

Beoordelingsdocument

DBC-pakket 2011

Ten behoeve van Raad van Bestuur NZa

Inhoud

| | |
|--|-----------|
| 1. Inleiding | 5 |
| 1.1 Context | 5 |
| 1.2 Zorgactiviteitentabel | 5 |
| 1.3 Planning | 5 |
| 1.4 Opbouw beoordelingsdocument | 6 |
| 2. Inhoudelijke aanpassingen | 7 |
| 2.1 Nieuwe OVP's/OP's/overige verrichtingen | 7 |
| 2.1.1 Opsplitsing OVP's prenatale screening | 7 |
| 2.1.2 OP Medisch Specialistische thuisverpleging | 7 |
| 2.1.3 Nieuwe OP's Oefentherapie | 8 |
| 2.1.4 Nieuwe overige verrichtingen mond- en kaakchirurgie | 8 |
| 2.2 Aanpassingen diagnoses | 8 |
| 2.2.1 Differentiatie en uitbreiding brandwondenzorg | 8 |
| 2.2.2 Opsplitsen diagnoses MDL weefsel- en orgaandonaties | 9 |
| 2.2.3 Nieuwe diagnoses kindergeneeskunde | 10 |
| 2.2.4 Nieuwe diagnoses oogheelkunde | 10 |
| 2.3 Fout in tarieventabel | 10 |
| 2.4 Adviescommissie | 11 |
| 3. Aanpassing honoraria medisch specialisten | 12 |
| 3.1 Indexering honorariumtarieven | 12 |
| 3.2 Korting Honorariumtarieven | 12 |
| 3.3 Adviescommissie | 12 |
| 4. Aanpassingen kostendeel tarieven | 14 |
| 4.1 Beoordelingskader NZa voor tariefsaanpassingen | 14 |
| 4.2 Beoordeling kostendeel tarieven | 14 |
| 4.2.1 Volumecorrectie | 14 |
| 4.2.2 Omvang tariefmutaties | 15 |
| 4.2.3 Kwaliteit kostendelen tarieven | 15 |
| 4.2.4 Gevolgen tariefmutaties voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars | 15 |
| 4.2.4.1 Voor patiënten | 15 |
| 4.2.4.2 Voor zorgaanbieders | 16 |
| 4.2.4.3 Voor zorgverzekeraars | 16 |
| 4.3 Indexering kostentarieven | 16 |
| 4.4 Kapitaallasten radiotherapie | 16 |
| 4.5 Aanpassing tarieven Audiologie | 17 |
| 4.6 Adviescommissie | 18 |
| 5. Aanpassingen beleidsregels | 20 |
| 5.1 Nieuwe beleidsregels | 20 |
| 5.2 Beleidsregel 'Verrichtingenlijst ten behoeve van DBC's' (CU-2020) | 20 |
| 5.3 Beleidsregel 'kostenbedragen DBC's medisch specialistische zorg A-segment' (CU-2009) | 21 |
| 5.4 Beleidsregel 'DBC-tarieven en overige tarieven medisch specialistische zorg' (CU-2012) | 21 |
| 5.5 Beleidsregel 'honorariumbedragen DBC's medisch specialistische zorg' (CU-2011) | 22 |
| 5.6 Adviescommissie | 22 |
| 6. Verschil GGZ productstructuur versus somatiek | 23 |
| 7. Samenvatting | 24 |

1. Inleiding

1.1 Context

Het niet doorgaan van DOT per 1 januari 2011 heeft uitlevering van een nieuw DBC-pakket voor 2011 noodzakelijk gemaakt. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal daarom in november 2010 een nieuw DBC-pakket vaststellen en uitleveren ten behoeve van de DBC-systematiek 2011 (RS07). Middels dit document en bijbehorende bijlagen wordt u op de hoogte gesteld van de voorgenomen wijzigingen. Dit document en de bijlagen zijn het uitgangspunt voor de besluitvorming van de Raad van Bestuur van de NZa. Het DBC-pakket 2011 kent een beperkt aantal inhoudelijke aanpassingen op DBC- en zorgactiviteitenniveau. In het voorliggende pakket en de beoordeling door de NZa ligt het accent op de aanpassingen in de tarieven. Daarnaast is in dit pakket de aanwijzing van de minister van VWS opgenomen voor het verwerken van een tariefsmaatregel als gevolg van de macro overschrijding van de honorariumomzet van de medisch specialisten. Als laatste worden ook enkele aanpassingen in beleidsregels besproken.

1.2 Zorgactiviteitentabel

De NZa heeft de zorgactiviteitentabel en de toelichting bij deze tabel eerder dan de rest van het DBC-pakket vastgesteld. De NZa heeft instellingen zo voldoende tijd willen geven om zich voor te bereiden op het nieuwe pakket en dit te verwerken in de ICT-systemen. Ook heeft de NZa willen stimuleren dat instellingen de zorgactiviteitenregistratie tijdig op orde krijgen, gelet op het belang daarvan binnen DOT. Op 30 juni 2010 heeft de NZa middels een schriftelijke ronde de zorgactiviteitentabel voorgelegd aan de adviescommissie Cure Instellingen. Na het verlopen van de reactietermijn op 9 juli, heeft de NZa op 13 juli 2010 de zorgactiviteitentabel en de bijbehorende toelichting vastgesteld en op 1 augustus 2010 uitgeleverd (met als ingangsdatum 1 januari 2011). In een aantal bijlagen worden deze wijzigingen volledigheidshalve nogmaals genoemd, echter zullen deze niet meer besproken worden tijdens deze ronde aangezien de NZa deze reeds heeft vastgesteld en u reeds heeft geadviseerd hierover.

1.3 Planning

Op 9 november 2010 heeft de NZa de verantwoordingsdocumenten en de aangepaste tarieflijsten DBC-pakket 2011 ontvangen DBC-Onderhoud (DBC-O). De verantwoording bestaat uit drie delen en bevat verschillende aspecten van het DBC-pakket 2011. Bijlage 1 betreft het gebruikersdocument en geeft op hoofdlijnen een overzicht van alle wijzigingen in het DBC-pakket 2011. Bijlage 2 geeft een verantwoording van de kosten- en honorariaberekeningen en een impactanalyse. Bijlage 3 geeft een weergave van de ICT-eisen, maar maakt geen onderdeel uit van de formele verantwoording. Op 1 oktober 2010 is dit pakket middels een schriftelijke ronde voorgelegd aan de adviescommissie Cure Instellingen. Reageren kon tot en met 11 oktober 2010. Ook is er op 5 oktober 2010 een Technisch Overleg met leden van de adviescommissie geweest waar het pakket besproken is. In bijlage 11 is een overzicht weergegeven van de opmerkingen en vragen van de adviescommissie met daarachter de antwoorden van de NZa. Ook is in bijlage 12 het verslag van het Technisch Overleg weergegeven. De uitlevering van het pakket is voorzien op 18 november 2010.

