

Aanpassing NZa-regelgeving parallelliteit

Achtergrondinformatie en afspraken over impactberekening

April 2019

Eind 2017 zijn de NVZ, ZN, NFU en FMS samen het traject 'Vereenvoudigen regelgeving MSZ' gestart. Dit traject past binnen de afspraken die gemaakt zijn in het addendum bij het 'Onderhandelaarsakkoord MSZ 2018', waarin partijen hebben ingestemd met het opstellen van een actieplan 'Vermindering registratiedruk voor professionals'.

Ook in het 'Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022' zijn hierover soortgelijke afspraken opgenomen. Tot slot is dit traject ook genoemd in het Actieplan (Ont)Regel de Zorg. Ten behoeve van dit traject is een gezamenlijke werkgroep ingericht met vertegenwoordigers van ziekenhuizen, zorgverzekeraars, UMC's en medisch specialisten.

Het doel is om aan de hand van concrete casussen te onderzoeken of overeenstemming bereikt kan worden over het vereenvoudigen of afschaffen van regels. Daarbij richt de werkgroep zich in eerste instantie op de registratie- en declaratieregelgeving van de NZa. De uitkomst wordt in een gezamenlijk voorstel aan de NZa voorgelegd. De NZa heeft dit initiatief van partijen omarmd en is zelf ook gaan deelnemen aan de werkgroep bijeenkomsten om zo uit eerste hand mee te krijgen welke problemen worden ervaren en welke oplossingen hiervoor worden bedacht.

De focus van deze werkgroep lag bij het vereenvoudigen van de regels die gaan over het parallel registreren van DBC's. Deze notitie geeft de uitwerking en oplossing van dit vraagstuk aan de hand van de volgende indeling:

- A) *Wat is het probleem en waarom is dit een probleem?*
- B) *Wat is het voorstel (samengevat)?*
- C) *Welke wijzigingen worden doorgevoerd in de regelgeving ten aanzien van 'Parallelliteit over specialismen heen'?*
- D) *Welke wijzigingen worden doorgevoerd in de regelgeving ten aanzien van 'Parallelliteit binnen een specialisme'?*
- E) *Welke wijzigingen worden doorgevoerd in de regelgeving ten aanzien van 'Multidisciplinaire behandeling'?*
- F) *Welke afspraken maken we over de berekening van de impact van deze wijzigingen?*

A) Wat is het probleem en waarom is dit een probleem?

In alle inventarisaties rondom de registratie- en declaratieregelgeving van de NZa komen de **parallelliteitsregels als grootste knelpunt** naar voren. Dit zijn regels die voorschrijven wanneer er twee of meer DBC's naast elkaar (parallel) geregistreerd mogen worden. Parallel betekent dat twee of meer DBC-zorgtrajecten elkaar minimaal 1 kalenderdag overlappen. Er worden binnen die parallelliteitsregels twee situaties onderscheiden:

- Parallelliteit binnen één specialisme
- Parallelliteit over specialismen heen

Met name de regels rondom **parallelliteit over specialismen heen** worden als complex en **onuitvoerbaar ervaren**. Zo mag een tweede specialisme alleen een DBC openen als er sprake is van een nieuwe zorgvraag, diagnosestelling én behandeling. In de uitvoering lopen partijen hier tegen grote problemen aan.

De belangrijkste redenen dat dit het grootste knelpunt is in het kader van regeldruk zijn hieronder benoemd.

Reden 1: De parallelliteitsregels sluiten niet aan bij de praktijk van ziekenhuizen.

Zo is bijvoorbeeld het begrip 'behandeling' in sterke mate bepalend voor wat wel en niet is toegestaan in het parallel registreren van DBC's over specialismen heen. Echter sluit dit begrip niet aan bij de werkwijze van medisch specialisten. Want wat is behandelen? Een behandeling kan volgens de NZa ook conservatief van aard zijn. Zo is bijvoorbeeld het voorschrijven van medicijnen ook een vorm van behandeling. Maar wat als de dokter zegt: We kijken het nog een paar weken aan? Is dat wel of geen behandeling? En wanneer er na uitgebreide diagnostiek geen diagnose gesteld kan worden; waarom mag er dan geen DBC worden vastgelegd als er al een DBC van een ander specialisme voor een totaal andere zorgvraag open staat? In de praktijk levert dit erg veel discussies op tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, maar ook tussen ziekenhuizen en de medisch specialisten. Er gaat bovendien een verkeerde prikkel vanuit. Het wel of niet behandelen bepaalt primair of je als tweede specialisme een DBC mag openen.

