem er resteert na de introductie van DOT. Ook dient onderzocht te worden hoe in de productstructuur outliers een plek (kunnen) hebben. De NZa zal voor beide aspecten ook kaders gaan opstellen.

4.3.6 Stabiliteit

Bij de ontwikkeling van de productstructuur heeft DBC-Onderhoud zo veel mogelijk gebruik gemaakt van een uniforme systematiek, te weten mapping van de DBC's aan de ICD10 hoofdstukken, afbakenen van analysegroepen en afbakenen van de zorgproducten via beslisbomen. De enige uitzondering hierop zijn de pre-MDC's. Deze uniforme werkwijze zal ten algemene een positieve invloed hebben op de stabiliteit van de productstructuur.

Daarnaast wordt de stabiliteit van de productstructuur geborgd door de uniforme basisregistratie die het zorgproces zo volledig mogelijk beschrijft, de geüniformeerde regels voor registratie en door typering en automatische afleiding van de zorgproducten op basis van uniforme beslisregels.

Een andere vorm van stabiliteit betreft de kostenhomogeniteit van de zorgproducten. Er zijn zorgactiviteiten die niet aan specifieke diagnoses gebonden zijn, onvoorspelbaar zijn en incidenteel van aard, maar waaraan wel substantiële meerkosten verbonden zijn. Om deze geen verstorend effect te laten hebben op de kostprijs en de

homogeniteit van de zorgproducten, zijn add-ons ontwikkeld voor dure en weesgeneesmiddelen en IC. Dit heeft bijgedragen aan stabiele zorgproducten en daarmee aan een stabielere productstructuur.

Oordeel NZa

De keuzes die zijn gemaakt bij het opstellen van de productstructuur zorgen per definitie voor meer stabiliteit dan in de huidige systematiek het geval is.

Doorontwikkelpunten

De gewenste ontwikkeling voor de Pre-MDC's is reeds eerder aangegeven. Voorts dient DBC-Onderhoud te monitoren hoe de stabiliteit in praktijk uitpakt, zodat in de toekomst waar nodig aanpassingen kunnen worden doorgevoerd.

4.3.7 Handhaafbaarheid

Controle op rechtmatigheid van declaraties dient primair plaats te vinden in de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dit betekent in de eerste plaats dat het systeem zoveel mogelijk positieve prikkels geeft om prestaties en tarieven op juiste wijze te declareren en negatieve prikkels dienaangaande worden voorkomen. In de tweede plaats betekent dit dat het systeem zo ingericht is dat de zorgverzekeraars op effectieve wijze materiële controles kunnen uitvoeren op de declaraties van zorgaanbieders. Daarnaast is het ook voor de bestuursrechtelijke handhaving door de NZa van belang dat het systeem zo ingericht is dat deze handhaving op effectieve wijze kan plaatsvinden. Zo dient door eenduidige en afdwingbare regelgeving in voorkomende gevallen gepast gebruik te kunnen worden afgedwongen.

Naar het oordeel van de NZa is de nieuwe productstructuur een goede stap in de richting van effectieve handhaving. Hoewel op voorhand onbedoelde prikkels niet kunnen worden uitgesloten, kan wel worden gesteld dat de nieuwe productstructuur ten opzichte van de huidige DBC-structuur veel van de bestaande onbedoelde prikkels wegneemt.

Duidelijk is echter ook dat met name bepalend is dat de registratie van gegevens in de productieketen geschiedt op basis van eenduidige en afdwingbare regelgeving. De eenduidigheid en de afdwingbaarheid van deze regulering zullen worden getoetst bij de definitieve beoordeling van DOT, medio dit jaar.

Doorontwikkelpunten

- Hoewel inherent aan een productstructuur, zullen in de verdere ontwikkeling van de nieuwe productstructuur onbedoelde prikkels zo veel mogelijk worden beperkt. Ten aanzien van de handhaafbaarheid zal de NZa in de doorontwikkeling aandacht besteden, onder meer bij het testen van de technische productstructuur. Daarbij zal de NZa eveneens signalen van consumenten/patiënten over onder meer patiëntselectie en oneigenlijke rekeningen nauwlettend in de gaten houden.
- In de ontwikkeling van de registratie- en declaratiebepalingen zal de NZa aandacht besteden aan de handhaafbaarheid daarvan, om zo gepast gebruik in een voorkomend geval te kunnen afdwingen.

4.4 Resumerend: beoordeling NZa

Op grond van het geformuleerde kader kan worden gesteld dat er aan de formele criteria is voldaan: DOT heeft een positieve impact op de publieke belangen, er is sprake van een zorgvuldig proces, er bestaat

voldoende draagvlak bij (veld)partijen en administratieve lasten nemen structureel af.

Inhoudelijk kan worden gesteld dat de nieuwe productstructuur een substantiële verbetering is ten opzichte van de huidige situatie. De productstructuur is gebaseerd op een geschikte dataset, het aantal declarabele producten neemt sterk af, de samenstelling van de producten is over het algemeen logisch, de dekking van de productstructuur is substantieel toegenomen, de stabiliteit van de systematiek neemt toe door de gehanteerde uitgangspunten en het gebruik van ICD10 draagt bij aan de hanteerbaarheid en medische herkenbaarheid. Dit neemt niet weg dat er een aantal aandachtspunten en/of risico's zijn, die een plaats moeten krijgen op de doorontwikkelagenda.

5. Beoordeling categorale sectoren in DOT

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 is een beoordeling gegeven van de productstructuur in zijn algemeenheid. Binnen DOT hebben ook de categorale sectoren een plek gekregen in de productstructuur. De NZa onderscheidt zes sectoren:

- revalidatie instellingen;
- long/astma instellingen;
- epilepsie instellingen;
- dialyse instellingen;
- radiotherapeutische instellingen;
- audiologie instellingen.

De beoordeling van DOT in hoofdstuk 4 is ook van toepassing op deze sectoren omdat ze onderdeel uit maken van dezelfde productstructuur. De beoordelingscriteria uit hoofdstuk 3 worden dan ook niet apart doorlopen voor de categorale sectoren. Voor de verschillende sectoren gelden echter ook nog een aantal aparte aandachtspunten. Die worden in dit hoofdstuk behandeld.

In dit hoofdstuk wordt extra aandacht besteed aan de long/astma zorgproducten, omdat deze de afgelopen jaren een separaat ontwikkeltraject hebben doorlopen en formeel niet onder de verantwoording van DBC-Onderhoud zijn ontwikkeld. De verantwoordingsinformatie komt van de sector zelf.

5.2 Revalidatie

In 2009 is voor de revalidatiegeneeskunde de DBC-systematiek ingevoerd. In zijn algemeenheid geldt dat de huidige revalidatie-DBC's 1-op-1 overgenomen worden in een eigen (Pre-MDC) boomstructuur binnen DOT. Dit betekent dat de basiskenmerken van de huidige revalidatie-DBC's (op basis van tijdseenheden) gewoon blijven bestaan.

Na een jaar vastleggen en registeren heeft Revalidatie Nederland (RN) een aantal verbeterpunten geformuleerd die zij voorgelegd heeft aan de landelijke projectgroep voor ontwikkeling van de revalidatie DBC's (VWS, RN, NVZ, VRA¹⁹, ZN, NZa, DBC-Onderhoud). Deze projectgroep heeft een aantal van deze verbeterpunten overgenomen en de NZa heeft daaropvolgend bij haar 2^e go aan DBC-Onderhoud aangegeven akkoord te zijn met het verwerken van deze wijzigingen in de productstructuur DOT 2012 (RS08). Deze verbeterslag in de revalidatiestructuur wordt ook wel spoor 1 genoemd.

