

**Advies**

# **Verkorten doorlooptijden DBC-zorgproducten**

juni 2013



## Inhoud

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Vooraf</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1. Aanleiding</b>   | <b>7</b>  |
| <b>2. Onderzoeksvragen, impactanalyse en afbakening</b>        | <b>9</b>  |
| 2.1 Onderzoeksvragen   | 9         |
| 2.2 Impactanalyses   | 9         |
| 2.3 Afbakening   | 10        |
| <b>3. Effecten van verkorte maximum doorlooptijden</b>         | <b>11</b> |
| 3.1 Aanpassingen productstructuur en regelgeving               | 11        |
| 3.2 Toetsingskader productstructuur en verkorte doorlooptijden | 11        |
| 3.3 Productie en verwachte omzet                               | 12        |
| 3.4 Productprijzen en kostenhomogeniteit                       | 13        |
| 3.5 Onderhandenwerk  | 15        |
| 3.6 Afsluitregels en profielanalyses                           | 16        |
| 3.7 Conclusies onderzoek                                       | 18        |
| <b>4. Samenloop met andere dossiers</b>                        | <b>19</b> |
| <b>5. Risico's bij het verkorten van doorlooptijden</b>        | <b>21</b> |
| <b>6. Reacties op het consultatiedocument</b>                  | <b>25</b> |
| 6.1 Reacties veldpartijen                                      | 25        |
| 6.2 Reactie NZa  | 28        |
| <b>7. Conclusie</b>  | <b>31</b> |



## Vooraf

Met dit rapport brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een advies uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over het verkorten van de maximum doorlooptijd van DBC-zorgproducten.

Eind 2012 is vanuit VWS een uitgebreid traject opgestart om de informatie over de zorguitgaven te verbeteren en versnellen. Eén van de mogelijkheden om de informatievoorziening te versnellen is het verkorten van de maximum doorlooptijd van een DBC-zorgproduct. Op dit moment kunnen DBC-zorgproducten maximaal een jaar open staan. VWS heeft de NZa gevraagd de mogelijkheden en de gevolgen van het verkorten van de maximum doorlooptijd naar een half jaar of korter te onderzoeken.

In dit advies, en de bijbehorende impactanalyse, gaat de NZa in op de mogelijkheden tot het verkorten van de maximum doorlooptijd van een DBC-zorgproduct. Ook de samenloop met andere dossiers, mogelijke risico's die samenhangen met het verkorten van doorlooptijden van DBC-zorgproducten en maatregelen om deze risico's te beperken worden benoemd in dit advies.

De analyses die de basis vormen voor dit advies zijn in nauwe samenwerking met DBC-Onderhoud tot stand gekomen. In de impactanalyse wordt dieper ingegaan op de uitgevoerde analyses die de basis vormen van het advies.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij het tot stand komen van haar beleid en advies. Wij stellen de inzet van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs en willen hen hiervoor hartelijk danken.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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



## 1. Aanleiding

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in haar brief van 29 november 2012 (kenmerk: FEZ-U-3144944) aan de Tweede Kamer aangegeven hoe ze op korte termijn de informatievoorziening in de curatieve zorg wil verbeteren. Het betreft hier de versnelling van de informatievoorziening gedurende het jaar over de definitieve schadelast. Onderdeel hiervan is het onderzoeken van mogelijkheden om de maximale looptijd van een DBC-zorgproduct terug te brengen.

In haar brief van 8 januari 2013 (kenmerk: CZ-3148478) heeft VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om hierover een advies uit te brengen. In mei 2013 is een concept advies ter consultatie voorgelegd aan veldpartijen in een Technisch Overleg. De opmerkingen, suggesties en aanbevelingen van veldpartijen zijn door de NZa verwerkt in voorliggend advies. Rond 1 juli zullen we, na bespreking in de adviescommissie Cure, het advies uitbrengen aan het Ministerie van VWS.

In nauwe samenwerking met DBC-Onderhoud zijn we eind maart 2013 gestart met het onderzoeken van mogelijkheden om de maximum doorlooptijden van de DBC-zorgproducten te verkorten. Dit rapport beschrijft op hoofdlijnen het onderzoek, waarbij we ingaan op zowel kwalitatieve- als kwantitatieve analyses die ter onderbouwing van het advies zijn uitgevoerd. Ook beschrijven we de belangrijkste resultaten als basis voor het advies. Uitgebreide impactanalyses zijn uitgewerkt in de bijlage bij dit adviesrapport.

### *Leeswijzer*

Hoofdstuk 2 schetst de opzet van het onderzoek naar het verkorten van doorlooptijden. Hoofdstuk 3 beschrijft de belangrijkste resultaten en weegt beleidsmatig de gevolgen voor de huidige productstructuur en regelgeving. Hoofdstuk 4 beschrijft de samenloop met andere dossiers, hoofdstuk 5 gaat in op de risico's en potentiële (onbedoelde) prikkels die het verkorten van maximale doorlooptijden met zich meebrengt. Hoofdstuk 6 beschrijft de reacties van veldpartijen en een reactie van de NZa. De conclusies en het advies zijn beschreven in hoofdstuk 7.





## 2. Onderzoeksvragen, impactanalyse en afbakening

Het Ministerie van VWS vraagt in haar adviesverzoek om een nadere impactanalyse, waarbij de doorlooptijd wordt verkort naar 180 dagen of minder.

### 2.1 Onderzoeksvragen

Het uit te brengen advies maakt inzichtelijk:

- welke aanpassingen nodig zijn in de productstructuur en regelgeving bij het verkorten van doorlooptijden;
- hoe deze aanpassingen zich verhouden tot de uitgangspunten van de productstructuur en onze criteria voor kostenhomogeniteit en medische herkenbaarheid;
- welke risico's en onbedoelde prikkels mogelijk optreden bij het aanpassen van de productstructuur en regelgeving;
- wanneer een aanpassing van de maximale looptijd van DBC's mogelijk is.

Op voorhand verwachten we door het verkorten van doorlooptijden vooral effecten bij de vervolgtrajecten (zorgtype 21) als gevolg van één van de algemene registratieregels. In de impactanalyses kijken we echter ook naar de effecten voor initiële DBC-zorgproducten (zorgtype 11) omdat we op specifieke medische deelgebieden ook hier effecten verwachten (bijvoorbeeld kinderoncologie of revalidatiegeneeskunde).

### 2.2 Impactanalyses

Wij maken, in samenwerking met DBC-Onderhoud, gebruik van de gehele DIS Ronde 21 dataset. Deze data liggen ook ten grondslag aan de vastgestelde DBC-pakketten RZ13. Deze dataset bevat gegevens van afgesloten DBC-trajecten over de jaren 2008 tot en met 2011, die zijn aangeleverd door alle ziekenhuizen (UMC's, algemene en topklinische ziekenhuizen), categorale zorgaanbieders en zelfstandige behandelcentra.

Het doel van de kwantitatieve analyses is om een vergelijking te maken tussen het vastgestelde DOT-pakket 2013 (verder: RZ13b) en uitkomsten van simulaties op basis van dezelfde productstructuur, maar met verkorte maximale doorlooptijden van DBC-zorgproducten. In feite passen we alleen een algemene afsluitregel aan.

We nemen in een vergelijking met het RZ13b-pakket drie scenario's mee:

- Productstructuur RZ13b en maximale doorlooptijd 180 dagen;
- Productstructuur RZ13b en maximale doorlooptijd 120 dagen;
- Productstructuur RZ13b en maximale doorlooptijd 90 dagen.

Uitkomsten van de bovengenoemde scenario's maakt een vergelijking mogelijk op het gebied van ontwikkelingen in de landelijke casemix aan DBC-zorgproducten en de gemiddelde DBC-zorgproductprofielen (medische herkenbaarheid). Op deze manier kunnen ook de gevolgen voor tarieven van zorgproducten (kostenhomogeniteit) en de verwachte omzet van verschillende type zorgaanbieders in beeld gebracht worden.