1.4 Opbouw beoordelingsdocument

In dit document zullen de volgende onderwerpen besproken worden:

- Hoofdstuk 2: Inhoudelijke aanpassingen
- Hoofdstuk 3: Aanpassing honoraria Medisch Specialisten
- Hoofdstuk 4: Aanpassing kostendeel tarieven
- Hoofdstuk 5: Aanpassing beleidsregels
- Hoofdstuk 6: Samenvatting en vragen

Bij dit document zitten de volgende bijlagen:

- Bijlage 1: Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 1: Gebruikersdocument
- Bijlage 2: Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 2: Verantwoording tariefwijzigingen
- Bijlage 3: Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 3: ICT-eisen
- Bijlage 4: Tarieven medisch specialisten 2011
- Bijlage 5a: beleidsregel CU-2020 'Verrichtingenlijst ten behoeve van DBC's'
- Bijlagen 5b: bijlage 1 bij beleidsregel CU-2020 'Verrichtingenlijst ten behoeve van DBC's' (vanaf 1 januari 2011)
- Bijlage 6: beleidsregel CU-2009 'kostenbedragen DBC's medisch specialistische zorg A-segment'
- Bijlage 7: beleidsregel CU-2012 'DBC-tarieven en overige tarieven medisch specialistische zorg'
- Bijlage 8a: beleidsregel CU-2011 'Honorariumbedragen DBC's medisch specialistische zorg'
- Bijlagen 8b t/m 8i: Bijlagen 1 t/m 6 bij beleidsregel CU-2011 'Honorariumbedragen DBC's medisch specialistische zorg'
- Bijlage 9: DBC-tarientabel 2011
- Bijlage 10: Toelichting op DBC-tarientabel 2011
- Bijlage 11: Opmerkingen/vragen en antwoorden naar aanleiding van schriftelijke consultatie adviescommissie
- Bijlage 12: Verslag Technisch Overleg 5 oktober 2010
- Bijlage 13: Aanwijzing en toelichting op aanwijzing minister van VWS
- Bijlage 14: Onderbouwing VWS van overschrijding 2009
- Bijlage 15: Validatie Cap Gemini overschrijding 2009
- Bijlage 16: Audit differentiatie honorariumkorting 2011 door Berk accountants
- Bijlage 17a: Beleidsregel CU-2010 'Verrichtingenlijst in verband met de introductie van DBC's' (1 juli 2009 t/m 31 dec 2010)
- Bijlage 17b t/m 17d: bijlagen 1 t/m 3 bij beleidsregel CU-2010 'Verrichtingenlijst in verband met de introductie van DBC's'

2. Inhoudelijke aanpassingen

2.1 Nieuwe OVP's/OP's/overige verrichtingen

In de inleiding is vermeld dat niet meer stil gestaan wordt bij wijzigingen in de zorgactiviteitentabel, aangezien deze reeds is vastgesteld door de Raad van Bestuur van de NZa. Wel wordt in dit hoofdstuk weergegeven welke van deze zorgactiviteiten een wijziging betreft in het kader van OVP's, OP's en overige verrichtingen die dus onder bepaalde voorwaarden los declarabel zijn. In [bijlage 1](#) zijn de overige wijzigingen ook weergegeven.

2.1.1 Opsplitsing OVP's prenatale screening

Een tweetal OVP's zijn opgesplitst en voorzien van nieuwe tarieven. Deze opsplitsing wordt met terugwerkende kracht vanaf 1 juli 2010 doorgevoerd.

| Spec. | OVP | Status | Omschrijving |
|-------|--------|-----------|---|
| 0307 | 037522 | beëindigd | Prenatale screening: Nuchal Translucentie (NT-) meting (nekplooiemeting). |
| 0307 | 037523 | beëindigd | Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) |
| 0307 | 037510 | nieuw | Prenatale screening: Nuchal Translucentie (NT-) meting (nekplooiemeting) bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap. |
| 0307 | 037512 | nieuw | Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap. |
| 0307 | 037514 | nieuw | Prenatale screening: Nuchal Translucentie (NT-) meting (nekplooiemeting) bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap. |
| 0307 | 037516 | nieuw | Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap. |

Bron: DBC-Onderhoud: 'Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 1 gebruikersdocument'

2.1.2 OP Medisch Specialistische thuisverpleging

In verband met het declarabel worden van medisch specialistische thuisverpleging¹ is het OP voor medisch specialistische thuisverpleging voorzien van een zorgactiviteitcode en een tarief met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2009.

| OVP | Status | Omschrijving |
|--------|--------|---|
| 190290 | nieuw | Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie. |

Bron: DBC-Onderhoud: 'Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 1 gebruikersdocument'

¹ CI-1116 Verpleging in de thuissituatie, nodig in verband met medisch specialistische zorg

2.1.3 Nieuwe OP's Oefentherapie

In verband met een wijziging in de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen voor oefentherapie' zullen vijf nieuwe OP's worden toegevoegd met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2010.

| OVP | Status | Omschrijving |
|--------|--------|--|
| 192955 | nieuw | Lange zitting (oefentherapie). |
| 192956 | nieuw | Intake en onderzoek na verwijzing (oefentherapie). |
| 192957 | nieuw | Eenvoudige, korte rapporten (oefentherapie). |
| 192958 | nieuw | Meer complexe tijdrovende rapporten (oefentherapie). |
| 192959 | nieuw | Eenmalig kinderoefentherapeutisch rapport. |

Bron: DBC-Onderhoud: 'Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 1 gebruikersdocument'

2.1.4 Nieuwe overige verrichtingen mond- en kaakchirurgie

Op de NZa tariefbeschikking 5400-1900-10-1 zijn eerder drie nieuwe overige trajecten benoemd, deze waren echter nog niet opgenomen in de DBC-tabellen. Deze worden alsnog met terugwerkende kracht opgenomen vanaf 1 januari 2010.

| OVP | Status | Omschrijving |
|--------|--------|---------------------------------------|
| 234190 | nieuw | Mandibulair Repositie Apparaat (MRA). |
| 234191 | nieuw | Controlebezoek MRA. |
| 234192 | nieuw | Reparatie MRA met afdruk. |

Bron: DBC-Onderhoud: 'Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 1 gebruikersdocument'

2.2 Aanpassingen diagnoses

2.2.1 Differentiatie en uitbreiding brandwondenzorg

De brandwondencentra hanteren voor hun registratie en declaratie producten van het specialisme heelkunde. Momenteel is er in zowel de registratie als de declaratie geen onderscheid te maken tussen de brandwondenzorg geleverd door de gespecialiseerde brandwondencentra² en de perifere brandwondenzorg. Alle brandwondenzorg wordt door de heelkunde vastgelegd met diagnosecodes 283 'brandwonden eenvoudig' of 284 'brandwonden ernstig'. De brandwondenzorg die ten behoeve van de brandwondencentra beschreven is, wordt momenteel vastgelegd onder diagnosecode 284. Echter blijken de kosten voor patiënten met brandwonden die behandeld worden in een gespecialiseerd brandwondencentra hoger te liggen dan voor patiënten die behandeld worden in een ziekenhuis. De NZa is voornemens ten behoeve van de brandwondencentra meer specifieke diagnoses vast te stellen om deze producten te kunnen onderscheiden. Deze mogen dan ook alleen door de brandwondencentra worden geregistreerd.