Reden 2: De parallelliteitsregels zijn multi-interpretabel en worden zeer verschillend toegepast.

Een voorbeeld hiervan is de toepassing van de regels voor multidisciplinaire behandeling. Bij multidisciplinaire behandeling is er sprake één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar een eigen behandeling uitvoeren. In dat geval opent elk (poort)specialisme dus een eigen DBC. Maar wanneer is er nu sprake van een eigen behandeling? En wanneer je samen behandelt; kan dit dan gezien worden als een eigen behandeling of is dit toch één behandeling waarvoor slechts één specialisme een DBC mag openen? In de afgelopen jaren heeft deze discussie zich geconcentreerd op 4 zorginhoudelijk gebieden (gedefinieerd in de Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ): carpaal tunnelsyndroom, slaapaandoeningen, varices, incontinentie/prolaps.

Diversiteit zie je ook terug in de registratie op de SEH. Ziekenhuizen blijken hier allemaal hun eigen accent te leggen ten aanzien van het bepalen of een tweede DBC gerechtvaardigd is. Sommigen doen dit vanuit het begrip 'zorgvraag', andere ziekenhuizen vanuit het principe 'eigen behandeling' en weer andere ziekenhuizen vanuit het principe 'eigen diagnostiek'. Uniformiteit in registratie op de SEH is ver te zoeken.

Reden 3: De parallelliteitsregels sluiten niet aan bij de klinische praktijk.

Voorbeeld: een patiënt wordt parallel door twee specialismen onderzocht voor verschillende zorgvragen en voor beide zorgvragen vindt uitgebreide diagnostiek plaats. Deze onderzoeken en diagnostiek leiden bij slechts één specialisme tot een diagnose. Volgens de huidige regelgeving mag dan het specialisme waarbij niet tot een diagnose is gekomen géén DBC openen. Immers is de registratieregel: *Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.*

Dus ondanks dat beide specialisten dezelfde inspanningen, onderzoek en diagnostiek hebben geleverd, mag er slechts één DBC geopend worden. Het is niet wenselijk dat binnen de registratiebepalingen hier een onderscheid in wordt gemaakt. Er wordt in de huidige regel meer waarde gehecht aan de uiteindelijke diagnose dan de inspanningen en onderzoeken die uitgevoerd worden ten behoeve van die diagnosestelling.

Onjuiste prikkels ten aanzien van registratie kan ook ontstaan als een patiënt in verschillende instellingen wordt behandeld. Immers gaan de parallelliteitsregels niet over de instellingsmuren heen. Samenwerkingen tussen ziekenhuizen en ZBC's zouden op deze manier ook verkeerde prikkels met zich mee kunnen brengen.

Reden 4: De parallelliteitsregels zorgen voor veel herstelwerk achteraf

De huidige parallelliteitsregels zijn aan de voorkant niet goed in de zorgprocessen in te richten, omdat er een afhankelijkheid is met de registratie bij een ander specialisme. Op dit punt ondersteunt de regelgeving dan ook niet het gedachtegoed van het in één keer juist registreren aan de bron. Ook is het nietondersteunend aan nieuwe vormen van toezicht, zoals Horizontaal Toezicht. De beheersing die we met Horizontaal Toezicht beogen gaat juist over een goede procesbeheersing en het voorkomen van onnodig herstelwerk achteraf. Parallelliteitsregels leveren de meeste administratieve last op in het zelfonderzoek (de Handreiking). Tenslotte zijn de huidige regels ook niet te automatiseren, terwijl dit wel wenselijk is.

Reden 5: De parallelliteitsregels maken de registraties van medisch specialisten van elkaar afhankelijk.