Wij merken hierbij wel op dat verandering van registratiegedrag zich niet laat simuleren. In de impactanalyses die ten grondslag liggen aan dit advies kan dan ook geen rekening worden gehouden met eventuele veranderingen in gedragen van degenen die registreren.

### **2.3 Afbakening**

In overleg met VWS is besloten om in eerste instantie de analyses toe te spitsen op de somatische zorg. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en Forensische zorg (FZ) zijn expliciet buiten beschouwing gelaten. De analyses en resultaten die hieronder volgen zijn daardoor alleen van toepassing op de somatische zorg. Een besluit over het eventueel verkorten van doorlooptijden bij de GGZ en de FZ zou ook voorafgegaan dienen te worden door analyses.

Gezien het beoogde doel van VWS (versnellen van de informatievoorziening) ligt het voor de hand om ook bij de GGZ en de FZ te kijken naar de mogelijkheden tot het verkorten van de doorlooptijden van DBC's.

### **3. Effecten van verkorte maximum doorlooptijden**

#### **3.1 Aanpassingen productstructuur en regelgeving**

Na de invoering per 2012 is de DOT productstructuur verder ontwikkeld. Wensen om de productstructuur en regelgeving te verbeteren volgen meestal uit medisch inhoudelijke overwegingen. Het aanpassen van de DOT productstructuur als gevolg van het verkorten van de maximum doorlooptijd kent een andere, namelijk financiële en boekhoudkundige, invalshoek: het versnellen van de informatievoorziening. Voor zowel de overheid als ook voor de zorgaanbieders en verzekeraars is het eerder beschikken over definitieve cijfers gewenst.

We bekijken eventuele aanpassingen in de productstructuur in het licht van de uitgangspunten van de DOT productstructuur en het toetsingskader. Mogelijke structuuraanpassingen als gevolg van het verkorten van doorlooptijden mogen de recent ingezette ontwikkelrichting van de productstructuur niet onevenredig hard raken.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft voorgesteld om klinische trajecten af te sluiten na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Dat heeft tot gevolg dat alle vervolggconsulten als overig zorgproduct (en dus niet meer als onderdeel van het DBC-zorgproduct) worden gedeclareerd. Op dit voorstel adviseren wij negatief, omdat het haaks staat op de normatieve beschrijving van een volledig behandeltraject door een DBC-zorgproduct.

We verkennen in dit onderzoek alleen mogelijkheden tot het verkorten van doorlooptijden via een wijziging van algemene afsluitregels. Het voorstel om klinische trajecten af te sluiten na ontslag en vervolggconsulten los declarabel te maken, zou tot uitvoeringsproblemen leiden, omdat een dergelijke wijziging moeilijk te simuleren is voor partijen. Dit zou niet alleen complicerend kunnen werken voor de zorginkoop, maar een dergelijke wijziging zou ook beleidsontwikkelingen richting 2015 (zoals het NZa kostprijsmodel en invoering van integrale tarieven) bemoeilijken.

Wel kunnen bij een keuze om de maximum doorlooptijd te verkorten bij specifieke producten aanpassingen nodig zijn in de boomstructuur van DOT.

#### **3.2 Toetsingskader productstructuur en verkorte doorlooptijden**

Het doel van de kwantitatieve analyses is om een vergelijking te maken tussen het vastgestelde DOT-pakket 2013 en uitkomsten van simulaties op basis van dezelfde productstructuur, maar met verkorte maximum doorlooptijden van alle DBC zorgproducten (zowel initiële, zorgtype 11, als vervolg DBC's, zorgtype 21). De vergelijking heeft betrekking op ontwikkelingen in de landelijke productie (casemix en omzet) en productprijzen (kostenhomogeniteit). Ook de effecten op het onderhandenwerk worden in de vergelijking meegenomen. Sluitstuk is de analyse van de profielen van de DBC-zorgproducten (medische herkenbaarheid).

Hiermee worden de scenario's aan hand van de belangrijkste criteria voor de productstructuur uit het toetsingskader beoordeeld. In dit adviesrapport worden de hoofdlijnen van de bevindingen besproken. In de bijlage bij dit rapport, 'Impactanalyse verkorten doorlooptijd DBC-Zorgproducten', worden de impactanalyses veel uitgebreider beschreven.

### 3.3 Productie en verwachte omzet

De productstructuur 2013 is gebaseerd op alle gesloten DBC-trajecten in 2010. Om de vergelijking tussen de RZ13b en de scenario's met verkorte maximum doorlooptijden zo zuiver mogelijk te maken is in dit onderzoek dezelfde periodeselectie toegepast.

Allereerst is gekeken naar de productieontwikkelingen op het moment dat de maximum doorlooptijd van een DBC-zorgproduct wordt verkort. Onderstaande tabel brengt de verwachte ontwikkeling in beeld.

**Tabel 1: ontwikkelingen in productievolume**

| Segment       | RZ13b             | 180 dagen         | 120 dagen         | 90 dagen          |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| A-segment     | 1.150.877         | 1.250.577         | 1.315.205         | 1.362.610         |
| B-segment     | 14.810.967        | 16.162.723        | 16.767.241        | 17.156.022        |
| Uitval        | 794.511           | 1.072.692         | 1.277.744         | 1.442.699         |
| <b>Totaal</b> | <b>16.756.355</b> | <b>18.485.992</b> | <b>19.360.190</b> | <b>19.961.331</b> |

Bron: NZa/DBC-Onderhoud

Wanneer we kijken naar de ontwikkeling in het productievolume, zien we een grote stijging (19%) van het aantal afgesloten trajecten, tot ruim drie miljoen trajecten als we de doorlooptijd verkorten naar 90 dagen (zie tabel 1). Het aantal uitvalproducten neemt snel toe en is in het 90 dagen scenario verdubbelt ten opzichte van het aantal uitvalproducten in de RZ13b. De verwachte ontwikkelingen in het A- en B-segment lopen synchroon. Het aantal producten stijgt in beide segmenten met zo'n 16%-18% in het 90 dagen scenario in vergelijking met de RZ13b.

Naast de ontwikkelingen in het productievolume, hebben we ook gekeken naar de verwachte omzetontwikkelingen (zie tabel 2). Hierbij benadrukken we dat we in de berekening van de scenario's gecorrigeerde prijzen (ziekenhuis kostendeel) hanteren op basis van de profielwaarde. Wanneer de inhoud van het onderliggende zorgprofiel wijzigt, verandert ook de kostprijs van het DBC-zorgproduct. Voor producten in het gereguleerde segment kan de NZa deze tariefaanpassingen zelf berekenen en vaststellen, maar in het vrije segment moeten verzekeraars en zorgaanbieders hierop anticiperen.

De omzetontwikkeling blijft in relatie tot de productie ontwikkeling beperkt tot 1,7%, uitgaande van het verkorten van de maximale doorlooptijd naar 90 dagen. De productiewaarde van uitvalproducten stijgt licht, maar in verhouding tot de omzet van de reguliere productie in het A- en B-segment blijft het aandeel van uitvalproducten vrijwel constant (4%).