| Spec. | Diagn. | Status | Omschrijving | Kenm. |
|-------|--------|--------|---|-------|
| 0303 | 701 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met < 10% lichaamsoppervlak aangedaan | 284 |
| 0303 | 702 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met 10-19 % | 284 |

² Rode kruisziekenhuis, Martini ziekenhuis en Maastadziekenhuis.

| | | | lichaamsoppervlak aangedaan | |
|------|-----|-------|---|-----|
| 0303 | 703 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met 20-29 % lichaamsoppervlak aangedaan | 284 |
| 0303 | 704 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met 30-39 % lichaamsoppervlak aangedaan | 284 |
| 0303 | 705 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met 40-49 % lichaamsoppervlak aangedaan | 284 |
| 0303 | 706 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met 50-59 % lichaamsoppervlak aangedaan | 284 |
| 0303 | 707 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met 60-69 % lichaamsoppervlak aangedaan | 284 |
| 0303 | 708 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met 70-79 % lichaamsoppervlak aangedaan | 284 |
| 0303 | 709 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met 80-89 % lichaamsoppervlak aangedaan | 284 |
| 0303 | 710 | nieuw | Brandwonden in gespecialiseerd brandwondencentrum met > 90 % lichaamsoppervlak aangedaan | 284 |

Bron: DBC-Onderhoud: 'Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 1 gebruikersdocument'

De bovenstaande diagnoses zijn ontleend aan de ICD10. Hiermee is voor dit nieuw ontwikkelde deelgebied de aansluiting met de ICD10 gerealiseerd. Om geen ongewenste effecten in de bestaande afleiding en declaratie te introduceren zullen de nieuwe diagnoses voor brandwonden de afleidings- en declaratie-eigenschappen van diagnose 284 krijgen (zie kolom kenm.).

2.2.2 Opsplitsen diagnoses MDL weefsel- en orgaandonaties

Levende donoren zijn uitgesloten van het wettelijk eigen risico. Aangezien op prestatieniveau dan wel het onderscheid te maken moet zijn tussen de donoren en de ontvangers wordt voor MDL en Inwendige geneeskunde een aantal nieuwe diagnoses toegevoegd. Om geen ongewenste effecten in de bestaande afleiding en declaratie te introduceren zullen de nieuwe diagnoses de afleiding- en declaratie-eigenschappen van bestaande diagnoses krijgen (zie kolom kenm.).

| Spec. | Diagn. | Status | Omschrijving | Kenm. |
|-------|--------|-----------|---|-------|
| 0313 | 341 | beëindigd | niertransplantatie | nvt |
| 0313 | 344 | nieuw | niertransplantatie ≤ 365 dagen | 341 |
| 0313 | 345 | nieuw | nier- en pancreastransplantatie ≤ 365 dagen | 341 |
| 0313 | 346 | nieuw | niertransplantatie > 365 dagen | 341 |
| 0313 | 347 | nieuw | nier- en pancreastransplantatie > 365 dagen | 341 |
| 0318 | 719 | nieuw | voorbereiding levertransplantatie (donor) | 715 |
| 0318 | 720 | nieuw | levertransplantatie (donor) | 716 |
| 0318 | 721 | nieuw | nacontrole levertransplantatie | 717 |

Bron: DBC-Onderhoud: 'Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 1 gebruikersdocument'

2.2.3 Nieuwe diagnoses kindergeneeskunde

Om aansluiting binnen DOT mogelijk te maken (m.b.t. de zorgproducten kindergeneeskunde) wordt er vooruitlopend een aantal nieuwe diagnoses geïntroduceerd. Om geen ongewenste effecten in de bestaande afleiding en declaratie te introduceren zullen de nieuwe diagnoses de afleiding- en declaratie-eigenschappen van bestaande diagnoses krijgen (zie kolom kenm.).

| Spec. | Diagn. | Status | Omschrijving | Kenm. |
|-------|--------|--------|---|-------|
| 0316 | 6106 | nieuw | AML | 6199 |
| 0316 | 6107 | nieuw | maligne tumoren | 6199 |
| 0316 | 7113 | nieuw | diabetes mellitus met chronische pomptherapie | 7104 |
| 0316 | 7114 | nieuw | niertransplantatie > 365 dagen | 7104 |

Bron: DBC-Onderhoud: 'Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 1 gebruikersdocument'

2.2.4 Nieuwe diagnoses oogheeskunde

Binnen DOT wordt er onderscheid gemaakt tussen de zorgproducten ptosis en congenitale ptosis. Hierop vooruitlopend wordt een tweetal nieuwe diagnoses geïntroduceerd. Om geen ongewenste effecten in de bestaande afleiding en declaratie te introduceren zullen de nieuwe diagnoses de afleiding- en declaratie-eigenschappen van bestaande diagnoses krijgen (zie kolom kenm.).

| Spec. | Diagn. | Status | Omschrijving | Kenm. |
|-------|--------|-----------|--------------------|-------|
| 0301 | 254 | beëindigd | ptosis | nvt |
| 0316 | 251 | nieuw | verworven ptosis | 254 |
| 0316 | 252 | nieuw | congenitale ptosis | 254 |

Bron: DBC-Onderhoud: 'Wijzigingen DBC-pakket Januari 2011, deel 1 gebruikersdocument'

2.3 Fout in tarieventabel

Bij 23 ondersteunerhonoraria plus de bijbehorende totaalregel is een verkeerde einddatum in de tarieventabel terecht gekomen bij de uitlevering van het DBC-pakket 2010 (RS03b). De overeenkomst tussen deze regels is dat ze allemaal een naar boven afgeronde '1 cent' tarief hadden en met de korting die per 1 september 2010 is doorgevoerd door afronding op een nultarief terecht zijn gekomen. Door dit nultarief zijn deze regels komen te vervallen in de tarieventabel. Het probleem hierbij is echter dat dit niet per 1 september 2010 gebeurt, maar een maand eerder aangezien de einddatum nu op 31 juli 2010 staat.

Het vervroegen van de afsluiting met een maand heeft financieel tot gevolg dat ziekenhuizen in de maand augustus mogelijk te weinig kunnen declareren. Aan de hand van productiecijfers is door DBC-O vastgesteld dat de betrokken DBC's totaal 182.846 keer per jaar worden gedeclareerd. Per maand is dat 15.237 maal. Omdat de wijziging een afronding betreft dat eerst naar één cent naar boven was afgerond en nu naar nul cent, is het dus een gezamenlijke totale kostenpost van 152,37 euro over het hele veld.