Het lastige voor een medisch specialist is dat er in het naleven van de registratieregels een afhankelijkheid kan zijn van andere specialismen. Wanneer een ander specialisme namelijk ook een DBC heeft open staan binnen dezelfde instelling moet de medisch specialist voorafgaand aan het openen van zijn eigen zorgtraject bepalen of er sprake gaat zijn van diagnosestelling en behandeling. Dit laatste is vooraf doorgaans niet te bepalen. Deze onderlinge afhankelijkheid ten aanzien van een juiste registratie is niet wenselijk en geeft onvoldoende registratiezekerheid.

Reden 6: De parallelliteitsregels sluiten niet aan bij de inrichting van de huidige bekostiging.

De huidige DBC-productstructuur is nog altijd grotendeels ingericht langs de lijnen van de verschillende specialismen. En alhoewel oorspronkelijk het plan was om meer integrale producten te ontwikkelen (dus één DBC per zorgvraag), is de praktijk dat er slechts een handjevol integrale (multidisciplinaire) DBC-zorgproducten zijn. De huidige regelgeving lijkt dus uit te gaan van die integrale benadering, maar dit sluit niet aan bij hoe de productstructuur is opgezet. Wanneer verschillende zorgtrajecten worden geïntegreerd onder 1 DBC zal dit vooral zorgen voor vervuiling van de profielen. De aangegeven diagnose bepaalt dan in welke DBC-hoofdstuk een product wordt afgeleid. De uitgevoerde verrichtingen van het andere specialismen doen in de afleiding van deze DBC doorgaans weinig tot niks. Dit zorgt ook voor vervuiling in de kostprijzen (te hoog of te laag).

B) Wat is het voorstel (samengevat)?

De werkgroep 'Vereenvoudigen regelgeving MSZ' is tot het volgende gezamenlijke voorstel gekomen ten aanzien van de parallelliteitsregels met invoering per 2020:

- De parallelliteitsregels voor het registreren van DBC's binnen een specialisme blijven onverkort strikt;
- De medisch specialist maakt zelf de afweging of het openen van een extra DBC-zorgtraject gerechtvaardigd is;
- De gehanteerde begrippen worden meer in lijn gebracht met de praktijk van de medisch specialist: het begrip 'behandeling' wordt aangepast naar 'uit te voeren beleid'. Met dit begrip 'uit te voeren beleid' wordt beter duidelijk dat de zorg niet altijd activiteit gedreven hoeft te zijn (zoals er wel een perceptie is bij het begrip behandeling, ook bij conservatieve behandelingen is sprake van beleid);
- Een tweede DBC binnen eenzelfde specialisme mag alleen geopend worden als er sprake is van een tweede zorgvraag én separaat uit te voeren beleid ten aanzien van die tweede zorgvraag;
- De parallelliteitsregels voor het registreren van DBC's over specialismen heen worden aangepast. Een aantal basisregels gelden als minimale eis voor het registreren van elke DBC;
 - o Zo dient de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en een DBC vastlegt verantwoordelijk te zijn voor anamnese en diagnosestelling, dit moet blijken uit het medisch dossier;
 - o In elk zorgtraject is minimaal één keer sprake van fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt.
- De regels voor multidisciplinaire behandeling blijven van kracht¹;
- Met behulp van voorbeelden zal een duidelijker onderscheid worden gemaakt tussen vormen van multidisciplinaire zorg en wanneer wel of geen tweede DBC geopend mag worden;
- 'Aanvragen van verrichtingen ten behoeve van diagnostiek' is onvoldoende grond voor het openen van een tweede DBC,
- 'Gecombineerde diagnostiek en besluitvorming over het te voeren beleid' en het 'Deelnemen aan beleid' is voldoende grond voor het openen van een tweede DBC;
- Er worden tussen ZN, NV, NFU en FMS afspraken gemaakt over hoe om te gaan met de impact van de voorgestelde wijziging.

¹ Daar waar een multidisciplinair DBC-ZP beschikbaar is moet deze ook worden gebruikt.