**Tabel 2: ontwikkelingen in verwachte omzet (in miljoenen €)**

| Segment       | Omzet RZ13b     | Omzet 180 dagen | Omzet 120 dagen | Omzet 90 dagen  |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| A-segment     | € 1.596         | € 1.605         | € 1.609         | € 1.611         |
| B-segment     | € 11.947        | € 12.057        | € 12.100        | € 12.122        |
| Uitval        | € 556           | € 577           | € 591           | € 602           |
| <b>Totaal</b> | <b>€ 14.098</b> | <b>€ 14.240</b> | <b>€ 14.301</b> | <b>€ 14.335</b> |

Bron: NZa/DBC-Onderhoud

Bij het combineren van de informatie over de verwachte omzet- en productieontwikkeling valt het volgende op:

- Ook al worden de prijzen (van het kosten deel van de tarieven) in de bovenstaande analyse aangepast als gevolg van de veranderingen in de profielen, er is nog steeds sprake van een omzet stijging. De 1,7% omzetstijging wordt in dit onderzoek veroorzaakt door de honorariumbedragen. Om binnen elk scenario tot goede honorariumbedragen te komen, is voor elk scenario een hernieuwde rondrekening binnen het BKZ Medisch Specialisten nodig. Dat is in het kader van dit onderzoek niet uitgevoerd. Deze hernieuwde rondrekening zal vanwege een toegenomen productievolume, tot lagere honorariumtarieven gaan leiden. Onder de aanname dat de tarieven aangepast worden als gevolg van aangepaste tarieven, zal het geobserveerde positieve omzeteffect geheel verdwijnen.
- Het aantal uitvalproducten verdubbelt, terwijl de omzet in uitval 'maar' met 8,4% toe neemt. Dit wijst op nagenoeg lege DBC-zorgproducten. Lege (of bijna lege) DBC-zorgproducten zijn niet-declarabele producten, maar kunnen declarabel worden gemaakt door het uitvoeren van een extra activiteit. Hier ligt een risico op volume- en omzetgroei.
- De omzetstijging moet bij de vaststelling van de nieuwe tarieven gecorrigeerd worden, er wordt immers niet meer zorg verleent. Voor het A-segment zullen wij dat doen. Voor het B-segment gelden vrije prijzen en zullen verzekeraars de prijzen (in de onderhandelingen met de zorgaanbieders) aan moeten passen. Verderop in dit document zullen we aangeven hoe we veldpartijen hierin willen faciliteren.

### 3.4 Productprijzen en kostenhomogeniteit

Op basis van de hiervoor gepresenteerde omzet- en productieontwikkelingen, verwachten we een gemiddelde prijsdaling wanneer de maximum doorlooptijd wordt verkort (zie tabel 3). De daling van de prijzen in het A- en B-segment is van gelijke orde als de productiestijging in beide segmenten. Dit duidt opnieuw op een verschuiving in casemix naar vooral lichtere zorgproducten. Wel valt op dat de gemiddelde rekenprijs voor een uitvalproduct sterk afneemt. Dit duidt wederom op een toename van het aantal (nagenoeg) lege DBC-zorgproducten.

**Tabel 3: ontwikkelingen in gemiddelde prijzen per segment**

| Segment       | RZ13b        | 180 dagen    | 120 dagen    | 90 dagen     |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| A-segment     | € 1.387      | € 1.284      | € 1.223      | € 1.182      |
| B-segment     | € 807        | € 746        | € 722        | € 707        |
| U-segment     | € 699        | € 538        | € 463        | € 418        |
| <b>Totaal</b> | <b>€ 841</b> | <b>€ 770</b> | <b>€ 739</b> | <b>€ 718</b> |

Bron: NZa/DBC-Onderhoud

Een belangrijk criterium uit het toetsingskader voor de DOT-productstructuur is de mate van kostenhomogeniteit van prestaties. De mate van kostenhomogeniteit wordt uitgedrukt in een CV-waarde. Hoe lager de CV-waarde, hoe homogener het DBC-zorgprofiel en tarief is. Als norm voor de tarieven voor de kostendelen wordt een CV-waarde van 0,5 aangehouden.

Niet op alle specifieke medische deelgebieden voldoen prestatiebeschrijvingen (DBC-zorgproducten) aan dit criterium, vanwege lage productie aantallen of grotere verschillen in zorgzwaarte bij individuele patiënten. In de praktijk wordt een CV-waarde tot 1,0 ook acceptabel geacht. In onderstaande tabellen delen we ruim 4.300 unieke DBC-zorgproducten in naar homogeniteitsklasse en naar segment. Ter illustratie volgt uit onderstaande tabel dat in de RZ13b zo'n 42% van de DBC-zorgproducten in het A-segment een CV-waarde heeft die kleiner is dan 0,5 en 78% een CV-waarde kleiner dan 1,0.

**Tabel 4: ontwikkelingen in homogeniteit van DBC zorgproducten**

*4a. RZ13b scenario*

| Segment   | geen CV <sup>1</sup> | CV < 0,5 | 0,5 < CV < 1 | 1 < CV < 2 | CV > 2 |
|-----------|----------------------|----------|--------------|------------|--------|
| A-segment | 3%                   | 42%      | 36%          | 12%        | 6%     |
| B-segment | 3%                   | 38%      | 47%          | 11%        | 2%     |
| U-segment | 2%                   | 9%       | 22%          | 29%        | 39%    |
| Totaal    | 3%                   | 34%      | 41%          | 14%        | 8%     |

*4b. Scenario doorlooptijd 180 dagen*

| Segment   | geen CV | CV < 0,5 | 0,5 < CV < 1 | 1 < CV < 2 | CV > 2 |
|-----------|---------|----------|--------------|------------|--------|
| A-segment | 5%      | 42%      | 36%          | 11%        | 5%     |
| B-segment | 3%      | 39%      | 47%          | 10%        | 2%     |
| U-segment | 2%      | 9%       | 22%          | 28%        | 39%    |
| Totaal    | 3%      | 35%      | 41%          | 13%        | 8%     |

<sup>1</sup> Niet voor alle DBC-zorgproducten kon een CV-waarde worden berekend. Om conclusies te kunnen trekken over de mate en de aard van de homogeniteit, is een minimaal aantal waarnemingen vereist. Niet alle DBC-zorgproducten voldoen aan dit criterium.

4c. Scenario doorlooptijd 120 dagen

| Segment   | geen CV | CV < 0,5 | 0,5 < CV < 1 | 1 < CV < 2 | CV > 2 |
|-----------|---------|----------|--------------|------------|--------|
| A-segment | 4%      | 43%      | 38%          | 10%        | 5%     |
| B-segment | 2%      | 41%      | 46%          | 9%         | 2%     |
| U-segment | 2%      | 9%       | 21%          | 30%        | 37%    |
| Totaal    | 3%      | 36%      | 41%          | 13%        | 8%     |

4d. Scenario doorlooptijd 90 dagen

| Segment   | geen CV | CV < 0,5 | 0,5 < CV < 1 | 1 < CV < 2 | CV > 2 |
|-----------|---------|----------|--------------|------------|--------|
| A-segment | 4%      | 45%      | 37%          | 9%         | 4%     |
| B-segment | 3%      | 41%      | 45%          | 9%         | 2%     |
| U-segment | 2%      | 9%       | 21%          | 32%        | 36%    |
| Totaal    | 3%      | 37%      | 40%          | 13%        | 7%     |

Bron: NZa/DBC-Onderhoud

De verhoudingen tussen de homogeniteitsklassen blijven over de scenario's genomen constant. Ongeveer 80% van de DBC-zorgproducten kent in alle scenario's een CV-waarde die lager ligt dan 1. De homogeniteit verbetert zelfs licht naarmate we de doorlooptijd van DBC-zorgproducten verkorten.

De producten met een CV-waarde hoger dan 1, kennen in dit onderzoek ook een laag productievolume. Dit betekent dat bij de bepaling van een landelijk gemiddeld zorgprofiel enkele extreme waarnemingen invloedrijker zijn dan bij DBC-zorgproducten met een hoog productievolume. De mate waarin extreme waarnemingen voorkomen beïnvloedt de (kosten)homogeniteit van DBC-zorgproducten. Uit het onderzoek blijkt dat de DBC-zorgproducten met een CV-waarde hoger dan 1 weliswaar 20% van de unieke producten omvat, maar slechts 8% van de omzet. Om deze reden wordt een CV-waarde van 1,0 voor deze DBC-zorgproducten ook acceptabel beoordeeld.