Op nadrukkelijke verzoek van ziekenhuizen en brancheverenigingen is de NZa voornemens deze fout niet met terugwerkende kracht te corrigeren vanwege:

- de buitenproportionele administratieve lasten;
- het zeer geringe materiele effect;
- de wens van ziekenhuizen en de brancheverenigingen.

2.4 Adviescommissie

De vragen en antwoorden van de adviescommissie zijn te vinden in bijlage 11 en 12. Belangrijkste punten met betrekking tot dit hoofdstuk:

- Partijen maken bezwaar tegen de invoering van declarabele prestaties met terugwerkende kracht. Dit is echter een correctie van reeds eerder vastgesteld beleid of een toevoeging aan tabellen van reeds eerder verstuurde beschikkingen.
- Geen bezwaren met betrekking tot de wijzigingen in diagnoses.
- Er is breed draagvlak voor de keuze om de fout zoals beschreven in hoofdstuk 2.3 niet te corrigeren.

3. Aanpassing honoraria medisch specialisten

3.1 Indexering honorariumtarieven

Het onderbouwde uurtarief en het bijbehorende bandbreedtetarief worden regulier door de NZa trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor inkomen (afkomstig van het CBS) en overige kosten (afkomstig uit het CEP). Het gewogen gemiddelde is afgeleid uit de onderbouwing van het uurtarief, waarbij op de post 'inkomen' de inkomensindex wordt toegepast en op de overige posten de index overige kosten. De trendmatige aanpassing voor jaar t wordt gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de nacalculatie op de indices jaar t-1.³ Voor 2010 was op grond van de aanwijzing van de minister van VWS van 6 juli 2009, nr. CZ-FBI-2940858 het inkomensbestanddeel geïndexeerd met 0%. Voor het jaar 2011 is dit voorcalculatiepercentage 1,25%. Op grond van bovenstaande uitgangspunten is het rekenuurtarief 2011 vastgesteld op € 140 en het bandbreedtetarief is vastgesteld op € 6,50 per uur.

3.2 Korting Honorariumtarieven

Voor de onderbouwing van de honorariumtarieven 2011 wordt verwezen naar [bijlage 4](#) 'Tarieven medisch specialisten 2011'. De ingevoerde korting per 2010 heeft een structureel karakter en werkt door in de tarieven 2011. Daarnaast worden in de tarieven 2011 nog twee wijzigingen verwerkt. De eerste betreft een aanpassing van de ondersteunerscompensatie, de tweede het verwerken van de aanwijzing van de minister van VWS van 1 november 2010, nr. CZ-IPZ-3030401 ([bijlage 13](#)), om de tarieven 2011 te korten in verband met een overschrijding van het kader medisch specialisten met €606 miljoen in 2009.

In de genoemde [bijlage 4](#) behorend bij dit document, licht de NZa beide wijzigingen toe.

Het ministerie van VWS heeft een toelichting gegeven op de aanwijzing ([bijlage 13](#)) en een onderbouwing van de overschrijding ([bijlage 14](#)). Cap Gemini heeft deze onderbouwing gevalideerd ([bijlage 15](#)). De methodiek voor de differentiatie van de honorariumkorting 2011 is geauditeerd door Berk ([bijlage 16](#)).

3.3 Adviescommissie

De vragen en antwoorden van de adviescommissie zijn te vinden in [bijlage 11 en 12](#). Belangrijkste punten met betrekking tot dit hoofdstuk:

- De Orde stelt dat de huidige CvZ cijfers over 2009 van onvoldoende kwaliteit zijn om de hoogte van de extra korting van €94 miljoen op te baseren. De onderbouwing van deze extra overschrijding is gevalideerd door Cap Gemini. De NZa ziet op basis van deze validatie geen aanleiding om de hoogte van de extra overschrijding ter discussie te stellen.
- De Orde wijst de NZa erop dat deze verhoging van de ondersteunerscompensatiefactor haaks staat op een ander voorstel

³ Op basis van beleidsregel I-732/II-706/III-887

van de NZa om de ondersteunerscompensatiefactor per 2013 af te schaffen. De OCF wordt op langere termijn afgeschaft. In dit geval gaat het echter om een herziening van de OCF 2010 op grond van de beslissing op bezwaar en staat los van het voorstel om de ondersteunerscompensatiefactor af te schaffen.

- De Orde constateert dat meerdere wijzigingen in het voortraject niet zijn afgestemd met de Orde (en via de Orde met Wetenschappelijke Verenigingen). Het differentiatie­model wat ten grondslag ligt aan de honorariumtarieven 2011 is echter hetzelfde model waarop de tarieven per 1 september 2010 zijn gebaseerd. Dit differentiatie­model is in drie consultatieronden uitgebreid afgestemd met de Orde en de wetenschappelijke verenigingen

4. Aanpassingen kostendeel tarieven

4.1 Beoordelingskader NZa voor tariefsaanpassingen

De NZa hanteert een aantal vaste beoordelingscriteria voor aanpassingen in de DBC-systematiek. Dit betreft:

1. doelmatigheid en kosteneffectiviteit van de systematiek;
2. detaillering van de systematiek;
3. eenduidigheid van de systematiek;
4. beperking aantal vrijheidsgraden aan de basis van de systematiek;
5. omvang tariefmutaties;
6. kwaliteit tarieven;
7. gevolgen van de tariefmutaties voor patiënten, verzekeraars en aanbieders.

In het DBC-pakket 2011 is uitgegaan van de volgende punten:

- productstructuur is ongewijzigd ten opzichte van 2010;
- alleen een aantal inhoudelijke aanpassingen worden doorgevoerd
- B-segment is ongewijzigd ten opzichte van 2010
- voor de gemiddelde profielen is dezelfde DIS-data gebruikt als voor 2010 (ronde 16, sluitdatum 2007)
- tarieven zijn gebaseerd op zo recent mogelijke kostprijsdata (2008 i.p.v. 2007)
- voor het pakket RS07 geldt dat indien geen van de 20 instellingen uit de referentiegroep algemene ziekenhuizen een kostprijs heeft aangeleverd van een zorgactiviteit en er wel een kostprijs beschikbaar is van de academische ziekenhuizen, deze gehanteerd is.

Bovenstaande betekent dat ten aanzien van de eerste 4 criteria nauwelijks wijzigingen optreden ten opzichte van het pakket 2010. Deze criteria worden in deze beoordeling dan ook buiten beschouwing gelaten. De laatste 3 criteria zullen in de beoordeling die volgt terug komen. Voor meer informatie wordt ook verwezen naar [bijlage 2](#).