De belangrijkste wijzigingen in de productstructuur Revalidatie zijn:

- Het toevoegen van enkele zorgactiviteiten om meer inzicht te krijgen in bepaalde onderdelen van de revalidatiezorg, zoals ondersteunende activiteiten (MRI en CT) en activiteiten voor meerkosten bij bepaalde patiëntengroepen (beademing-, dwarslaesie- en brandwondenpatiënten).
- Het vereenvoudigen van de vastlegging van indirect patiëntgebonden tijdsbesteding door hier per discipline één zorgactiviteit van te maken.

¹⁹ Vereniging van Revalidatie Artsen

Voorheen werd er onderscheid gemaakt in patiëntbespreking, schriftelijke rapportage en testen, analyse en adaptatie. Dit onderscheid vervalt omdat het weinig meerwaarde had en wel zorgde voor extra administratieve lasten.

- Het toevoegen van een apart ICC (intercollegiaal consult) product binnen de revalidatie productstructuur in plaats van deze te laten vallen onder het kort poliklinisch product.
- Verduidelijking binnen de kaders van de huidige registratieregels (specialisme specifieke toelichting) om definitie- en registratieverschillen tussen instellingen zoveel mogelijk te voorkomen.

Oordeel NZa

De wijzigingen die doorgevoerd zijn voor de revalidatieproducten hebben een duidelijke verbetering teweeg gebracht. Zo verminderen definitie- en registratieverschillen tussen instellingen, door de verduidelijking van de specialisme specifieke toelichting. Ook zorgen de voorgestelde wijzigingen voor een verlichting van administratieve lasten, door de indirect patiëntengebonden tijd middels één code per discipline vast te leggen. Een goede omschrijving voor wanneer indirect patiëntengebonden tijd geregistreerd mag worden acht de NZa hierbij cruciaal, omdat deze wijziging niet mag leiden tot oprekken van de bestaande kaders.

Doorontwikkelpunten

De sector hecht veel waarde aan de fundamentele doorontwikkeling van de revalidatie DBC's naar een meer prestatiegeoriënteerde productstructuur (het zogenoemde 2^e spoor). Het 2^e spoor is nog in een opstartfase. De NZa zal dit traject nauwlettend monitoren en waar nodig randvoorwaarden formuleren.

5.3 Long/Astma

De zes categorale long/astmacentra beschikken momenteel nog niet over DBC-zorgproducten. Eerdere ontwikkeltrajecten hebben geen gewenste resultaten opgeleverd. In samenwerking met de Vereniging Astmacentra Nederland (VAN) heeft CapGemini dit ontwikkeltraject daarom ter hand genomen. Daarbij is eerst de zorg in deze centra in kaart gebracht. Vervolgens zijn samen met de sector geprotocolleerde behandelprogramma's ontwikkeld. Voor dit traject is ook een stuurgroep samengesteld waarin naast de sector ook DBC-Onderhoud, VWS en de NZa zitting hadden. Op 2 maart 2011 heeft de VAN namens de sector de opgestelde productstructuur aangeboden aan de NZa voor deze beoordeling.²⁰ Op 11 maart 2011 is ook de bijbehorende rapportage opgeleverd.²¹

Kenmerkend voor de nieuwe productstructuur is de modulaire systematiek. De modules (gebaseerd op de geprotocolleerde behandelprogramma's) zijn de eenheden (zorgactiviteiten) waarin de behandelingen worden gepland, uitgevoerd en vastgelegd. De keuzes in de behandeling worden zichtbaar in de registratie van de modules, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in basismodules (het gemeenschappelijk deel van de behandeling) en aanvullende modules (patiënt specifieke behandeling op basis van inclusiecriteria). De inzet van deze module hangt af van het gegeven of een patiënt wel of geen

²⁰ Brief VAN aan NZa, aanbieding verantwoording producten Long/Astma, 2 maart 2011, kenmerk GJ/2011/22

²¹ Document CapGemini 'DBC's complex chronisch longfalen', 11 maart 2011

aanvullende problematiek heeft en niet van een hogere tijdsinzet dan voorzien.

Op basis van registraties van de modules in de zes verschillende instellingen zijn de in een dataset aanwezige combinaties van modules onderzocht en zijn dertien zorgproducten samengesteld. Van de dertien geformuleerde zorgproducten kennen sommigen een volwassenen en een kindervariant. Daarnaast wordt een onderscheid gemaakt tussen klinische behandeling en dagbehandeling. Deze verschillende mogelijkheden leiden ertoe dat er in totaal 29 declarabele producten zijn. De voorlopige CV-waarden van deze producten liggen, op één product na, onder de 0,50. De producten worden afgeleid op basis van de aan- of afwezigheid van de behandelmodules (zorgactiviteiten).

Een behandeling kan bestaan uit de volgende onderdelen: eerste consult, een assessment en een behandeling. De behandeling wordt geopend op het moment dat voor de patiënt een eerste gerichte activiteit wordt geregistreerd. Klinische behandeltrajecten worden in principe gesloten na de laatste activiteit maar (conform de algemene afsluitregels) in ieder geval op de 42^e dag na de ontslagdatum. Voor niet-klinische behandelingen geldt hetzelfde, alleen worden deze in ieder geval op de 90^e dag na de openingsdatum gesloten. De behandeling kan worden afgesloten voordat het nazorgtraject afgerond is, want dit wordt in een apart traject geregistreerd. Bij het tussentijds afbreken van een behandeling wordt een aparte code (de 'drop out' code) geregistreerd en wordt er afgeleid naar een zorgproduct 'afgebroken traject'.

De modules worden in de ICT-systemen ingevoerd als zorgactiviteiten en ook via de grouper afgeleid. Deze zorgactiviteiten zijn niet gespecificeerd naar discipline. Producten worden bepaald aan de hand van de voorkomende modulecodes. Een aantal modules is bepalend voor extra complexiteit. Voor deze codes geldt een ondergrens in uren voordat deze mee gaan tellen bij de bepaling van het product.

Oordeel NZa

De nieuwe producten die ontwikkeld zijn voor long/astma zijn een belangrijke stap naar een medisch herkenbaar prestatiesysteem. In lijn met de introductie van DBC's bij andere (categorale) sectoren zal de systematiek echter tijd nodig hebben om zich te bewijzen en door te ontwikkelen. Daarnaast zal de beoordeling van de tarieven in mei en juni erg bepalend zijn voor het wel of niet goedkeuren van deze producten.

Doorontwikkelpunten

Het is van belang dat er een gerichte doorontwikkelagenda voor Long-Astma wordt opgesteld. Een belangrijk element daarbij is de controleerbaarheid van de declaraties door de zorgverzekeraars en de mogelijkheid voor andere instellingen om deze producten te gebruiken, zodat deze niet alleen toegankelijk zijn voor gespecialiseerde long/astmacentra. Aangezien de modules niet activiteit gedreven zijn, moet binnen het systeem beter gewaarborgd worden dat de modules ook echt uitgevoerd zijn. Een ander belangrijk punt is de integratie van de producten met de reguliere productstructuur, zodat deze producten op termijn ook beschikbaar zijn voor andere instellingen voor medisch specialistische zorg.