### 3.5 Onderhandenwerk

Door het verkorten van de maximale doorlooptijden van DBC-zorgproducten neemt de onderhandenwerkpositie van aanbieders af. Immers, de geleverde zorg kan eerder worden afgesloten en gedeclareerd. In de huidige productstructuur en regelgeving duurt het 2 jaar voordat de definitieve schadelast bekend is. Immers, als een DBC-zorgproduct op 31-12-2012 (jaar t=2012) wordt geopend, kan deze uiterlijk op 30-12-2013 worden gesloten, waarna in 2014 (t+2) declaratie plaats vindt. Wanneer de maximum doorlooptijd wordt verkort naar respectievelijk 180 dagen, 120 dagen en 90 dagen, is de definitieve schadelast bekend na respectievelijk 1,5 jaar, 1 jaar en 4 maanden en tenslotte 1 jaar en 3 maanden.

De effecten op het onderhandenwerk is onderzocht en onderstaande tabel laat zien dat de hoeveelheid onderhandenwerk sterk wordt teruggedrongen bij het verkorten van maximale doorlooptijden.

**Tabel 5: Onderhandenwerk en verkorte doorlooptijden**

| Scenario                                   | Omzet | Aantal trajecten | OHW |
|--|-------|------------------|-----|
| RZ13b                                      | 70%   | 58%              | 30% |
| 180 dagen scenario (versnelling 6 maanden) | 78%   | 71%              | 22% |
| 120 dagen scenario (versnelling 8 maanden) | 80%   | 76%              | 20% |
| 90 dagen scenario (versnelling 9 maanden)  | 82%   | 79%              | 18% |

Bron: NZa/DBC-Onderhoud

Gegeven de huidige productstructuur en regelgeving sluit van alle in een jaar geopende DBC-zorgproducten ongeveer 58% ook in datzelfde jaar. Dit beslaat 70% van de totale schadelast.

Bij een maximum doorlooptijd van 90 dagen valt 82% van de schadelast in hetzelfde jaar (79% van het aantal DBC-zorgproducten). In vergelijking met de RZ13b, betekent dit een gemiddelde daling van het onderhandenwerk van 30% naar 18%.

### 3.6 Afsluitregels en profielanalyses

Door het verkorten van de maximale doorlooptijden kunnen onderliggende (gemiddelde) zorgprofielen van DBC-zorgproducten wijzigen. Zorgactiviteiten die in de huidige systematiek binnen een doorlooptijd van 365 dagen vallen, kunnen bij een verkorte looptijd net buiten het afgesloten product vallen.

#### *Afsluitregels*

Allereerst hebben we gekeken of de verhouding tussen de drie algemene afsluitregels bij de initiële trajecten (zorgtype 11) constant blijft in geval van het verkorten van de doorlooptijd. Dit gaat om de volgende drie algemene afsluitregels:

- 90 dagen na opening (conservatief poliklinisch traject)
- 42 dagen na ontslag uit ziekenhuis
- 42 dagen na operatie/ingreep

De verhoudingen blijven in het 180 dagen en 120 dagen scenario nagenoeg gelijk aan het huidige RZ13b scenario (gemiddeld 3 à 4% verschuiving). In het 90 dagen scenario ontstaat wel een andere verhouding (gemiddeld 13% verschuiving).

We hebben vervolgens gekeken bij welke zorgproductgroepen in de verschillende scenario's veelvuldig trajecten worden afgesloten omdat de maximale doorlooptijd is bereikt (zie tabel 6). Hier bestaat immers het risico dat zorgactiviteiten bij verkorte doorlooptijden buiten het zorgproduct vallen.

**Tabel 6: Aandeel van trajecten met maximale doorlooptijd**

| Zorgproductgroep | Omschrijving ICD 10 hoofdstuk | RZ13b | 180 dagen | 120 dagen | 90 dagen |
|------------------|-------------------------------|-------|-----------|-----------|----------|
| 11101            | Infectie en parasitair        | 1%    | 3%        | 6%        | 11%      |
| 70401            | Oog en adnaxen                | 0%    | 0%        | 2%        | 11%      |
| 90301            | Hart en vaatstelsel           | 0%    | 0%        | 0%        | 28%      |
| 99499            | Hart en vaatstelsel           | 0%    | 0%        | 0%        | 39%      |
| 99599            | Hart en vaatstelsel           | 0%    | 0%        | 0%        | 70%      |
| 99899            | Hart en vaatstelsel           | 0%    | 0%        | 0%        | 46%      |



|        |                                   |    |    |    |     |
|--------|-----------------------------------|----|----|----|-----|
| 100101 | Ademhalingsstelsel                | 0% | 1% | 2% | 11% |
| 110401 | Spijverteringsstelsel             | 0% | 1% | 3% | 12% |
| 179799 | Congenitaal/chromosomaal          | 0% | 0% | 1% | 39% |
| 219699 | Overige contacten gezondheidszorg | 0% | 0% | 0% | 47% |
| 219799 | Overige contacten gezondheidszorg | 0% | 0% | 1% | 43% |
| 972800 | WBMV                              | 0% | 1% | 2% | 66% |
| 972802 | WBMV                              | 0% | 1% | 7% | 21% |
| 990004 | Plastische chirurgie              | 0% | 1% | 3% | 10% |
| 990027 | Revalidatiegeneeskunde            | 2% | 4% | 8% | 10% |

Bron: NZa/DBC-Onderhoud

Wanneer de doorlooptijd wordt verkort naar maximaal 90 dagen, dan groeit bij meerdere zorgproductgroepen het aandeel van trajecten dat wordt afgesloten omdat de maximale looptijd is bereikt. De mate waarin dit aandeel groeit in het 90 dagen scenario ten opzichte van de overige scenario's, is opmerkelijk. Dit manifesteert zich binnen de betreffende zorgproductgroepen hoofdzakelijk bij de vervolg DBC-zorgproducten.

Op zichzelf hoeft dit geen consequenties te hebben voor de inhoud van de zorgprofielen of de productprijzen, omdat nog steeds alle zorgactiviteiten kunnen zijn uitgevoerd binnen 90 dagen. Of er significante wijzigingen optreden is onderzocht in profielanalyses, die hieronder worden toegelicht.

#### *Profielanalyses*

Om significante veranderingen in landelijk gemiddelde zorgprofielen waar te nemen hebben we op basis van de landelijke productie voor elk DBC-zorgproduct in ieder scenario een tweetal kengetallen berekend:

- 1. De landelijk gemiddelde kostprijs van het betreffende DBC-zorgproduct en de bijbehorende landelijke spreiding (1 standaardafwijking).
- 2. De landelijk gemiddelde bandbreedte van het betreffende DBC-zorgproduct, met als ondergrens de landelijk gemiddelde kostprijs minus 1 standaardafwijking en als bovengrens de landelijk gemiddelde kostprijs vermeerderd met 1 standaardafwijking.

Als een DBC-zorgproduct een landelijk gemiddelde kostprijs heeft van 100 en een standaardafwijking van 10, dan is de landelijk gemiddelde bandbreedte gelijk aan het interval tussen 90 en 110.

Wanneer de landelijk gemiddelde kostprijs van een DBC-zorgproduct in de scenario's met verkorte doorlooptijden buiten de bandbreedte valt van hetzelfde product in het huidige RZ13b pakket, is er sprake van een significante verandering in het landelijke profiel van het DBC-zorgproduct.

Uit de analyse volgt dat bij een maximale doorlooptijd van 180 dagen er slechts 7 producten een gemiddelde kostprijs krijgen buiten de bandbreedte van het huidige RZ13b pakket. Deze 7 producten omvatten landelijk ruim 200 trajecten met een verwachte omzet van € 8 mln. Bij een maximale doorlooptijd van 120 dagen krijgen 19 producten een gemiddelde kostprijs krijgen buiten de bandbreedte van het huidige RZ13b pakket. Deze 19 producten omvatten landelijk zo'n 7.000 trajecten met een verwachte omzet van € 40 mln. Bij het verkorten van de doorlooptijd naar 90 dagen gaat het om 26 producten die landelijk zo'n 13.000 trajecten beslaan met een verwachte omzet van € 43 mln.