4.2 Beoordeling kostendeel tarieven

4.2.1 Volumecorrectie

Het kostendeel van de tarieven 2011 is gebaseerd op afgesloten DBC's 2007 (Ronde 16) en kostprijzen 2008. Dit betekent wel, dat er een mismatch is tussen de gegevensjaren van profielen en kostprijzen. Een gevolg hiervan kan zijn dat er te lage tarieven worden vastgesteld: als er bij de instellingen in de referentiegroep meer zorgactiviteiten zijn uitgevoerd in 2008 dan in 2007, maar de kosten op de jaarrekening zijn minder hard gestegen, wordt de gemiddelde kostprijs per zorgactiviteit lager. Bij gebruik van 2008 profielen is dit geen probleem, want dan wordt er voor het DBC-tarief met een hoger aantal zorgactiviteiten vermenigvuldigd. Doordat er 2007 profielen worden gebruikt, is dit hogere aantal zorgactiviteiten in het profiel niet terug te vinden, en resulteert een te laag DBC-tarief.

DBC-Onderhoud heeft onderzocht wat het effect is van het gebruik van verschillende gegevensjaren. Onderstaand is weergegeven wat de totale kosten in DBC's is voor de instellingen in de referentiegroep die zowel in 2007 als in 2008 hebben aangeleverd, berekend met landelijke profielen.

Totale kosten berekend met kostprijzen 2007: 1.095,6 miljoen

Totale kosten berekend met kostprijzen 2008: 1.069,0 miljoen
Verschil 2,43%

Voor de tarieven 2011 is daarom een volumefactor van 2,43% toegepast

4.2.2 Omvang tariefmutaties

Afgezet tegen de omzet is berekend dat 27% van het A-segment een prijsverandering heeft van meer dan 5% (zowel min als plus). Bij maximaal 10% prijsverandering ligt dit percentage op 12%. In vergelijking met de tariefmutaties die bij het pakket 2010 plaatsvonden is dit een beperkt percentage. Bij het pakket 2010 bleek dat ruim 50% van de DBC's kostenbedragen meer dan 10% muteerden.

Wel heeft de NZa op bepaalde individuele kostenbedragen sterke mutaties geconstateerd. De effectberekeningen hebben echter laten zien dat dit op macroniveau minimaal effect heeft.

- De totale kostenomzet inclusief volumecorrectie en inflatiecorrectie blijft nagenoeg gelijk. Zo is het berekende effect op de omzet binnen het A-segment -0,3%.
- Op specialismenniveau is er wel een aantal verschuivingen te zien. Deze zijn beschreven in [bijlage 2](#).

4.2.3 Kwaliteit kostendelen tarieven

De kostprijzen 2008 zijn afkomstig van een referentiegroep van 20 algemene ziekenhuizen. Daarnaast zijn er kostprijzen beschikbaar van 4 academische centra welke echter alleen zijn gebruikt als geen van de 20 instellingen een kostprijs had aangeleverd van een bepaalde zorgactiviteit. Deze aanvulling vanuit de 4 academische centra heeft voor een verbetering van de kostprijstabel gezorgd en zal in de toekomst het gebruik van expertprijzen verder minimaliseren.

Ten opzichte van de tariefberekening 2010 is de referentiegroep ziekenhuizen groter geworden, namelijk 20 in plaats van 17 instellingen. Dit heeft mede gezorgd voor een hogere nauwkeurigheid. De nauwkeurigheid wordt uitgedrukt in een percentage bij een betrouwbaarheid van 95%. Hoe lager het nauwkeurigheidspercentage, hoe hoger de nauwkeurigheid. Voor deze tarieven is een nauwkeurigheidspercentage berekend van 16,1%. Alhoewel dit nog niet aan de richtlijn van de NZa voldoet (max. 10%) is het wel een verbetering ten opzichte van vorig jaar. De nauwkeurigheid was toen 18,3%.

De NZa is van mening dat de kwaliteit van de kostendelen van de tarieven is verbeterd ten opzichte van vorig jaar door gebruik van recentere kostprijzdata, aangevuld met data van de academische centra, het gebruik van een grotere referentiegroep en het hogere nauwkeurigheidspercentage.

4.2.4 Gevolgen tariefmutaties voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars

4.2.4.1 Voor patiënten

Voor de patiënt kunnen de nieuwe tarieven betekenen dat zij te maken krijgen met prijsmutaties zowel positief als negatief. Aangezien de nieuwe tarieven gebaseerd zijn op recentere kostprijzdata en de nauwkeurigheid van deze data ook beter is, zijn deze tarieven wel een betere weergave van de (gemiddelde) gemaakte kosten. Betere tarieven zijn ook in het belang van de patiënt omdat het bijvoorbeeld patiëntselectie kan voorkomen.

4.2.4.2 Voor zorgaanbieders

De omzetontwikkeling per categorie instellingen toont aan dat ook voor de verschillende categorieën het mutatie-effect beperkt is. Zo is te zien in de effectberekeningen dat academische ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen er in het A-segment iets op achteruit gaan, terwijl in het B-segment de omzet iets toeneemt. Bij algemene instellingen is ook in het A-segment een lichte stijging zichtbaar echter is dit minimaal.

Wanneer zowel A- als B-segment meegenomen wordt is te zien dat de omzetmutatie de volgende afgeronde percentages geeft:

Algemeen ziekenhuis: 0%

Topklinisch ziekenhuis: 0%

Academisch ziekenhuis: -1%

Zelfstandige klinieken: -3%

Aangezien voor academische ziekenhuizen deze daling voornamelijk in het A-segment plaatsvindt ter dekking van het budget, beschouwt de NZa dit als een aanvaardbare daling.

Voor de zelfstandige klinieken geldt doorgaans dat zij onder de maximumtarieven contracteren. De zelfstandige klinieken hebben daardoor normaal gesproken zonnig de ruimte om deze daling zelf op te vangen. De daling is daarom voor de NZa aanvaardbaar.

Verder is de omzetontwikkeling van de individuele gebudgetteerde zorgaanbieder mede afhankelijk van de mate waarin specialisten in loondienst werken, aangezien deze zorgaanbieders de honorariumtarieven ter dekking van het budget brengen.

4.2.4.3 Voor zorgverzekeraars

Ook in 2011 zal de FB-systematiek nog steeds van kracht zijn en is het B-segment onveranderd. De risico's van dit nieuwe pakket voor de schadelast van verzekeraars zijn daarom beperkt. Hier komt bij dat de mutaties van tarieven op de omzet (per categorie) beperkt is.

4.3 Indexering kostentarieven

De kostenbedragen van de DBC's in het A-segment worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. Dit percentage geldt voor zowel DBC's, O(V)P's als overige verrichtingen en trajecten. De trendmatige aanpassing voor jaar t wordt gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de nacalculatie op de indices jaar t-1. De index wordt berekend als het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices uit de beleidsregel 'calculatieschema' waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten. Op grond van bovenstaande methodiek resulteert voor het jaar 2010 een voorcalculatorische index voor de kostentarieven van 1,40%.