C) Welke wijzigingen worden doorgevoerd in de regelgeving ten aanzien van 'Parallelliteit over specialismen heen'?

De parallelliteitsregels voor het registreren van DBC's over specialismen heen worden verruimd. Wel is er een aantal basisregels die als minimale eis gelden voor het registreren van elke DBC. Zo dient de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en een DBC vastlegt verantwoordelijk te zijn voor anamnese en diagnosestelling en dit moet blijken uit het medisch dossier. In elk zorgtraject is minimaal één keer sprake van fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Hieronder de uitwerking van de nieuwe regelgeving.

Huidige regelgeving

Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a, artikel 5, lid 2 en 3

Artikel 5 lid 2:

Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.

Artikel 5 lid 3:

Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek, zoals bedoeld in artikel 5 lid 1 en lid 2, geldt een uitzondering: indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar, openen beide poortspecialismen een zorgtraject.

Nieuwe regelgeving

Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2001, artikel 5, lid 3

Artikel 5 lid 3:

Een nieuw te openen zorgtraject voldoet aan de volgende voorwaarden:

- er is sprake van een behandelrelatie voor de zorgvraag tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt zoals beschreven in de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO).
- de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.
- het subtraject met ZT11 in het zorgtraject bevat ten minste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Hierop gelden de volgende uitzonderingen:

.....

Toelichting NZa bij deze wijziging

“Uit de gesprekken met de werkgroep en de schriftelijke input van uit de werkgroep blijkt dat de parallelliteitsregels op verschillende manieren geïnterpreteerd wordt op dit moment, soms zelfs strikter dan ze zijn bedoeld. Volgens ons moet artikel 5, lid 2 gelezen worden in het kader van een patiënt die zich met meerdere zorgvragen tegelijkertijd bij de zorgaanbieder meldt, vrijwel altijd op de SEH. In dit licht is het artikel en het doel ervan goed te begrijpen en uit te leggen. ‘de behandeling van de patiënt’ moet volgens ons geïnterpreteerd worden als ‘de behandeling van de patiënt op een bepaald moment’. Het gaat dus niet om de behandeling van de patiënt met verschillende zorgvragen die op verschillende momenten ontstaan, maar verschillende zorgvragen die op één moment min of meer tegelijkertijd worden behandeld door verschillende hoofdbehandelaars (en dat zal zich met name op de SEH/multi-trauma voordoen).

Het is logisch dat de regelgeving strenger is wanneer een patiënt op hetzelfde moment met meerdere zorgvragen het ziekenhuis binnenkomt. Door de voorwaarde diagnostiek én behandeling voor elk specialisme wordt voorkomen dat de patiënt door (onnodig) meerdere specialisten ‘even’ onderzocht wordt. Voor meerdere zorgvragen over een langere tijd is dit niet uit te leggen. Daarnaast kan het niet de bedoeling zijn dat voor het openen van zorgtraject een specialist afhankelijk is van een ongerelateerde behandeling bij een ander specialisme.”

D) Welke wijzigingen worden doorgevoerd in de regelgeving ten aanzien van ‘Parallelliteit binnen een specialisme’?

De parallelliteitsregels voor het registreren van DBC’s binnen een specialisme blijven onverkort strikt. Wel worden gehanteerde begrippen meer in lijn gebracht met de praktijk van de medisch specialist. Zo is het begrip ‘behandeling’ aangepast in ‘uit te voeren beleid’. Een tweede DBC binnen eenzelfde specialisme mag alleen geopend worden als er sprake is van een tweede zorgvraag én separaat uit te voeren beleid ten aanzien van die tweede zorgvraag. De medisch specialist maakt zelf de afweging of het openen van een tweede DBC gerechtvaardigd is. Deze regels komen bovenop de algemene basisregels voor het registreren van een DBC. Hieronder de uitwerking van de nieuwe regelgeving.

Huidige regelgeving

Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a, artikel 5a

- Artikel 5a lid 1:

Een parallel zorgtraject (met bijbehorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme wordt alleen geregistreerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Wanneer verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetypering voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject, wordt geen parallel zorgtraject geopend.