In de twee laatstgenoemde scenario's betreft het meerdere producten uit de zorgproductgroep revalidatiegeneeskunde.

Vervolgens hebben we ook voor elk DBC-zorgproduct onderzocht in welke mate de berekende bandbreedtes in de verschillende scenario's elkaar overlappen. Wanneer de bandbreedtes elkaar in hoge mate overlappen, zijn de landelijke profielen en daarmee de kostprijzen robuust. Het verkorten van de doorlooptijd verandert in dat geval de profielen en productprijzen van de DBC-zorgproducten niet significant.

Uit de analyses blijkt dat in het 180 dagen scenario voor 3.933 van de 4.320 DBC-zorgproducten geldt dat de bandbreedte meer dan 95% overlapt met het huidige RZ13b pakket. Deze 3.933 producten beslaan 97% van de totale verwachte omzet. In het 120 dagen scenario blijkt voor 3.778 van de 4.320 DBC-zorgproducten dat de bandbreedte meer dan 95% overlapt.

Deze 3.778 producten beslaan nu 91% van de totale verwachte omzet. In het 90 dagen scenario blijkt dit voor 3.629 producten het geval. Het gaat dan om 86% van de totale verwachte omzet.

### 3.7 Conclusies onderzoek

Het verkorten van maximum doorlooptijden van DBC zorgproducten leidt naar verwachting tot:

- Een stijging van het totale productievolume. Dit heeft met name betrekking op het aantal vervolg DBC-zorgproducten.
- De verwachte omzetontwikkeling blijft in relatie tot de toename in volume beperkt als we ervan uitgaan dat de productprijzen worden aangepast wanneer onderliggende profielen wijzigen. Deze omzetstijging moet wel gecorrigeerd worden, aangezien er niet meer zorg verleend wordt.
- De (kosten)homogeniteit van de zorgproductprofielen en tarieven blijft constant wanneer de maximale doorlooptijd wordt verkort.
- Het verkorten van doorlooptijden leidt tot een daling van het onderhandenwerk.
- Uit de profielanalyses blijkt dat slechts enkele producten significant worden geraakt door het verkorten van doorlooptijden en dat het overgrote deel van producten een robuust zorgprofiel kent en daarmee een robuuste productprijs. Voor de zorgproductgroep revalidatiegeneeskunde geldt dit niet. Hiervoor zal dus bij een eventuele verkorting van de doorlooptijd een oplossing moeten worden gevonden in de productstructuur.

## 4. Samenloop met andere dossiers

De ontwikkeling van de DOT-productstructuur en de mogelijke verkorting van de maximum doorlooptijd kent ook raakvlakken met andere recente of nog voorgenomen beleidsaanpassingen:

- Grote veranderingen in de productstructuur (zowel technisch al inhoudelijk) bemoeilijken het gebruiken van informatie uit het NZa kostprijsmodel voor de tariefberekening. In dit model leveren zorgaanbieders hun kostprijsinformatie aan op zorgproductniveau. Wanneer deze producten wijzigen wordt toepassing bemoeilijkt.
- Het voornemen om per 2015 integrale tarieven in te voeren maakt dat het onderscheid tussen de kostencomponent en honorariumcomponent verdwijnt. Grote structuurveranderingen maken het moeilijker voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en vrijgevestigde collectieve maatschappen om afspraken te maken over het verdelen van de middelen vanwege een trendbreuk in historische informatie over opbouw van tarieven van de diverse zorgproducten.
- Jaarlijks stellen we een doorontwikkelagenda DOT op. Indien we integrale tarieven, een nieuwe bekostiging voor de intramurale geneesmiddelen en het verkorten van de maximum doorlooptijd van DBC-zorgproducten invoeren per 2015 zullen mogelijkheden voor overige aanpassingen van de productstructuur beperkt zijn. Indien er per 2015 nog veel andere aanpassingen worden doorgevoerd, wordt het namelijk moeilijk voor veldpartijen om goede onderhandelingen op productniveau te voeren.



## 5. Risico's bij het verkorten van doorlooptijden

### *Impact op productstructuur*

De algemene afsluitregels en de productstructuur zelf maken het samen mogelijk om stabiele prestaties en tarieven af te leiden. De huidige productstructuur is op zichzelf niet verfijnd genoeg om zorgtrajecten – zonder algemene afsluitregels- op een eenduidige manier af te leiden naar (een unieke combinatie van) DBC-zorgproducten. Feitelijk zorgen de afsluitregels er nu voor dat wanneer een DBC-zorgproduct wordt afgesloten, ook het gehele behandeltraject is doorlopen (denk hierbij aan diagnostische activiteiten en herhaalbezoeken). Het afschaffen van algemene registratieregels kan leiden tot grote volumemutaties, omdat bijvoorbeeld herhaalbezoeken dan in een extra ambulant product kunnen worden gedeclareerd. We hebben daarom alleen geanalyseerd wat het effect is van het verkorten van de maximale doorlooptijd en de overige afsluitregels constant gehouden. Het opheffen van gestandaardiseerde afsluitmomenten zou een groot risico zijn voor de uniformiteit van de productstructuur DOT.

Het voorstel van de NVZ om klinische trajecten af te sluiten na ontslag en herhaalbezoeken los declarabel te maken leidt tot soortgelijke risico's als hierboven genoemd. We zien in dit voorstel te grote volumerisico's. Daarnaast grijpt het op voorhand in op meerdere plaatsen in de productstructuur, terwijl een zorgvuldige implementatie van integrale tarieven en het kostprijsmodel een stabiele productstructuur vereist. We adviseren daarom om de afsluitregels van de klinische trajecten in stand te laten.

### *Verwachte productie- en omzetontwikkelingen*

Ondanks de verwachte productiestijging van 19%, blijft de omzetstijging beperkt tot 1,7%. Zoals eerder toegelicht is het niet corrigeren van de honoraria de verklaring van de omzetstijging van 1,7%. Daarbij merken we op dat het uitblijven van een omzetstijging het gevolg is van de aanname in de analyses van een situatie waarin aanbieders en verzekeraars over symmetrische informatie beschikken.

Door het verkorten van doorlooptijden veranderen de DBC-zorgprofielen van meerdere producten en ontstaan meer declarabele producten. De voorgaande analyses in deze notitie beschrijven een situatie waarin een wijziging in zorgprofielen direct zijn weerslag vindt in de productprijzen. Het verkorten van de maximum doorlooptijd behoort macro budgettair neutraal te verlopen. Er wordt namelijk niet meer zorg verleend, het aantal zorgactiviteiten is in alle scenario's gelijk.

De verandering in de tarieven als gevolg van zowel de profielverandering als het toegenomen productie volume moeten meegenomen worden bij de vaststelling van de nieuwe tarieven. Voor het A-segment zullen wij bij het vaststellen van de tarieven hier rekening mee houden. Voor het B-segment gelden vrije prijzen en zullen verzekeraars de prijzen (in de onderhandelingen met de zorgaanbieders) aan moeten passen. Voor producten in het B-segment is het de vraag of zorgverzekeraars hier in de prijsafspraken op kunnen anticiperen.

Nagenoeg lege DBC-zorgproducten kunnen in de praktijk soms declarabel worden gemaakt door het uitvoeren van een extra activiteit. Hier ligt een risico op volume- en omzetgroei. Verzekeraars zullen hier

op toe moeten zien, omdat er in deze situaties sprake is van ongepast gebruik.

#### *Risico-omzet*

Om gevoel te krijgen voor het maximale macro budgettaire risico indien de prijzen niet aangepast worden, hebben wij de risico-omzet berekend. Er zijn twee verschillende omzet effecten. Het eerste effect is het wel of niet aanpassen van het kostendeel van de tarieven als gevolg van het verkorten van de maximum doorlooptijd van DBC-zorgproducten. Het andere effect is het wel of niet aanpassen van het honorariumdeel van de tarieven.