5.4 Epilepsie

De afgelopen tijd is er door de bij epilepsiezorg betrokken partijen gewerkt aan de doorontwikkeling van de productstructuur. Dit had als doel te komen tot een geaccepteerde set van zorgproducten op basis

waarvan per 2012 de derdelijn epilepsiezorg adequaat bekostigd kan worden. Derdelijn epilepsiezorg betreft chronische zorg waarbij kosten minder zijn gerelateerd aan de diagnose maar (mede) bepaald worden door de zwaarte (intensiteit) van de behandeling. Voor dit traject is een stuurgroep samengesteld met betrokken partijen en onder regie van VWS. De aanleiding voor dit doorontwikkeltraject was onder andere de onvoldoende medische herkenbaarheid voor de derdelijn epilepsiezorg en de beperkte kostendekkendheid van de tarieven.

Op dit moment hebben twee gespecialiseerde epilepsiecentra (Sein en Kempenhaeghe) voor de derdelijn epilepsiezorg een experimentstatus. Deze status is in december 2010 verlengd tot en met 2011 en de mogelijkheid bestaat om deze nog één keer te verlengen na 2011.²² Onderdeel van de experimentstatus is dat de categorale epilepsiezorg (dus alleen bij Sein en Kempenhaeghe) op dit moment met een aparte tak met eigen producten binnen de zorgproductgroep 69899 'Epilepsie, status epilepticus en convulsies' is opgenomen. Echter, een van de uitgangspunten van de DBC-systematiek is dat het soort zorg bepalend is voor het zorgproduct en niet de zorgaanbieder. Dit betekent dat vergelijkbare zorg ondergebracht moet worden in hetzelfde zorgproduct ongeacht de instelling/zorgaanbieder die de zorg levert. Hiervan uitgaande is het de bedoeling de categorale epilepsiezorg volledig te integreren in de bestaande zorgproductgroep 'Epilepsie, status epilepticus en convulsies', waarbij de epilepsieproducten in principe voor zowel de gespecialiseerde epilepsiecentra (derdelijn) als de algemene en academische ziekenhuizen en UMC's toegankelijk zijn.

Met de data van de derdelijns zorgproducten van de beide epilepsiecentra kan een vergelijking worden gemaakt met de profielen en kosten van de tweedelijns epilepsieproducten. Hierdoor wordt duidelijk welke zorg vergelijkbaar is en ook voor welke derdelijnszorg verdere differentiatie van de bestaande zorgproducten gerechtvaardigd is. DBC-Onderhoud heeft dit verder uitgewerkt en is met een voorstel gekomen voor deze integratie (de zogenaamde ééntakboom). DBC-Onderhoud heeft echter ook het alternatief uitgewerkt, namelijk de zogenaamde viertaksboom, waarin onderscheid gemaakt wordt tussen tweede en derde lijn en tussen volwassenen en kinderen.

Ondanks de doelstelling van het integreren van de zorg in een voor alle instellingen toepasbare productgroep (ééntakboom) heeft de sector via brieven aangegeven dat er zowel zorginhoudelijk als financieel geen sprake is van homogene patiëntgroepen en dat de zorgproducten tussen epilepsiecentra en overige ziekenhuizen niet vergelijkbaar zijn. Daarom heeft de sector aangegeven dat alleen de 'viertaksboom' recht doet aan de zorg zoals die binnen de epilepsiecentra geleverd wordt en dat een ééntakboom op de voorgestelde manier onacceptabel is.

In een bijeenkomst met alle betrokken partijen van 9 december 2010 is ervoor gekozen om alleen voor 2012 de viertaksboom te hanteren maar voor 2013 over te gaan op een ééntakboom. Gevolg is dat DBC-Onderhoud in het DOT-pakket 2012 de viertaksboom epilepsiezorg door DBC-Onderhoud technisch heeft uitgewerkt met zorgtrajecten voor:

- epilepsiecentra kinderen;
- epilepsiecentra volwassenen;
- algemene ziekenhuizen en UMC's kinderen;
- algemene ziekenhuizen en UMC's volwassenen.

²² BR/CU-2007 Verlenging experiment epilepsie 2011

Er is in deze structuur wel een aantal grote wijzigingen doorgevoerd voor zowel de klinische producten als de poliklinische en dagopnamen producten.

Er zijn voor 2012 per te onderscheiden tak 37 verschillende zorgproducten. Het totaal aantal zorgproducten binnen de zorgproductgroep bedraagt hierdoor 148 (4 maal 37).

Oordeel NZa

Vanuit het oogpunt van systeemconsistentie is de NZa voorstander van de ééntakboom. Uit het oogpunt van voorkomen van opeenvolgende wijzigingslasten voor instellingen had zij invoering daarvan per 2012 wenselijk gevonden. Aangezien de sector dit nadrukkelijk tegengehouden heeft zal er alleen in 2012 gewerkt worden met de viertaksboom. Benadrukt wordt dat de viertaksboom een tijdelijke structuur betreft en in 2013 overgegaan moet worden op de ééntakboom.

Doorontwikkelpunten

Er moet zo spoedig mogelijk (in 2013) worden overgegaan op de ééntakboom, zodat deze producten ook voor ziekenhuizen toegankelijk zijn. Het is belangrijk om de doorontwikkelagenda en bijbehorende activiteiten van instellingen en DBC-Onderhoud hierop in te richten.

5.5 Radiotherapie

Radiotherapie valt vooralsnog onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Er zijn zes zelfstandige categorale radiotherapie instellingen die per 1 januari 2007 DBC's zijn gaan registreren en declareren volgens de structuur die ook in ziekenhuizen gehanteerd wordt. In 2009 is een vernieuwde structuur ingevoerd die in 2012, vrijwel zonder aanpassingen, wordt overgenomen in het DOT-pakket. Radiotherapie is één van de categorieën die niet gekoppeld zijn aan de ICD10 hoofdstukken, de zogenaamde Pre-MDC's. Wat structuur betreft is er alleen een zorgactiviteit aan een knooppunt toegevoegd, verder zijn er geen noemenswaardige wijzigingen in de boom van radiotherapie. Rondom de tarieven is er wel een aantal vraagstukken, die in het beoordelingstraject van mei en juni behandeld wordt.

Oordeel NZa

De structuur van radiotherapie is relatief uitontwikkeld, waardoor er geen grote doorontwikkelpunten zijn. In de beoordeling van mei/juni zal specifieke aandacht zijn voor de kapitaallastencomponent voor radiotherapie. Het ligt in de rede om de huidige hogere opslag te handhaven totdat er een gedifferentieerde kapitaallastenvergoeding beschikbaar is.

5.6 Audiologie

Vanaf 1 januari 2007 zijn de audiologische centra overgegaan op tarieven op basis van zogenaamde Audiologische Producten. Dit geldt voor alle 21 centra, dus ook de acht centra in de UMC's. De audiologische producten zijn 1-op-1 overgenomen in DOT. In de structuur zijn verder geen aanpassingen doorgevoerd.

DBC-Onderhoud en de Fenac hebben aangegeven dat afleiding middels de centrale grouper tot andere uitkomsten leidt dan afleiding middels de lokale grouper ('OpenAC'). Door de audiologische producten uit DIS door zowel de landelijke grouper van DBC-Onderhoud als door het OpenAC te halen, is duidelijk geworden dat de uitkomsten niet gelijk zijn. Het blijkt

dat ongeveer een derde van alle trajecten tot een ander DBC-zorgproduct leidt. De oorzaak kan liggen in een fout in de afleiding van audiologische producten binnen DOT of in de specificaties van het OpenAC. Momenteel wordt nog uitgezocht waar de oorzaak daadwerkelijk ligt. Als de oorzaak in de afleiding van audiologische producten ligt, dan zal dit binnen DOT voor 2012 aangepast moeten worden. Als de oorzaak ligt in de specificaties van het open AC, voldoet deze lokale grouper niet aan de gestelde eisen (zie hoofdstuk 6) en zal aanpassing nodig zijn.