4.4 Kapitaallasten radiotherapie

Per 2009 zijn de DBC-tarieven voor radiotherapeutische verrichtingen aangepast. Ten opzichte van de tarieven voor radiotherapeutische verrichtingen die met ingang van 2006 waren vastgesteld zijn deze tarieven fors gedaald. Dit herstel van eerder te hoog vastgestelde tarieven heeft een substantiële onderfinanciering van de zelfstandige centra doen ontstaan. De oorzaak blijkt voornamelijk te liggen in de te lage kapitaallastenpercentages welke gehanteerd worden bij de tariefberekeningen.

De zelfstandige radiotherapeutisch centra hebben dit, ondersteund met een onderzoeksrapport van KPMG naar de onderdekking 2009, bij de NZa aangegeven en gevraagd hier een oplossing voor te zoeken. Eigen onderzoek van de NZa wijst uit dat het gebruik van het huidige gemiddelde cijfer voor kapitaallasten een concreet aanwijsbare en kwantificeerbare onderdekking geeft als het gaat om radiotherapeutische verrichtingen. Deze is weliswaar door nacalculatie achteraf te corrigeren maar veroorzaakt een jarenlange financieringsachterstand voor radiotherapeutische centra. Bovendien blijkt een te lage tariefstelling een probleem te vormen voor het verkrijgen van leningen voor vervanging of uitbreiding van lineaire versnellers, een proces dat voor bijna alle instellingen nog gaande is.

Daarom is voor de NZa voornemens een afwijkend percentage kapitaallasten op de kosten tarieven voor alle Radiotherapie productgroepen / declaratiecodes te hanteren, namelijk 20%. Dit is een tijdelijke maatregel voor 2011 en er zal jaarlijks door de NZa geëvalueerd en eventueel aangepast worden.

In zijn algemeenheid geldt dat de differentiatie van de kapitaallasten-component een onderdeel vormt van de doorontwikkelagenda van DBC-tarieven.

4.5 Aanpassing tarieven Audiologie

Op verzoek van de NZa zijn de DBC kostentarieven van de 10 productgroepen audiologie herijkt. Voor deze herijking is in afwijking van de overige DBC-tarieven profielen van DBC's gebruikt die geopend zijn in 2008. Voor de overige DBC zijn de profielen gebruikt van DBC's geopend in 2007 (ronde 16). De kostprijzen zijn verzameld door de branchepartij (FENAC) en doorgeleverd aan DBC-O. DBC-O heeft op basis van de gegevens van de FENAC landelijke kostprijzen bepaald en heeft benodigde controles en analyses uitgevoerd. Door de FENAC zijn kostprijzen van 11 instellingen aangeleverd. Inclusief de UMC's zijn er in totaal 20 audiologische centra. Aangezien de UMC's voor dit traject bewust buiten beschouwing worden gelaten hebben 11 van de 12 instellingen aangeleverd. DBC-O heeft voor alle instellingen die hebben aangeleverd de aansluiting gezocht met de jaarcijfers, hierdoor vielen 3 van de 11 instellingen af. Uiteindelijk zijn kostprijsdata van 8 instellingen gebruikt.

Een van de geconstateerde knelpunten is dat de kostprijzen inclusief kapitaallasten zijn berekend. Hier is een oplossing voor gevonden door een afslagfactor toe te passen. De afslagfactor is bepaald door per instelling het verschil te nemen tussen de totale productiewaarde van de kostprijsaanlevering en productiewaarde de op basis van de totale kosten conform de enkelvoudige jaarrekening minus de noodzakelijke afslagen en de kapitaallasten gebouwen, terreinen en rentelasten. De kostprijs van elke individuele ZA is vervolgens gecorrigeerd met de berekende afslagfactor. Als laatste is het standaard percentage voor kapitaallasten doorgevoerd voor de audiologie (zelfde percentage als ook voor de ziekenhuizen gehanteerd wordt).

De accountant (PWC), die op verzoek van DBC-O een audit heeft gedaan, heeft zich voor deze tarieven onthouden van een oordeel met als belangrijkste redenen:

- Het ontbreken van een normenkader voor audiologie (calculatieprincipes gelden formeel niet voor hen);
- Onduidelijkheid over bepaalde uitsluitingen door de FENAC;
- De aansluiting met brongegevens zijn slechts gedeeltelijk vastgesteld.

De NZa heeft de nieuw berekende tarieven beoordeeld. Bij de beoordeling zijn de huidige tarieven als referentie gebruikt. De volgende constatering leiden tot een positief effect op de beoordeling:

- Er zijn recentere kostprijsdata gebruikt, 2008 i.p.v. 2005.
- Er zijn recentere DIS data gebruikt, 2008 i.p.v. 2005 en 2006. Het is aannemelijk dat data uit 2005/2006 minder betrouwbaar zijn aangezien de ontwikkeling en registratie van audiologische producten toen nog in de kinderschoenen stond.
- Omdat audiologie instellingen begrotingsgefinancierde instellingen zijn en de huidige verrekenpercentages erg fluctueren en doorgaans ook erg hoog zijn, lijkt de gemiddelde stijging van 54% van deze tarieven beter aan te sluiten bij de kosten van de zorg.
- De nauwkeurigheid is verhoogd van 34,6% naar 23,7% (bij een betrouwbaarheid van 95%).
- De methodiek die gebruikt is sluit aan bij de methodiek die bij de berekening van de huidige tarieven gebruikt is.
- Er is door DBC-O aansluiting gezocht met de jaarcijfers.

De NZa heeft de volgende negatieve effecten op de beoordeling meegenomen:

- Er is geen goedkeurende accountantsverklaring (dit komt deels door het ontbreken van een normenkader).
- De aanleveringen zijn niet altijd even inzichtelijk is geweest.
- Kapitaallasten zijn, anders dan binnen de systematiek bij de ziekenhuizen, meegenomen in de berekening.
- Er bestaan aanzienlijke verschillen in 'productiviteit / doelmatigheid' tussen de verschillende instellingen aangezien de nieuwe tarieven een betere dekking geven op totaalniveau, maar op instellings-niveau variëren van 44% naar 147% (zie tabel 8.10 van pagina 52, verantwoording tariefwijzigingen). Dit zal echter bij de huidige tarieven niet anders zijn.

Conclusie:

Het onthouden van goedkeurende accountantsverklaring zou in beginsel voor de NZa reden zijn om de nieuwe tarieven af te keuren.

Er is echter een aantal nuancerende factoren:

- De huidige fluctuerende en hoge verrekenpercentages zorgen voor ongewenst effecten voor de patiënt;
- De huidige fluctuerende en hoge verrekenpercentages zorgen voor ongewenst effecten voor de instelling met oog op liquiditeit en financierbaarheid. Dit leidt thans tot problemen. Er zijn casussen waar de NZa reeds noodmaatregelen heeft moeten nemen.
- De nieuwe (hogere) tarieven sluiten beter aan bij de kosten van de zorg gezien de huidige verrekenpercentages;
- Er wordt op macroniveau geen risico gelopen gezien het huidige bekostigingssysteem (begrotingsgefinancierd);
- Een eventuele overgang naar een ander bekostigingssysteem zoals prestatiebekostiging vereist meer kostengeoriënteerde tarieven;

Alles afwegende is de NZa voornemens om de nieuwe tarieven toch goed te keuren. De NZa zal DBC-O wel verzoeken om opvolgend een kostenonderzoek te starten via de reguliere wegen die ook de ziekenhuizen doorlopen en daarbij dienen ook de huidige calculatieprincipes gehanteerd te worden. Door dit traject direct te starten kunnen naar verwachting tijdig kostprijzen DBC's 2012 worden verkregen.