Om zicht te krijgen op de twee verschillende omzet effecten is voor ieder scenario eerst de omzet berekend, op basis van gecorrigeerde kostendelen van de tarieven in combinatie met de hogere productievolumes (deze omzetten komen overeen met tabel 1). Dit is weergegeven in regel 2 van tabel 7. Daarna is het effect van het niet aanpassen van het kostendeel van de tarieven (dit zijn de RZ13b-tarieven uit het 365 dagen scenario) in combinatie met de hogere volumes berekend. Dit is weergegeven op regel 3 van tabel 7.

**Tabel 7: Risico-omzet (in miljoenen €) en verkorte doorlooptijden**

| Parameter                              | 180 dagen | 120 dagen | 90 dagen |
|--|-----------|-----------|----------|
| Omzet RZ13b scenario (basis omzet)     | € 14.098  | € 14.098  | € 14.098 |
| Omzet gecorrigeerde tarieven           | € 14.240  | € 14.301  | € 14.335 |
| Omzet ongecorrigeerde tarieven (RZ13b) | € 14.486  | € 14.704  | € 14.881 |
| Maximale risico-omzet                  | € 388     | € 606     | € 783    |
| Aandeel                                | 2,7%      | 4,1%      | 5,3%     |

Bron: NZa/DBC-Onderhoud

Het risico (als gevolg van niet aangepaste prijzen en hogere volumes) wordt bij het verkorten van de doorlooptijd naar 90 dagen geschat op € 783 miljoen, wat overeenkomt met een risico-aandeel gelijk aan 5,3%. Het risicoaandeel ligt voor het B-segment in alle scenario's nog iets hoger, dus daar manifesteren risico's zich nog nadrukkelijker dan in het A-segment. In het 90 dagen scenario is het risicoaandeel van het A-segment 4,6%, in het B-segment is het risicoaandeel 5,7%.

#### *Maatregelen om risico's te mitigeren*

Om het risico op een omzetstijging door het verkorten van de doorlooptijden van DBC-zorgproducten te beperken zouden we de volgende maatregelen kunnen nemen:

- Publiceren conversietabel waarin aangegeven wordt wat het (landelijk gemiddelde) effect is op de landelijke casemix aan DBC-zorgproducten. Dit kan nog verfijnd worden naar categorie zorgaanbieder.
- Per DBC-zorgproduct geven we aan wat de procentuele verandering in de profielwaarde<sup>2</sup> is als gevolg van het verkorten van de doorlooptijd van het DBC-zorgproduct. Dit doen we ook per categorie zorgaanbieder.

<sup>2</sup> De profielwaarde is de som van de 'waarde' van alle activiteiten binnen het zorgprofiel van een DBC zorgproduct. We willen hier expliciet alleen de procentuele verandering tonen omdat we geen 'richtprijzen' in de markt willen introduceren.

Door veldpartijen te voorzien van inzicht in zowel de prijs- als volume effecten van het verkorten van de doorlooptijden, kunnen partijen goed de onderhandelingen ingaan zonder dat er grote informatie ongelijkheid is. Dit laatste zou de onderhandelingen bemoeilijken en het risico op een stijging van de macro kosten (zonder dat er meer zorg geleverd wordt) vergroten.

Ongelijkheid van informatie kan ook leiden tot het (weer) overgaan op het maken van lumpsum/plafondafspraken contracten. Dit past niet goed bij een van de hoofddoelen van DOT: het beter kunnen onderhandelen op productniveau, om te komen tot scherpere inkoop van zorg.

De waarde van deze informatieproducten is optimaal als er geen andere grote wijzigingen worden doorgevoerd in de productstructuur. Daarom zal bij invoering van de in dit advies beschreven verkorting van de doorlooptijd, inhoudelijke wijzigingen van de DOT-productstructuur beperkt moeten worden als dit niet noodzakelijk is.

Tot slot dient wel opgemerkt te worden dat niet alle DBC-zorgproducten in de gehanteerde dataset zijn vertegenwoordigd. De zogenoemde expertproducten ontbreken, evenals nieuwe vormen van Zvw-zorg zoals de geriatrische revalidatiezorg. Het weergeven van effecten van het verkorten van de maximum doorlooptijd op de zorgproductprofielen van deze producten is bijzonder lastig. We zullen daarom, indien wordt besloten tot het verkorten van de maximale doorlooptijd, in samenwerking met DBC-Onderhoud en veldpartijen hier passende oplossingen voor moeten vinden.





## 6. Reacties op het consultatiedocument

Alle belanghebbende veldpartijen hebben in onze consultatie gereageerd op ons concept advies met betrekking tot het verkorten van de maximale doorlooptijd van DBC-zorgproducten.

### 6.1 Reacties veldpartijen

#### *Nederlandse Federatie van UMC's (NFU)*

De NFU ziet de volgende voordelen: vanuit bekostiging gezien betekent het verkorten van de doorlooptijd dat er sneller inzicht is in de omvang van de productie. Dit heeft o.a. voordelen voor de onderhandelingen met de verzekeraars. Daarnaast kunnen de producten sneller worden gedeclareerd en vergoed.

Ook benoemt de NFU enkele nadelen:

- meer administratie door meer declaraties, meer controles (dus meer administratieve lasten);
- wellicht moeten registratie regels aangepast worden;
- mogelijkheid bestaat dat een patiënt, door het 'opknippen' van een product waarbij de producten in verschillende jaren vallen, twee keer eigen risico moet betalen.

Het is onverstandig om naast het verkorten van de doorlooptijd grote aanpassingen in de productstructuur door te voeren. Kleine wijzigingsverzoeken, foutoplossingen en uitvalreductie moet wel worden doorgevoerd.

Tijdens de adviescommissie Cure waar het advies met de koepels besproken is, heeft de NFU aangegeven in principe voorstander te zijn van het verkorten van de maximum doorlooptijd. Alleen pleit de NFU voor invoering van deze aanpassing later dan 2015, omdat de NFU per 2015 liever andere aanpassingen ziet in de DOT-productstructuur (zoals zorgzwaarte- en outlierbekostiging).

#### *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)*

De NVZ is akkoord met het voorstel om de doorlooptijd van DBC-zorgproducten te verkorten van 365 dagen naar 120 dagen. Wel blijven zij hun voorkeur uitspreken dit te beperken tot vervolg DBC-zorgproducten (ZT21).

Verder ziet de NVZ deze wijziging liever niet ingevoerd worden per 2015, vanwege de combinatie met andere dossiers die per 2015 ingaan. Ook zal er weer een te grote trendbreuk ontstaan. De voorkeur gaat uit naar het invoeren per 2016/2017.

De NVZ wijst op de bijzondere positie van categorale instellingen, zoals Revalidatie- en Audiologische Centra.

De NVZ heeft in haar eerdere voorstel ook gevraagd om klinische DBC's direct na ontslag uit een instelling te sluiten en te declareren. De NVZ vraagt de NZa om dit verzoek op de doorontwikkelagenda te plaatsen.

De NVZ wil graag betrokken worden bij het opstellen nieuwe openings- en afsluitregels.

De NVZ verzoekt nogmaals om eenmalige vervolgcconsulten los declarabel te maken.

*Orde van Medisch Specialisten (OMS)*

De OMS is in principe voorstander van het verkorten van de doorlooptijd van DBC-zorgproducten. Naast de versnelling van de informatievoorziening is er een positief effect op de liquiditeitspositie van de zorgaanbieder.

De OMS vraagt nadrukkelijk aandacht voor de vele majeure wijzigingen die gepland staan voor 2015, zoals de invoering van integrale tarieven, dure geneesmiddelen, verkorten doorlooptijd DBC-zorgproducten.

De OMS maakt zich zorgen of medisch specialisten in staat zijn (technisch en inhoudelijk) al deze wijzigingen voor 2015 doorgrond en verwerkt te krijgen.