Beoordeling

Binnen audiologie zijn zoals verwacht, betrekkelijk weinig wijzigingen geweest. De structuur is relatief uitontwikkeld, waardoor er geen grote doorontwikkelpunten zijn.

Doorontwikkeling

De oorzaak van de afwijkende afleiding dient op korte termijn duidelijk te worden, zodat passende maatregelen genomen kunnen worden voor 2012.

5.7 Dialyse

Dialyse is ondergebracht in de boom nierinsufficiëntie (140301). Binnen deze boom is onderscheid gemaakt tussen behandelingen met en zonder dialyse. Alle behandelingen mét dialyse komen in een apart product. In de ontwikkeldataset zaten ongeveer 425.000 trajecten. De groep mét dialyse bestaat uit ruim 300.000 trajecten. Binnen de dialyses wordt onderscheid gemaakt tussen centrumdialyse en bijzondere dialyse. Centrumdialyse (78% van de dialyses) betreft de groep patiënten die naar een ziekenhuis, ZBC of dialyseziekenhuis gaat en daar een dialyse ondergaat. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen acute en niet acute dialyses en tussen ambulante en klinische patiënten. De groep 'bijzondere' dialyse bestaat uit thuisdialyse en peritoneale dialyse.

Binnen DOT is het dialyseproduct net als binnen de huidige systematiek een traject met een standaard doorlooptijd van een week. Verder wordt onderscheid gemaakt in zwaarte van de behandeling:

- 1-3 dialyses per week
- 4-5 dialyses per week
- >5 dialyses per week

Beoordeling

De structuur van dialyse is relatief uitontwikkeld, waardoor er geen grote doorontwikkelpunten zijn.

6. Regelgeving en specifieke aspecten

In dit hoofdstuk wordt gestart met een algemene beschouwing over de wijze waarop de NZa bij de definitieve besluitvorming over DOT in juni voornemens is om met de onderliggende regelgeving om te gaan. Vervolgens wordt ingegaan op een aantal specifieke aspecten van (de regelgeving van) DOT.

6.1 Regelgeving NZa

De invoering van DOT zal gepaard gaan met wijzigingen in de beleidsregels en de overige regelingen van de NZa. De NZa gebruikt dit moment om de verbeteringsslag in haar regelgeving, die voor andere sectoren van de zorg al is ingezet, ook voor de medisch specialistische zorg door te voeren. Beleidsregels en regelingen zullen daardoor in aantal afnemen en in helderheid toenemen.

Van elk aspect van de invoering en de werking van DOT moet worden bezien waar en door wie dit moet worden geregeld. Hoewel voor dit jaar nog een wijziging van de Wmg is voorzien zal het kader voor de beantwoording van die vraag niet veranderen. Buiten dat kader kan de NZa zich niet bewegen; bepaalde zaken (zoals de hierna nog te bespreken verjaringstermijn) kunnen dus niet door de NZa worden geregeld. Voordat inhoudelijk kan worden ingegaan op de relatie tussen de invoering van DOT en de regelgeving die daarmee gemoeid is, staan wij daarom eerst kort stil bij dat kader.

In de Wmg kunnen globaal drie juridische instrumenten worden onderscheiden waarmee de marktordening in de gezondheidszorg wordt vormgegeven: beleidsregels, nadere regels en tariefbeschikkingen. In de beleidsregels geeft de NZa aan op welke wijze zij haar wettelijke taken invult. Met (op grond van die beleidsregels af te geven) tariefbeschikkingen stelt de NZa vast door wie tarieven voor zorgverlening in rekening mogen worden gebracht, en welke voorwaarden en beperkingen daar eventueel bij gelden. In regelingen (zoals 'nadere regels' en declaratiebepalingen) geeft de NZa aan waar zorgaanbieders, zorgverzekeraars en soms ook derden zich ten opzichte van patiënten, elkaar en de NZa aan moeten houden. Uit dit onderscheid volgt dat voor een handhaafbare regulering met name de nadere regels van belang zijn. Deze regelingen kunnen alleen in de wet opgesomde onderwerpen betreffen. De belangrijkste voorbeelden van dergelijke onderwerpen zijn:

- Procedures die door zorgaanbieders of zorgverzekeraars als voorwaarden voor het verlenen van diensten of zorg worden gesteld.
- De inrichting van de administratie van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, voor zover daarmee doelen als vergelijkbaarheid van gegevens, uniforme principes van toerekening van kosten en opbrengsten en registratie van gegevens over kwaliteit en opbrengsten worden gediend.
- Voorschriften die gelden als een tarief in rekening wordt gebracht en die bepalen aan wie, door wie of op welke wijze dat gebeurt.
- Het door zorgaanbieders bekend maken van tarieven of van eigenschappen van hun producten en diensten, de wijze waarop rekeningen moeten worden gespecificeerd.
- Welke gegevens en inlichtingen regelmatig moeten worden verstrekt door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, aan wie en op welke wijze deze gegevens moeten worden verstrekt.

Er is niets op tegen om meerdere van deze onderwerpen in één regel te verwerken. Integendeel, gezien de hiervoor genoemde verbeterlag streeft de NZa er naar om het aantal beleids- en andere regels terug te dringen. Zij streeft er daarom naar om voor DOT één beleidsregel ('tarieven en prestaties voor medisch specialistische zorg') en één nadere regel ('regelingen medisch specialistische zorg') op te stellen, die eventueel in één document (vergelijkbaar met een DBC-pakket) kunnen worden uitgegeven.

Gezien de hiervoor beschreven beperkingen ten aanzien van wat op grond van de Wmg kan worden geregeld zal, zoals reeds eerder in adviescommissies aangekondigd, het nu nog geldende beleid voor heffingsrente (beleidsregel Heffingsrente, CI-1096) geen onderdeel meer kunnen uitmaken van de regelgeving.²³ Alternatieven voor de bevoorschotting komen later nog aan de orde.

De vaststelling van dit nieuwe 'regelpakket' is gepland voor uiterlijk 1 juli 2011 en zal worden voorafgegaan door de gebruikelijke consultatie.

6.2 Registratieregels en declaratiebepalingen

Declaratiebepalingen regelen (uitsluitend) aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden en met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Registratieregels beschrijven de voorwaarden waaraan de registratie van geleverde zorg moet voldoen om tot een correcte typering daarvan te komen en zo de declarabele prestatie te kunnen bepalen. De huidige declaratiebepalingen ('Declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling') laten nog een mengvorm van registratieregels en declaratiebepalingen zien. Sommige definities erin (zoals die van klinische eendaagse DBC's) zijn onderwerp van discussie of hebben interpretatieproblemen opgeleverd. De invoering van DOT is aanleiding om ze volledig te herzien. Hierbij kan, zoals veldpartijen ook al hebben aangegeven, op het punt van onderlinge samenhang en rangorde tussen de verschillende soorten regels winst worden behaald.