4.6 Adviescommissie

De vragen en antwoorden van de adviescommissie zijn te vinden in bijlage 11 en 12. Belangrijkste punten met betrekking tot dit hoofdstuk:

- Er worden diverse opmerkingen gemaakt over het huidige kostprijsmodel. De NZa heeft aangegeven bezig te zijn met herziening van het huidige kostprijsmodel.
- Er zijn vragen waarom er niet wordt gecorrigeerd voor volumestijging over de jaren heen. Er wordt niet gecorrigeerd voor volumestijging over de jaren heen omdat het volume vrij is. Als een instelling meer produceert ontvangt het daarvoor ook meer inkomsten. Daarnaast zijn er ook geen prognoses van deze volumestijging en is onbekend hoe de profielen er in komende jaren uit zouden zien.
- Er zijn bezwaren van de NFU voor het niet meenemen van kostprijzen van de UMC's. Er is in eerdere jaren er voor gekozen de kostprijzen van UMC's niet mee te nemen in de berekening van de tarieven omdat deze beduidend hoger lagen dan binnen de algemene ziekenhuizen. Voor het DBC-pakket 2011 is er voor gekozen om wel kostprijzen van UMC's mee te nemen als er geen kostprijzen zijn vanuit de algemene ziekenhuizen.
- Aanpassingen beleidsregels

5. Aanpassingen beleidsregels

5.1 Nieuwe beleidsregels

Er worden een aantal beleidsregels samengevoegd voor 2011. Hieronder het overzicht.

| Huidige beleidsregels | Nieuwe beleidsregel |
|--|--|
| 'Normtijden' (BR/CU-2004) | 'honorariumbedragen DBC's medisch specialistische zorg' (BR/CU-2011) |
| 'Honorariumbedragen DBC's' (BR/CU-2005) | |
| 'Uurtarief DBC's' (CI-1121) | |
| 'DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling A-segment' (CI-1072) | 'DBC-tarieven en overige tarieven medisch specialistische zorg' (BR/CU-2012) |
| 'DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling B-segment' (CI-1073) | |
| 'kostenbedragen lijst DBC bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling A-segment' (CI-1120) | 'kostenbedragen DBC's medisch specialistische zorg A-segment' (BR/CU-2009) |
| 'Verrichtingenlijst in verband met de introductie van DBC's' (CI-1097 / BR/CU-2010) | 'Verrichtingenlijst ten behoeve van DBC's' (BR/CU-2020) |

Bron: NZa

5.2 Beleidsregel 'Verrichtingenlijst ten behoeve van DBC's' (CU-2020)

De huidige beleidsregel 'Verrichtingenlijst in verband met de introductie van DBC's' CI-1097 omvat de verrichtingenlijst ingaande per 1 januari 2009. Deze beleidsregel is echter niet bijgewerkt voor de nieuwe verrichtingenlijsten van 1 juli 2009 en 1 januari 2010. Om dit gat op te vullen is de oude opzet van de beleidsregel (inclusief de oude definities) gebruikt om een nieuwe beleidsregel vast te stellen voor de periode van 1 juli 2009 t/m 31 december 2010. Het betreft de beleidsregel 'Verrichtingenlijst in verband met de introductie van DBC's' CU-2010. In [bijlage 17a t/m 17d](#) wordt deze beleidsregel weergegeven. Deze beleidsregel bevat de verrichtingenlijst van 1 juli 2009 t/m 31 december 2009 ([bijlage 17b](#)), de verrichtingenlijst vanaf 1 januari 2010 t/m 31 december 2010 ([bijlage 17c](#)) en een bijlage met algemene bepalingen en toelichting ([bijlage 17d](#)).

In [bijlage 5a t/m 5b](#) wordt de beleidsregel 'verrichtingenlijst ten behoeve van DBC's' inclusief bijlagen weergegeven. Deze beleidsregel gaat in per 1 januari 2011.

De belangrijkste wijzigingen in deze beleidsregel ten opzichte van de huidige beleidsregel (CI-1097) en de hierboven genoemde beleidsregel (CU-2010) zijn:

- Huidige naam: 'Verrichtingenlijst in verband met de introductie van DBC's', wordt veranderd in 'Verrichtingenlijst ten behoeve van DBC's'.

- Beleidsregel staat in een nieuw format.
- Beleidsregel bevat de verrichtingenlijst vanaf 1 januari 2011 (bijlage 5b).
- De huidige bijlage 2 van de beleidsregel 'Algemene bepalingen en toelichting verrichtingenlijst' is opgenomen in de beleidsregel zelf.
- In de definitie van klinische opname is de zin toegevoegd: "...Op een voor verpleging ingerichte afdeling." In de twee definities van dagopname is toegevoegd: "... op een voor dagopname ingerichte afdeling". Deze toevoegingen zijn ter verduidelijking van de definitie en veranderen niks aan de eigenlijke bedoeling van deze verrichting of de breedte van de toepasbaarheid. Het geeft enkel meer duidelijkheid en voorkomt mogelijk oneigenlijk gebruik. De NZa heeft geconstateerd dat omtrent deze begrippen veel onduidelijkheid heerst en dat hierdoor mogelijk ook onterechte situaties aangemerkt worden als klinische opname of dagopname. Bijvoorbeeld het enkele uren aanwezig zijn op een polikliniek.
- De bepalingen die gelden bij polikliniekbezoeken waren in de oorspronkelijke beleidsregels alleen onder 'eerste polikliniekbezoek' (190011) opgenomen (zoals face-to-face). Deze voorwaarden gelden echter ook voor een 'Polibezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek' (190012) en bij een 'Herhaal-polikliniekbezoek bij een lopende DBC' (190013). Omdat hier geregeld onduidelijkheid over bestond is dit in deze nieuwe beleidsregel onder alle drie de soorten polikliniek-bezoeken gezet. Deze bepalingen zijn dus niet nieuw, maar worden alleen voor de duidelijkheid onder alle drie de polibezoeken gezet.

5.3 Beleidsregel 'kostenbedragen DBC's medisch specialistische zorg A-segment' (CU-2009)

In bijlage 6 wordt de beleidsregel 'kostenbedragen DBC's medisch specialistische zorg A-segment' (CU-2009) weergegeven.