OMS zet haar vraagtekens bij de medische inhoudelijke impact van dit voorstel (welke productstructuur wordt inhoudelijk geraakt en welke verhouding is er met de registratieregels en uitzonderingen op de registratieregels) en verzoekt de NZa dit, samen met de wetenschappelijke verenigingen, verder uit te werken.

De OMS vraagt zich af welke effecten er voor de honoraria te verwachten zijn.

De OMS vraagt verder specifieke aandacht (uitzonderingspositie) voor die vakgebieden die fors inhoudelijk geraakt worden door deze voorgestelde aanpassing. Ook de toepassing van deze maatregel op de GGZ, revalidatiegeneeskunde en audiologie moet specifieke inhoudelijk bekeken worden, en eventueel andere vakgebieden die daartoe aanleiding geven.

*Zorgverzekeraar Nederland (ZN)*

In het kader van de versnelling van de financiële informatievoorziening wordt dit advies door ZN als zeer positief ervaren.

Er zijn echter wel een aantal aandachtspunten:

- De mogelijke impact op de medische herkenbaarheid van de producten lijkt beperkt, met uitzondering van de zorgproductgroepen voor de categorale zorg zoals bijvoorbeeld de revalidatie geneeskunde.
- Veldpartijen moeten voorzien worden van conversiegegevens per instelling en aanvullende informatie over de prijsdaling.
- Nadere analyse moet gedaan worden op het effect van het verkorten in relatie tot de huidige registratieregels, in het bijzonder de uitzonderingsregels.
- Voor verzekerden kan het verkorten eveneens gevolgen hebben op het eigen risico. Zeker wanneer een DBC-zorgproduct door het verkorten uiteenvalt in 2 DBC-zorgproducten die over de jaargrens heen vallen. Dit vraagt een goede voorlichting en toelichting naar verzekerden.

*ActiZ*

Voor de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is de impact te groot. ActiZ is daarom tegen het verkorten van de doorlooptijd. ActiZ pleit voor een uitzondering voor de DBC-zorgproducten GRZ.

Belangrijkste argumenten:

- De samenhang met het medische behandeltraject verdwijnt.

- Meerdere DBC's per cliënt staan eenduidige inkoop gericht op kwaliteit in de weg, omdat informatie over productie niet meer te koppelen is aan individuele behandeltrajecten.

ActiZ stelt dat informatie over het onderhandenwerk een goed alternatief is om te komen tot snellere vaststelling van de schadelast.

#### *Revalidatie Nederland (RN)*

RN is tegen het verkorten van de doorlooptijden van DBC-zorgproducten.

Revalidatiezorg wordt te zwaar getroffen door dit voorstel. Volgens RN is het aantal trajecten dat geraakt gaat worden door deze maatregel groter dan wat de NZa in haar analyses heeft gevonden (volgens RN gaat het om meer dan 25% van de trajecten). Twee korte trajecten zijn niet hetzelfde als één langer traject. Het voorstel gaat sterk ten koste van de medische herkenbaarheid.

Door het opknippen zal de zorgvraagindex niets meer zeggen over de zwaarte van een DBC-zorgproduct (omdat alle zware, langlopende producten geknipt gaan worden).

In dit voorstel wordt gesteld dat alle medisch specialistische zorg aan de zelfde regels gebonden moet zijn, terwijl revalidatie een heel specifiek, eigen karakter heeft.

RN meent dat informatiever snelling ook bereikt kan worden door een goede bepaling van het onderhandenwerk.

#### *Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC)*

FENAC is tegen het voorstel (en tegen iedere vorm van verkorten van doorlooptijd).

Audiologie heeft net grote transities achter de rug. Dit voorstel brengt de kosten-, maar vooral ook product-homogene structuur in het geding. Een voorwaarde die de NZa zelf heeft gedefinieerd voor de eerdere transitie naar het B-segment.

De onderliggende dataset van de NZa is niet de juiste basis voor analyses voor audiologie, aangezien audiologie pas sinds 2012 goed in DOT zit, aldus FENAC. FENAC geeft aan dat een eigen analyse op basis van 2012 data laat zien dat de twee zwaarste audiologische producten vrijwel geheel verdwijnen indien de maximum doorlooptijd verkort wordt. Dit leidt tot een ernstige en dus onacceptabele vershraling van het productportfolio van Audiologische Centra.

Zorgtrajecten in Audiologische Centra zijn gemiddeld significant langduriger. Met de maatregel verdwijnt de zorginhoudelijke herkenbaarheid van de audiologische producten.

Tot slot is audiologie volledig ondergebracht in het B-segment. Risico's van een systeemwijziging zoals deze komen volledig bij aanbieders en verzekeraars te liggen. Dit is voor de FENAC niet acceptabel.

Informatiever snelling kan ook bereikt worden door een goede bepaling van het OHW.

Gezien de enorme onrust van de laatste jaren, de diverse wijzigingen die telkenmale zijn geïntroduceerd, pleit de FENAC voor stabiliteit in de systematiek en vooral meer inzicht in de ontwikkeling van het huidige productportfolio.

## 6.2 Reactie NZa

Hier onder zullen wij ingaan op de punten die de koepels hebben aangedragen. Omdat een aantal reacties meerdere keren voor komt, zullen deze in één keer beantwoord worden.

### *Medische herkenbaarheid/zorgzwaarte*

Een vaak terugkomend punt in de reacties is dat het verkorten van de maximum doorlooptijd ten koste gaat van de medische herkenbaarheid. Wij zijn van mening dat het enkel knippen van de huidige producten in kortere producten geen invloed heeft op de medische behandeling in een zorgtraject en dat door het koppelen van de individuele subtrajecten (initiële DBC-zorgproducten en vervolg DBC-zorgproducten) aan het zorgtraject nummer er nog steeds inzicht is in het hele behandeltraject (en dus de zorgvraag) van de patiënt. Ook inzicht in de zorgzwaarte van individuele patiënten kan geborgd worden door een goede registratie van alle subtrajecten die horen bij één zorgvraag.

Indien voor bepaalde specialismen aanpassingen in de DOT-productstructuur nodig blijken, dan zijn we daartoe uiteraard bereid. We treden hiervoor ook graag in overleg met de betrokken koepels en/of wetenschappelijke verenigingen.

### *Uitzonderingen bepaalde specialismen/zorgtypen*

Het doel van het verkorten van de maximum doorlooptijd van DBC-zorgproducten is het eerder definitief vast kunnen stellen van de totale schadelast van een bepaald jaar. Dit doel wordt alleen bereikt als het verkorten van de doorlooptijd voor alle specialismen en alle soorten DBC-zorgproducten (zowel initieel als vervolg) wordt doorgevoerd. Uitzonderingen voor bepaalde zorgproducten en/of specialismen zorgen ervoor dat de definitieve schadelast nog steeds pas na het afsluiten van het laatste DBC-zorgproduct bekend is. Het doel van het verkorten van de maximum doorlooptijd wordt daarmee teniet gedaan.

### *Impact op homogene product- en kostenstructuur*

Uit de analyses die we hebben uitgevoerd concluderen wij dat het verkorten van de doorlooptijd van DBC-zorgproducten geen onevenredig grote impact heeft op de homogeniteit van de product- en kostenstructuur. Uit de profielanalyses blijkt dat slechts enkele producten significant worden geraakt door het verkorten van doorlooptijden en dat het overgrote deel van producten een robuust zorgprofiel kent en daarmee een robuuste productprijs. Dit blijkt ook als de kostenverhoudingen van de uitgangssituatie en het 120 dagen scenario van DBC-zorgproducten binnen een ICD-10 hoofdstuk vergeleken worden. In hoofdstuk vijf van het impactanalyse rapport hebben we dit nader beschreven.

### *Onderhandenwerk (OHW)*

Als alternatief voor het verkorten van de maximum doorlooptijd is het (uniform) bepalen van het OHW genoemd. Het OHW, en het eenduidig bepalen van het OHW, geeft inzicht in de te verwachten schadelast, maar geeft geen zekerheid over de uiteindelijke schadelast. En juist het eerder vast kunnen stellen van de definitieve schadelast is het doel van het verkorten van de doorlooptijden van de DBC-zorgproducten.