In dat verband is tussen de NZa en veldpartijen de procedureafspraken gemaakt dat veldpartijen zich in een werkgroep buigen over de registratieregels, als input voor enerzijds de productstructuur en anderzijds de nieuwe declaratiebepalingen van de NZa. In de uitwerking door veldpartijen is vastgesteld dat onder de term 'registratieregels' moet worden verstaan: het drieluik van registratieregels (inclusief ict-addendum), de algemene toelichting en de specialismespecifieke toelichting (uitzonderingen). Op het ICT-addendum / registratie-addendum zal een externe audit worden toegepast.

De NZa heeft tijdens de uitwerking door veldpartijen geconstateerd dat de registratieregels – nu zij onder meer bepalen wanneer zorgtrajecten en subtrajecten worden geopend en gesloten – in feite de grenzen van de prestatie bepalen. Hiervoor is al aangegeven dat het vaststellen van prestaties tot de wettelijke taken van de NZa hoort. Dat betekent dat (onder meer) dat aspect van de registratieregels onderdeel moet zijn van het door de NZa gevoerde beleid en van (prestatiebeschrijvings- en tarief)beschikkingen.

²³ Onder andere in adviescommissie Cure instellingen, 9 juni 2010

In het technisch overleg van de NZa van 9 februari 2011 is besproken dat de declaratiebepalingen een hogere rangorde hebben dan de registratieregels. Doel daarvan was te voorkomen dat uit een 'extern' stuk (de registratieregels) regels zouden voortvloeien die met de door de NZa vast te stellen declaratiebepalingen zouden strijden. Uit het voorgaande blijkt dat er een andere situatie zal ontstaan: de registratieregels worden onderdeel van het NZa-*beleid* en van een andere orde dan de declaratiebepalingen; die vormen een *regeling*. Of er sprake is van interne tegenstrijdigheid moet na het opstellen van de declaratiebepalingen moeten worden beoordeeld.

De registratie- en declaratieregels zullen uiterlijk 1 juli door de NZa worden vastgesteld en voorafgaand in technisch overleg met veldpartijen worden besproken.

6.3 DBC-Grouper en Groupereisen

Binnen DOT is een belangrijke rol weggelegd voor de grouper. In het huidige DBC-systeem heeft elke instelling een validatiemodule. Binnen DOT is er sprake van automatische afleiding. Deze afleiding gaat via een grouper. Zorgaanbieders leveren gegevens over geleverde zorg (zoals diagnose, zorgactiviteiten, dure geneesmiddelen) in de vorm van declaratiedatasets aan de grouper. De grouper leidt hieruit zorgproducten en/of add-ons af. Deze worden direct voorzien van een verzegeling en naar de zorginstelling teruggestuurd. De zorgaanbieder kan deze vervolgens declareren. Na verwerking blijft géén inhoudelijke informatie in de grouper achter.

Gezien de bepalende rol die de grouper vervult bij het vaststellen welke prestatie (en daarmee welk tarief) voor samenhangende zorgactiviteiten in rekening zal worden gebracht, acht de NZa het van groot belang om zeker te stellen dat een declaratie afkomstig is van een juist afleidende grouper en dat zorgaanbieders alleen declaraties, waarvan het zeker is dat ze 'door een grouper zijn geweest' aan de (patiënt of diens) zorgverzekeraar sturen.

De NZa zal geen centrale grouper voorschrijven, aangezien dit feitelijk leidt tot een ongewenste monopolisatie van het declaratieverkeer. Het gebruik van eigen (lokale) groupers is daarmee mogelijk, mits deze groupers voldoen aan de juiste specificaties. De NZa ziet het als nadrukkelijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar om een grouper te hanteren die aan de specificaties voldoet. Overigens verwacht de NZa dat op korte termijn slechts zeer beperkt gebruik zal worden gemaakt van de mogelijkheid om met lokale groupers te werken.

De NZa wil zoals gesteld wel garanties dat alleen die groupers gehanteerd worden die juist afleiden volgens de geldende boomstructuur. De NZa zal daarom in een declaratiebepaling op grond van artikel 37 Wmg vastleggen dat een declaratie altijd een unieke identificatie van de afleiding moet bevatten. In de tariefbeschikking zal worden opgenomen dat de zorgaanbieder alleen tarieven van DBC-zorgproducten in rekening mag brengen die door de grouper op een geldige manier zijn afgeleid. De NZa heeft steeds de volgende passage als indicatief gesteld voor het voldoen aan bovengenoemde voorwaarden: 'Declaraties moeten een waarborg bevatten dat afleiding en daarop volgende declaratie van zorgproducten conform beslisregels productstructuur ingangsdatum xx-xx-xx is. Dat kan via de centrale grouper maar ook via een gecertificeerde decentrale grouper dan wel een hiermee tenminste gelijk te stellen waarborg voor correcte afleiding.

Gedeclareerde DBC-zorgproducten dienen tevens te worden aangeleverd aan het DIS.' Deze passage is voor de NZa nog steeds het uitgangspunt, waarbij wel aangetekend kan worden dat op een aantal punten een nadere definiëring moet worden uitgewerkt. Gelet op eerdere reacties van veldpartijen op deze passage wil de NZa nog opmerken dat deze passage in lijn is met voetnoot 4 van de huidige declaratiebepalingen. In een regeling zullen eisen worden gesteld waaraan een grouper moet voldoen. De norm daarvoor is inmiddels vertaald in een afzonderlijk toetsingskader.²⁴

Een onafhankelijke accountantsorganisatie voert een IT-audit uit op de landelijke grouper en toetst deze aan het toetsingskader. Naar verwachting zal deze audit in april 2011 zijn afgerond voor de landelijke grouper, waarna de NZa volgens planning in juni de betreffende regelgeving kan vaststellen. Deze regelgeving zal bepalen dat het genoemde toetsingskader ook zal gelden voor de lokale groupers.

6.4 Zorgactiviteiten

Bij de oplevering van het pakket RS08 aan de NZa heeft DBC-Onderhoud ook een verantwoording opgeleverd over de wijzigingen die zijn doorgevoerd in de zorgactiviteitentabel.²⁵ Zorgactiviteiten vormen het profiel van een DBC-zorgproduct, dienen als basis voor de registratie, validatie en afleiding van DBC-zorgproducten en vormen de kostdragende van de DBC-zorgproducten. De kostprijzen van zorgactiviteiten in combinatie met de gemiddelde profielen worden gebruikt bij de totstandkoming van de tarieven van DBC-zorgproducten. Daarnaast spelen zorgactiviteiten een rol bij de vastlegging van OVP's, OP's en overige trajecten en verrichtingen.

Binnen DOT spelen de zorgactiviteiten ook een rol bij de bepaling van de aanspraak op het product en of een Wbmv-vergunning vereist is om te mogen declareren. Ook zijn de zorgactiviteiten de basis voor de afleiding van een add-on.

De wijzigingen die zijn doorgevoerd ten opzicht van de huidige zorgactiviteitentabel zijn onder te verdelen in de volgende categorieën:

- Wijzigingen van omschrijvingen; dit betreft hoofdzakelijk een aantal verduidelijkingen of correcties in omschrijvingen.
- Samenvoeging en opsplitsing van bepaalde activiteiten.
- Afsluiten van bepaalde activiteiten.
- Toevoegen van nieuwe zorgactiviteiten, zoals voor logopedie, autologe kraakbeentransplantatie, barbotage schouder, lichttherapie-apparaat, continue glucosemeting, implementeren van een marker bij radiotherapie, verrichting voor consultatieve psychiatrie, optometristen, protontherapie, dure en weesgeneesmiddelen, kindergeneeskunde, anesthesie, revalidatie, orgaan- en weefseldonaties, palliatieve zorg, long/astma en oncologie.
- Doorvoeren van technische correcties, zoals nieuwe zorgprofielklassen, het wijzigen van aanspraakcodes of het toevoegen van een indicatie add-on.