De belangrijkste wijzigingen in deze beleidsregel ten opzichte van de huidige beleidsregel (CI-1120) zijn:

- Huidige naam: beleidsregel 'kostenbedragen lijst DBC bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling A-segment', wordt veranderd in beleidsregel 'kostenbedragen DBC's medisch specialistische zorg A-segment'.
- Beleidsregel staat in een nieuw format.
- Kostprijzen 2008 in plaats van kostprijzen 2007.
- Voor audiologie; kostprijzen 2008 in plaats van 2005.
- Er is een aantal paragrafen toegevoegd over Revalidatie en Radiotherapie.
- De tijdelijke maatregel voor gebouwgebonden kapitaallasten radiotherapie is toegevoegd.

5.4 Beleidsregel 'DBC-tarieven en overige tarieven medisch specialistische zorg' (CU-2012)

In bijlage 7 wordt de beleidsregel 'DBC-tarieven en overige tarieven medisch specialistische zorg' (CU-2012) weergegeven.

De belangrijkste wijzigingen in deze beleidsregel ten opzichte van de huidige beleidsregels (CI-1072 en CI-1073) zijn:

- Twee huidige beleidsregels, 'DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling A-segment' en 'DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling B-segment' (CI-

- 1072 en CI-1073) worden samengevoegd tot de beleidsregel 'DBC-tarieven en overige tarieven medisch specialistische zorg'
- Beleidsregel staat in een nieuw format.

5.5 Beleidsregel 'honorariumbedragen DBC's medisch specialistische zorg' (CU-2011)

In bijlage 8 wordt de beleidsregel 'honorariumbedragen DBC's medisch specialistische zorg' (CU-2011) weergegeven.

De belangrijkste wijzigingen in deze beleidsregel ten opzichte van de huidige beleidsregels (BR/CU-2004, BR/CU-2005, CI-1121) zijn:

- Drie huidige beleidsregels, 'Normtijden' (BR/CU-2004), 'Honorariumbedragen DBC's' (BR/CU-2005) en 'Uurtarief DBC's' (CI-1121) worden samengevoegd tot de beleidsregel 'honorariumbedragen DBC's medisch specialistische zorg'
- Beleidsregel staat in een nieuw format.
- Nieuwe aanwijzing van de minister is verwerkt.
- Generieke korting additionele overschrijding.
- Incidentele compensatie vanwege BOB ondersteuners is verwerkt.
- Nieuwe bijlagen.
- Nieuw uurtarief 2011.

5.6 Adviescommissie

Uit de adviescommissie kwamen alleen enkele opmerkingen over de verduidelijkingen van bepaalde definities. Men had het idee dat het wel een aanscherping zou betreffen. Nader onderzoek door met name de NFU wees uit dat dit niet het geval was.

6. Verschil GGZ productstructuur versus somatiek

Op 31 augustus jl. heeft de NZa besloten de GGZ-Release 2011 (RG03) niet vast te stellen en over te gaan tot indexering. Een aantal belangrijke vraagstukken en knelpunten voor de GGZ geldt niet - of slechts in beperktere mate - voor de somatiek. Hieronder geven wij aan waar de verschillen en overeenkomsten liggen met de GGZ.

De belangrijkste overeenkomst betreft het gebruikte kostprijsmodel. De meer fundamentele onzekerheden over het huidige GGZ kostprijsmodel gelden ook voor het model van de somatiek. De NZa is dan ook voornemens om het kostprijsmodel kritisch te bekijken en waar nodig aan te passen. Het eerste onderzoek hiernaar wordt binnenkort afgerond.

De belangrijkste verschillen zijn:

- Binnen de GGZ zouden de nieuwe, sterk fluctuerende tarieven tot grote omzetmutaties leiden. Uit de analyses van de somatiek blijkt dat deze omzetmutaties beperkt zijn.
- De onzekerheid aan de profielkant (obv DIS-data) is bij GGZ groter dan bij de somatiek. De DBC-productstructuur GGZ is veel grofmaziger dan in de somatiek. Hierbij valt te denken aan het gebruik van tijdsintervallen, verschillende patiënten (diagnose minder voorspellend) en de soms zeer verschillende zorgvragen die onder dezelfde DBC vallen. Dit heeft o.a. gevolgen voor de tariefberekening omdat uit deze variatie in wijze van zorgverlening én onderliggende kosten één landelijk gemiddeld tarief wordt vastgesteld.
- De veelheid in soorten zorgaanbieders is binnen de GGZ groter. Er zijn veel verschillende soorten zorgaanbieders met specialisatie voor doelgroepen/circuits. Om een representatieve referentiegroep te hebben dienen ook deze specifieke zorgaanbieders vertegenwoordigd te zijn in zowel het kostenonderzoek als in de productiedata. Dan pas kan de NZa de impact voor de verschillende groepen zorgaanbieders zorgvuldig meewegen.
- De onzekerheid over verblijf (obv kostenonderzoek) is groot bij GGZ. Dat verblijf niet eenduidig is gedefinieerd, betekent bij het berekenen van een gemiddelde dat 'appels en peren' op een kunstmatige manier onder één noemer moeten worden gebracht. Deze vraagstukken zijn niet aan de orde voor Somatiek.
- Het was voor de GGZ niet mogelijk om objectief vast te stellen of de kostprijsgegevens die gebruikt zijn voor RG03 van betere, of slechtere, kwaliteit zijn dan de oude kostprijzen. Binnen de somatiek is vastgesteld dat door de recentere kostprijzen en de uitbreiding van de referentiegroep er een hogere nauwkeurigheid bereikt is.

De NZa constateert dat de verschillen tussen de situatie bij de GGZ en bij de somatiek dusdanig zijn, dat er geen parallel is te trekken die ertoe zou moeten leiden dat om dezelfde redenen als bij de GGZ, de release voor de somatiek zou moeten worden afgekeurd.

7. Samenvatting

De inhoudelijke mutaties in het DBC-pakket 2011 zijn beperkt, er heeft geen grote structuurwijziging plaatsgevonden en het B-segment is niet uitgebreid. Daarnaast zijn alle aanpassingen op zorgactiviteiten reeds eerder beoordeeld en is deze zorgactiviteitentabel ook eerder vastgesteld door de Raad van Bestuur van de NZa. In deze beoordeling heeft de NZa zich met daarom met name gefocused op de onderbouwing en de effecten van de nieuwe DBC-tarieven per 2011. De concept tarieven en toelichting zijn volledig terug te vinden in [bijlagen 9 en 10](#).

Wat betreft de honoraria is geconstateerd dat de gedifferentieerde kortingen op een juiste manier zijn doorgevoerd zoals de NZa heeft aangegeven. Wat betreft de kostendelen heeft de NZa geconstateerd dat deze gebaseerd zijn op recentere data met een hoger nauwkeurigheidsperscentage door onder andere de grote referentiegroep. Daarnaast blijken de omzeteffecten volgens de berekeningen beperkt te zijn, zowel op landelijk niveau als per categorie instelling.