### *Registratieregels*

De NZa en DBC-Onderhoud gaan graag in op het aanbod van verschillende koepels om gezamenlijk te kijken naar eventueel benodigde aanpassingen in de registratieregels en andere regelgeving.

*Invoering aanpassing per 2015*

In het adviesverzoek van VWS is verzocht om de eventuele aanpassing van de maximum doorlooptijd van een DBC-zorgproduct zo snel mogelijk te realiseren. Invoering per 2014 is gezien de grote impact van deze aanpassing niet haalbaar. 2015 is volgens ons wel haalbaar. Wij zijn bereid partijen te faciliteren om de vertaling van oude naar nieuwe doorlooptijden te vergemakkelijken.

*Beperkte verdere aanpassingen DOT 2015*

In het advies hebben we de samenhang met een aantal andere dossiers geschetst, dossiers die ook tot aanpassingen leiden in de (DOT-) regelgeving per 2015. Wij zijn, net als koepels in de reacties op het concept advies aangeven, van mening dat de overige aanpassingen binnen DOT per 2015 beperkt van aard moeten zijn.

*Vervolgconsulten los declarabel*

Het voorstel van de NVZ om klinische trajecten af te sluiten na ontslag en herhaalbezoeken los declarabel te maken leidt tot te grote volumerisico's. Daarnaast grijpt het op voorhand in op meerdere plaatsen in de productstructuur, terwijl een zorgvuldige implementatie van integrale tarieven en het kostprijsmodel een stabiele productstructuur vereist. We laten daarom de afsluitregels van de klinische trajecten in stand.

*Risico's eenzijdig bij veldpartijen belegd*

Het aanpassen van de maximum doorlooptijd van DBC-zorgproducten zal het nodige vragen van veldpartijen om hier in de onderhandelingen goed mee om te gaan. Vooral in het vrije segment ligt hier een grote rol voor veldpartijen. Voor het gereguleerde segment zullen wij de gevolgen van het verkorten van de doorlooptijden meenemen in de tariefberekeningen.

Wij zullen veldpartijen voorzien van de informatie die nodig is om de onderhandelingen goed te kunnen voeren en zo risico's te beperken. Naast het publiceren van veranderingen in de profielwaarden van DBC-zorgproducten en conversietabellen (landelijk en per stratum) zullen we bekijken of het mogelijk, én juridisch toegestaan, is om ook conversietabellen per instelling te leveren aan veldpartijen<sup>3</sup>.

*Invloed op honoraria*

Om binnen elk scenario tot goede honorariumbedragen te komen, is voor elk scenario een hernieuwde rondrekening binnen het BKZ Medisch Specialisten nodig. Dat is in het kader van dit onderzoek niet uitgevoerd. Indien deze hernieuwde rondrekening was uitgevoerd, zou deze vanwege een toegenomen productievolume- tot lagere honorariumtarieven gaan leiden. Overigens adviseren wij de Minister om per 2015 over te gaan op integrale tarieven binnen de medisch specialistische zorg.

*Eigen risico*

Door het verkorten van de maximum doorlooptijd van een DBC-zorgproduct kan een product geopend in jaar t en afgesloten in jaar t+1, in de nieuwe situatie in twee producten geknipt wordt. Waarbij het eerste product ten laste van het eigen risico van jaar t komt, en het tweede product ten laste van het eigen risico van jaar t+1. De situatie kan zich dus voordoen dat een patient die voorheen slecht één keer eigen risico diende af te dragen, dit bij een verkorting twee keer moet doen. Dit kan voor individuele patienten een consequentie zijn van de

<sup>3</sup> Een conversietabel bevat geen aantallen en geeft daarom geen inzicht in de daadwerkelijke productie per instelling. Een conversietabel geeft echter wel weer welke DBC-zorgproducten er binnen een instelling uitgevoerd worden.

voorgestelde wijziging. Daar dient wel bij opgemerkt te worden dat de patiënt wel in beide jaren zorg heeft genoten. Daarnaast heeft de patiënt sneller inzicht heeft in zijn/haar gemaakte kosten (belangrijk als het gaat kostenbewustzijn/controle van de nota) wanneer de maximale doorlooptijd van een DBC-zorgproduct wordt verkort..

## 7. Conclusie

Het doel van het verkorten van de maximum doorlooptijd van DBC-zorgproducten is het eerder definitief vast kunnen stellen van de totale schadelast van een bepaald jaar. Dit doel wordt alleen bereikt als het verkorten van de doorlooptijd voor alle specialismen en alle soorten DBC-zorgproducten (zowel initieel als vervolg) wordt doorgevoerd. Uitzonderingen voor bepaalde zorgproducten en/of specialismen zorgen ervoor dat de definitieve schadelast nog steeds pas na het afsluiten van het laatste DBC-zorgproduct bekend is. Het doel van het verkorten van de maximum doorlooptijd wordt daarmee teniet gedaan.

Als we kijken naar de effecten van het verkorten van de maximum doorlooptijd op de productstructuur als geheel, dan blijkt de impact – afgezien van de casemix ontwikkeling – te overzien. Het gaat hier vooral om een verschuiving naar lichtere DBC-zorgproducten of naar (nagenoeg) lege DBC-zorgproducten.

Uit ons onderzoek volgt dat de DBC-zorgproducten en productprijzen een robuust karakter hebben. Het voorgenomen beleid met betrekking tot het kostprijsmodel en integrale tarieven heeft baat bij een stabiele productstructuur. Uit het onderzoek volgt verder dat de productstructuur niet onevenredig hard wordt geraakt en (op een enkele zorgproductgroep en wellicht enkele expertproducten na) geen aanpassingen behoeft.

Daarnaast blijkt dat het verkorten van de maximum doorlooptijd een positief effect heeft op het onderhandenwerk. In het 120 dagen scenario neemt het aantal trajecten dat afgesloten wordt in het jaar van opening toe tot 76%. In het uitgangsscenario (RZ13b) was dit 58%. In termen van omzet neemt de onderhandenwerk positie in het 120 dagen scenario af van 30% (in de uitgangssituatie) naar 20% van de totale schadelast. De onzekerheid over de uiteindelijke schadelast neemt hierdoor sterk af. Ook zal de definitieve schadelast 8 maanden eerder bekend zijn.

In het 90 dagen scenario wijzigen de verhoudingen in de toegepaste afsluitregels bij de afgesloten trajecten opvallend. Ook neemt de risico-omzet bij het verkorten van de doorlooptijd naar 90 dagen relatief sterk toe.

Wij concluderen dat er geen onoverkomelijkheden zijn om de doorlooptijd van DBC-zorgproducten te verkorten. In dit rapport hebben we wel een aantal risico's benoemd, evenals maatregelen om deze risico's te mitigeren.

Daar waar nodig zullen we, in overleg met betrokken koepels en wetenschappelijke verenigingen, de DOT-structuur aanpassen. Zo zal in ieder geval overleg plaatsvinden met de FENAC (audiologie), RN en Actiz (revalidatie) over de gevolgen voor de productstructuur en de gewenste aanpassingen.

Ons advies is om bij een eventueel besluit tot verkorting van de maximale doorlooptijd, deze vast te leggen op 120 dagen en op zijn vroegst in te voeren per 1 januari 2015.

Om de omzeteffecten als gevolg van het eerder afsluiten van DBC-zorgproducten te kunnen beheersen zullen we veldpartijen faciliteren met informatie om de tarieven in het B-segment te kunnen aanpassen. Voor het A-segment zullen we de tarieven aanpassen zodat er als gevolg

van de extra DBC-zorgproduct volumes geen extra omzet ontstaat. Er wordt immers niet meer zorg geleverd dan in de huidige situatie met de langere maximum doorlooptijd.