De NZa ziet deze aanpassingen als logisch onderdeel van de introductie van DOT.

²⁴ d.d. 1 november 2010, zie website DBC-Onderhoud

²⁵ Document 'Toelichting op de zorgactiviteitentabel v20110301', DBC-Onderhoud

6.5 Add-ons

Add-ons zijn declarabele zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die zelfstandig naast een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd. Er is gekozen voor add-ons om vormen van zorg die niet aan specifieke diagnoses gebonden zijn, onvoorspelbaar zijn en incidenteel van aard, maar waar wel substantiële meerkosten aan verbonden zijn apart declarabel te maken, zodat deze geen verstoring effect hebben op de kostenhomogeniteit van de zorgproducten. Eerder is reeds besloten dat verblijf op de IC en dure en weesgeneesmiddelen als add-on vormgegeven worden. Hieronder wordt op beide nader ingegaan.

Dure en weesgeneesmiddelen

De uitwerking van de add-on systematiek voor dure en weesgeneesmiddelen is nog niet afgerond. De minister heeft recent aangegeven in 2012 uit te willen gaan van lijstprijzen als maximumtarieven. Vraagstukken die nog spelen hebben met name betrekking op de declaratie-eenheid, de muterende lijstprijzen en de systematiek van toevoegen van add-ons. De NZa zal hierover nog met partijen overleggen.

Het uitgangspunt van de NZa voor de invoering van add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen per 2012 is dat alle geneesmiddelen die momenteel op de bijlage bij de betreffende beleidsregels staan in eerste instantie worden opgenomen als add-on, ook als blijkt dat deze geneesmiddelen geen grote kostenheterogeniteit veroorzaken binnen een zorgproduct. De reden voor deze pragmatische aanpak is tweeledig: (1) er is onvoldoende tijd en informatie beschikbaar om de huidige dure en weesgeneesmiddelen op kostenheterogeniteit te toetsen en (2) als geneesmiddelen niet blijken te leiden tot kostenheterogeniteit moeten de kosten alsnog worden opgenomen in de DBC-zorgproducten (er moet immers een tarief zijn), maar dit is voor 2012 uitvoeringstechnisch niet meer mogelijk.

In 2013 beschikt de NZa over de eerste add-on declaraties waardoor bezien kan worden of de kosten van de geneesmiddelen meegenomen kunnen worden in het zorgproduct in plaats van in een aparte add-on. Het criterium dat hierbij leidend is, is de kostenhomogeniteit van het zorgproduct, die nog nader moet worden uitgewerkt. Het heeft uit oogpunt van prikkels de voorkeur dat geneesmiddelen in de zorgproducten worden opgenomen zolang dit niet ten koste gaat van de kostenhomogeniteit van het zorgproduct.

In de zorgactiviteitentabel RS08 zijn alle dure en weesgeneesmiddelen opgenomen die momenteel op de bijlage bij de beleidsregels BR/CU-2017 en BR/CU-2018 staan. Het betreft in totaal 36 add-ons voor dure geneesmiddelen die voldoen aan de indicaties op de beleidsregel en 36 add-ons voor indicaties niet conform de NZa-beleidsregel. Voor de weesgeneesmiddelen zijn er in totaal 20 add-ons: 10 add-ons waarvan de indicaties zijn opgenomen op de beleidsregel en 10 niet conform de beleidsregel.

Nieuwe stofnamen die later dit jaar aan de stofnamenlijst bij de bijbehorende beleidsregels worden toegevoegd, zullen worden meegenomen in de correctierelease RZ12 (voorheen RS09a) die 1 november wordt uitgeleverd. Stofnamen die na de daarvoor geldende deadlines aan de beleidsregel worden toegevoegd zullen in de eerst volgende release in 2012 worden opgenomen. Dit sluit aan bij de systematiek zoals die ook voor nieuwe DBC-zorgproducten gebruikelijk is.

Iedere add-on kent zoals gesteld een tweeledige zorgactiviteitomschrijving per geneesmiddel: wél conform en niet conform de indicaties in de beleidsregels. De NZa is momenteel nog aan het inventariseren in hoeverre de indicaties die opgenomen zijn in de beleidsregels te relateren zijn aan één of meerdere zorgproducten. Dit in verband met de controleerbaarheid van het gebruik van add-ons bij zorgproducten door de zorgverzekeraars. Voor 2013 moet worden bezien of het onderscheid tussen de zorgactiviteiten gehandhaafd blijft en hoe dit eventueel anders vormgegeven kan worden. Veldpartijen worden bij deze uitwerking betrokken.

IC-dagen en IC-toeslag

Voor de IC-dagen en -toeslagen zijn add-ons ontwikkeld. Naast het criterium van kostenheterogeniteit heeft dit als positief effect dat zorg op de IC separaat herkenbaar en, als instellingen hier behoefte aan hebben, aan de IC toerekenbaar is. Voor de IC zijn in totaal 26 add-ons ontwikkeld. Het betreft add-ons per level voor de behandeldag (als basis) met een toeslag voor opname of beademing of dialyse. Daarnaast zijn er nog add-ons voor het interklinisch transport korter en langer dan twee uur. Door voor de IC apart declarabele prestaties te ontwikkelen is de zorg op de IC voldoende herkenbaar. Dit is onder meer van belang voor de tariefberekening IC.²⁶

Add-ons algemeen

Er spelen nog enkele vraagstukken rond de (controleerbaarheid van de) declaraties van add-ons. De NZa zal erop toezien dat hier in de registratieregels passende oplossingen voor worden gevonden en zoekt hier zonodig binnen haar eigen regelgeving aangrijpingspunten voor.

6.6 Overgangssituatie

Vanaf 1 januari 2012 zullen nieuwe zorgtrajecten worden geregistreerd als DBC-zorgproduct en niet langer als DBC. Omdat de DBC's een looptijd van maximaal een jaar kunnen hebben, zal het voorkomen dat DBC's die in 2011 zijn geopend op de invoeringsdatum van DOT nog niet zijn afgesloten (en gedeclareerd). Dat roept de vraag op hoe moet worden omgegaan met het naast elkaar vóórkomen van de beide tariefsystemen.

In een technisch overleg van de NZa zijn twee opties besproken. De eerste is dat alle zorgtrajecten die als DBC zijn geopend ook na de introductie van DOT blijven doorlopen als DBC en dat zorgtrajecten die in 2012 starten onder DOT worden geopend (als DBC-zorgproduct). Er zouden in dat geval gedurende enige tijd twee systemen naast elkaar lopen; DBC's worden langzaam uitgefaseerd. Dit heeft technische gevolgen (systemen en procedures kunnen niet al per 1 januari 2012 volledig worden overgezet) en brengt mee dat de regelgeving voor de DBC's in stand moet blijven zolang er nog DBC's voorkomen. Hierbij is mede de verjaringstermijn van vijf jaar voor civiele vorderingen van belang: in theorie kan het voorkomen dat een vordering (het in rekening brengen van een tarief voor zorgverlening) nog vijf jaar na het ontstaan ervan wordt ingediend bij een zorgverzekeraar of een patiënt. Het recht om dat te doen kan niet door regelgeving van de NZa worden ingeperkt (maar wel in een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder).

²⁶ Momenteel voert DBC-Onderhoud op verzoek van de NZa een nieuw kostprijsonderzoek uit naar de IC-prestaties.

In de tweede optie worden alle lopende DBC's per 31 december 2011 afgesloten en zonodig per 1 januari 2012 weer als DBC-zorgproduct geopend. Dat zou naast een grote administratieve last (in een periode waarin de overstap naar DOT op zich al de nodige aandacht zal vragen) als probleem meebrengen dat veel 'incomplete' producten moeten worden gewaardeerd. De zorg die hoort bij de DBC die voortijdig wordt afgesloten zal in veel gevallen nog niet zijn geleverd, zodat het reguliere DBC-tarief te hoog is. Daarnaast zou de nog te leveren zorg die in 2012 in rekening wordt gebracht onder DOT tot een verkeerde afleiding kunnen leiden.

Aan de te kiezen oplossing stelt de NZa als randvoorwaarde dat het in rekening te brengen tarief één op één correleert met de te leveren zorgprestatie en dat onrechtmatig declareren wordt voorkomen. De eerste optie heeft om die reden de voorkeur en de NZa is voornemens deze optie in haar regelgeving op te nemen. In het technisch overleg van 9 februari is gebleken dat deze optie ook bij de veldpartijen op steun kan rekenen. Partijen hebben wel aangegeven behoefte te hebben aan duidelijke spelregels over verjaringstermijnen en waardering van onderhandenwerk. Wat betreft het eerste punt heeft de NZa al aangegeven hier binnen de Wmg geen ruimte voor te zien. Partijen kunnen hierover wel zelf afspraken maken. Op grond van eerdere verkenningen is de NZa voor het tweede punt terughoudend met het opstellen van centrale regelgeving. Zij ziet hier een verantwoordelijkheid voor partijen. Dit vraagstuk zal bij de introductie van prestatiebekostiging nog aandacht krijgen.

6.7 Liquiditeit en terugvaloptie

Binnen de nieuwe DBC-productstructuur zijn er op grond van de registratieregels vaste afsluitmomenten na 42 of 90 dagen. De gewenste uniformiteit in de prestatieomschrijvingen die hierdoor ontstaat heeft als keerzijde dat voor bepaalde zorgproducten het declaratiemoment naar achteren schuift (voor andere groepen schuift dit juist naar voren). Afgaande op de resultaten van de simulatie zullen de grootste verschillen ten opzichte van de huidige situatie te zien zijn bij UMC's en bij ZBC's. Dit kan tot gevolg hebben dat met name bij de zelfstandige behandelcentra een liquiditeitskrapte optreedt.

De NZa kan voor dit mogelijke liquiditeitsknelpunt geen directe oplossing bieden, omdat de reguleringsbevoegdheid van de NZa op wettelijke gronden beperkt is tot zorg. De 'wachtijd' tussen het moment waarop de zorg wordt geleverd en waarop wordt gedeclareerd is geen onderdeel van de zorgprestatie. Dit neemt niet weg dat er door de gehanteerde prestatieomschrijving een knelpunt kan ontstaan.

In eerste aanleg is het aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om lokaal een oplossing voor dit probleem te treffen. Als oplossingsrichting wordt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars momenteel gesproken over financiering van het onderhanden werk door zorgverzekeraars, nadat dat is gewaardeerd door een grouper. Bijkomend voordeel hiervan is dat de zorgverzekeraars tijdig inzicht krijgen in de te verwachten schadelast. Partijen verwachten hierover de volgende afspraak te gaan maken:

Ziekenhuizen bepalen periodiek met behulp van de grouper de waarde (in termen van schadelast en niet van onderhanden werk) van de nog niet gefactureerde omzet. Het betreft de al uitgevoerde - maar nog niet afgesloten - zorgtrajecten waarvoor een diagnose is vastgelegd en zorgactiviteiten zijn uitgevoerd. Via de grouper wordt de totale

schadelast van deze nog niet gefactureerde en niet afgesloten zorgtrajecten bepaald per zorgverzekeraar waarbij de informatievoorziening plaatsvindt op verzekerdenniveau. In een bevoorschottingsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis worden op basis van de grouperberekening de afspraken geformaliseerd voor bevoorschotting. Ziekenhuizen krijgen daarmee hun onderhandenwerk gefinancierd en zorgverzekeraars krijgen in een vroegtijdig stadium inzicht in de schadelast die nog uitstaat bij de ziekenhuizen op basis van de diagnose en zorgactiviteiten op dat moment.

Gelet op de verantwoordelijkheden die bij een systeem van prestatiebekostiging horen, verwacht de NZa van partijen dat zij tot een passende (lokale) oplossing komen. Mocht dat onverhoopt niet het geval zijn, dan blijft het punt staan dat er door de gehanteerde prestatieomschrijving een knelpunt kan ontstaan. Hierop is ook door ZKN gewezen. Derhalve zal de NZa voor zorgaanbieders waarvoor bevoorschotting geen of een onvoldoende oplossing is, een binnen de WMG passende terugvaloptie in de regelgeving opnemen. Deze terugvaloptie moet uitvoerbaar en controleerbaar zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars en zo min mogelijk administratieve lasten meebrengen. Bovendien moet de toepassing beperkt blijven tot die van terugvaloptie en mag de nieuwe productstructuur niet worden ondergraven.

De terugvaloptie die momenteel wordt verkend is om te bepalen dat de zorgaanbieder (al) mag declareren als de behandelend specialist aangeeft dat het feitelijke zorgtraject is geëindigd, ondanks het feit dat de termijn van 42/90 dagen nog niet is verlopen. De zorgverzekeraars (ZN) hebben laten weten dat dit kan worden gerealiseerd als bij de voortijdige declaratie de juiste informatie worden meegestuurd (de eigenlijke sluitingsdatum (datum in de toekomst), bij een klinisch product: de datum van de laatste opnamedag, bij een operatief product: de datum van de laatste verrichting). Er is bij de terugvaloptie dus geen sprake van eerder afsluiten, maar alleen van eerder declareren. Mocht na de declaratie nog tijdens de looptijd van het DBC-zorgproduct toch zorg worden geleverd die bij de initiële zorgvraag hoorde, dan kan er dus geen nieuw zorgproduct worden gedeclareerd. Indien de aanvullende zorg leidt tot een zwaarder zorgproduct dan initieel voorzien, dan zal er een creditnota gestuurd moeten worden voor het reeds eerder gedeclareerde product. Zorgproducten die bij de sluiting gebaseerd worden op uitzonderingen kunnen niet eerder gedeclareerd worden; dat is namelijk niet meer te controleren. Deze terugvaloptie wordt nog nader uitgewerkt en in regelgeving opgenomen.

7. Conclusie

Op 1 maart heeft DBC-Onderhoud de productstructuur 2012 opgeleverd (exclusief tarieven), beter bekend als DOT. De NZa heeft deze productstructuur beoordeeld. Voor de beoordeling heeft de NZa een kader opgesteld met zowel formele als inhoudelijke criteria (zie hoofdstuk 3). Op 12 april 2011 is een voorgenomen besluit genomen door de Raad van Bestuur van de NZa.

De NZa is van mening dat aan de *formele criteria* is voldaan. DOT heeft een positieve impact op de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Dit neemt niet weg dat een nieuwe systematiek tot onvoorziene effecten kan leiden. De NZa zal signalen van consumenten/patiënten over onder meer patiëntselectie en oneigenlijke rekeningen daarom nauwlettend in de gaten houden. Ook is er bij de ontwikkeling van DOT, gegeven de complexiteit en omvang, sprake geweest van een zorgvuldig proces. Daarnaast bestaat er naar de mening van de NZa voldoende draagvlak bij (veld)partijen over de inhoud van DOT. Dit is bevestigd in de adviescommissie van 30 maart 2011 waarin partijen unaniem aangaven positief te staan tegenover invoering van DOT op basis van deze nieuwe productstructuur. Tot slot nemen de administratieve lasten structureel af. Wel kan er op korte termijn sprake zijn van een incidentele stijging van de lasten.

Ook op grond van de *inhoudelijke criteria* is de NZa positief over de nieuwe productstructuur: de NZa ziet de nieuwe productstructuur als een substantiële verbetering ten opzichte van de huidige productstructuur, hoewel er ook risico's en aandachtspunten zijn te benoemen. Deze zullen later aan de orde komen bij de doorontwikkelagenda. De belangrijkste conclusies van de NZa:

- De productstructuur is gebaseerd op een geschikte dataset
- Het aantal declarabele producten neemt sterk af. Hoewel het werkelijk aantal unieke zorgproducten met circa 4400 relatief hoog is ten opzichte van het oorspronkelijke streven van 3500, liggen aan dat aantal inhoudelijk onderbouwde keuzes ten grondslag. Daarbij is het aantal producten afgezet tegen het huidige DBC-systeem enorm gereduceerd.
- De samenstelling van de producten is over het algemeen logisch en geborgd door de betrokkenheid van partijen.
- De dekking van de productstructuur is substantieel toegenomen door het gebruik van expertproducten en pre-MDC's. Gelet op de aard van DOT wordt er ook meer recht gedaan aan verschillen in zorgzwaarte.
- De stabiliteit van de systematiek neemt toe door de gehanteerde uitgangspunten.
- Het gebruik van ICD10 draagt bij aan de hanteerbaarheid en medische herkenbaarheid. Ook het gebruik van de grouper heeft een positief effect op de hanteerbaarheid.

Bij de beoordeling van de productstructuur door de NZa is ook een aantal algemene risico's en aandachtspunten aan de orde gekomen. In hoofdstuk 4 zijn deze elementen uitputtend beschreven. De NZa is van mening dat deze elementen, in aanvulling op de reeds bekende en meer detaillistische doorontwikkelpunten afkomstig uit simulatiefase, een prominente plaats moeten krijgen op de *doorontwikkelagenda* van DOT en zal deze ook schriftelijk aan DBC-Onderhoud communiceren.

De doorontwikkelpunten kunnen onderverdeeld worden in punten die nog vóór de invoering in 2012 geregeld moeten zijn en ontwikkelpunten vanaf 2012.

Overzicht

Categorie	Doorontwikkelpunt	Tijdspad
Dataset	Meer transparantie over het dataproces	Vóór 2012
Hanteerbaarheid	Afhankelijk van nadere analyses door DBC-Onderhoud en/of praktijkervaringen met DOT de clustering van producten aanpassen.	Mogelijk nog vóór 2012, anders vanaf 2012
	Sturing op aantal declarabele producten	Vanaf 2012
Samenstelling producten	Toevoegen van face to face eis aan afleiding van licht ambulante producten.	Vóór 2012
	De uitval binnen DOT moet door partijen ism DBC-Onderhoud nauwlettend gemonitord worden.	Vanaf 2012
	Uitvoeren analyses voor risico-inschatting onjuiste registratie door onbedoelde prikkels	Vanaf 2012
	Het aantal expertproducten moet substantieel verminderen.	Vanaf 2012
Medische herkenbaarheid	Waar mogelijk dienen de Pre-MDC's alsnog opgenomen te worden in de reguliere ICD-10 hoofdstukken.	Vanaf 2012
Volledigheid	Bij de doorontwikkeling van de productstructuur moet ook aandacht zijn voor producten die overbodig zijn.	Vanaf 2012
	Verdere doorontwikkeling op het gebied van zorgzwaarte en outliers	Vanaf 2012
Stabiliteit	Monitoren hoe de stabiliteit van de productstructuur in de praktijk uitpakt.	Vanaf 2012

De NZa heeft specifiek gekeken naar de productstructuur voor de categorale sectoren. Vanwege het stadium van ontwikkeling zullen deze structuren enige tijd nodig hebben om zich te bewijzen, alvorens een duidelijke koers in een eventuele doorontwikkeling gekozen kan worden. Vooruitlopend hierop zijn door de NZa toch reeds een aantal punten voor de doorontwikkelagenda benoemd.

Overzicht

Categorie	Doorontwikkelpunt	Tijdspad
Revalidatie	Verdere doorontwikkeling via spoor 2	Vanaf 2012
Long/astma	Verbeteren van de controleerbaarheid van declaraties door zorgverzekeraars en integratie van de producten met de reguliere productstructuur.	Vanaf 2012

Epilepsie	Overstap op de ééntaksboom	Vanaf 2012
Audiologie	De oorzaak van de afwijkende afleiding dient op korte termijn duidelijk te worden, zodat passende maatregelen genomen kunnen worden.	Vóór 2012

Conclusie NZa

De NZa concludeert op grond van bovenstaande beoordeling dat de productstructuur behorende bij DOT geschikt is om per 2012 in te voeren. Ten opzichte van de huidige productstructuur is er sprake van een aanzienlijke verbetering. De geconstateerde knelpunten en risico's leiden volgens de NZa niet tot significante risico's voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, consumenten en de overheid. Het blijven doorvoeren van substantiële verbeteringen in de productstructuur 'aan de tekentafel' acht de NZa niet realistisch. Mede gelet op het behouden van draagvlak van veldpartijen, is het van belang om DOT daadwerkelijk in te voeren en in de praktijk te testen. Ervaringen kunnen worden meegenomen in de doorontwikkelagenda.

8. Vervolgproces

Met het voorgenomen besluit van NZa van 12 april 2011 over de vaststelling van de productstructuur wordt een nieuwe stap gezet op weg naar de invoering van DOT per 2012. Inmiddels heeft ook minister van VWS de Kamer bericht over haar voornemen om de NZa een aanwijzing te geven om over te gaan tot het vaststellen van de noodzakelijke regelgeving en tot de voorbereiding van de daadwerkelijke invoering.

Het traject tot aan die daadwerkelijke invoering is ambitieus en vraagt van alle betrokkenen nog een aanzienlijke inspanning. Over de belangrijkste mijlpalen in het traject zijn veldpartijen geïnformeerd met een circulaire (CI/11/7c, 11-2-2011):

- Op 15 mei oplevering productstructuur inclusief kostendelen en impactanalyses door DBC-Onderhoud aan de NZa.
- Uiterlijk 1 juli besluitvorming NZa over productstructuur inclusief kostendelen.

De NZa zal partijen vanzelfsprekend voor de definitieve besluitvorming nog consulteren en is gestart met de impactanalyses DOT. In mei en juni zullen technische overleggen worden georganiseerd over de regelgeving ten aanzien van DOT.

Om deze ambitieuze planning te laten slagen is het van belang dat alle betrokken partijen elk op hun eigen verantwoordelijkheidsgebied 'vaart blijven houden' en zich in de onderlinge afstemming constructief opstellen. De NZa spreekt haar waardering uit voor de wijze waarop veldpartijen dit tot nu toe hebben gedaan.