De subtrajecten van het parallelle zorgtraject hebben een zorgprofiel met eigen zorgactiviteiten, waarvan:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen; en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3; en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing; en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit de groep van verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie; en/of
- minimaal één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen; en/of
- minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (range audiologie 190702-190799), waarbij sprake is van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten; en/of
- minimaal zorgactiviteit 039898; en/of
- minimaal zorgactiviteit 039676.

De combinatie van de (typerende) diagnosen van het reeds openstaande subtraject en het te openen subtraject van het parallelle zorgtraject komt op de openingsdatum van het te openen parallelle subtraject niet voor in de diagnose-combinatietabel (bijlage 7 van deze regeling).

Nieuwe regelgeving

Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2001, artikel 5, lid 4

Parallele zorgtrajecten binnen eenzelfde specialisme

a. Voor het openen van een parallel zorgtraject binnen eenzelfde specialisme gelden de eisen zoals beschreven in bovenstaande leden en moet sprake zijn van een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag.

b. Een parallel zorgtraject met eenzelfde diagnosetypering mag worden geopend indien sprake is van een dubbelzijdige aandoening waarbij binnen de looptijd van een subtraject aan beide zijde een zorgactiviteit wordt uitgevoerd die voorkomt in bijlage 1 bij het registratieaddendum (42-dagenregel zorgactiviteiten). De combinatie van diagnosen mag hierbij niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel (Bijlage 7).

c. Er wordt geen parallel zorgtraject geopend:

- Wanneer de combinatie van beide diagnosen voorkomt in de diagnose-combinatietabel (bijlage 7 bij deze regeling).

- Wanneer verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetypering voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject.

-

Toelichting NZa bij deze wijziging

“Voor het openen van parallelle zorgtrajecten binnen eenzelfde specialisme is de regelgeving logischerwijs strenger. Doordat binnen eenzelfde specialisme minder vaak of minder duidelijk sprake is van een eigen zorgvraag en een voldoende afzonderlijk zorgtraject (voldoende ‘gewicht’), bestaat er een groter risico op het onterecht openen van een tweede zorgtraject. Daarom wordt in artikel 5a de regels voor het openen van een parallel zorgtraject binnen een specialisme beschreven.

In artikel 5a worden de voorwaarden gesteld van een andere zorgvraag waarvoor een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarnaast zijn er profieisen waaraan de subtrajecten van het parallelle zorgtraject dienen te voldoen. Door meerdere kleine aanpassingen aan dit artikellid in verschillende releases is er veel onduidelijkheid op welke subtrajecten de profieisen rusten en lijkt de regelgeving nu te streng op dit punt. Ondertussen worden de profieisen voor parallelle trajecten door het veld als ‘minder zwaar’ beschouwd, dan de eisen voor het openen van een nieuw zorgtraject.

Bijvoorbeeld: alleen een ZPK1 is voldoende volgens de profieisen. Echter is met alleen ZPK1 niet per definitie ook sprake van een behandeling.

In artikel 5a is opgenomen dat er voor de nieuwe zorgvraag sprake moet zijn van diagnosestelling en behandeling. Deze eis omvat indirect al alle zorgactiviteiten die genoemd worden in de profieisen. Omdat de profieisen tot verwarring leiden en in onze optiek inhoudelijk gezien niets toevoegen, kunnen deze losgelaten worden.”

E) Welke wijzigingen worden doorgevoerd in de regelgeving ten aanzien van ‘Multidisciplinaire behandeling’?

De regels voor multidisciplinaire behandeling blijven van kracht. Ook hier zijn begrippen in lijn gebracht met de te hanteren begrippen als medisch specialist. Met behulp van voorbeelden zal een duidelijker onderscheid worden gemaakt tussen vormen van multidisciplinaire zorg en wanneer wel of geen tweede DBC geopend mag worden: ‘Aanvragen van verrichtingen ten behoeve van diagnostiek’ is onvoldoende voor het openen van een tweede DBC, ‘Gecombineerde diagnostiek en besluitvorming over het te voeren beleid’ en het ‘Deelnemen aan beleid’ wel. Hieronder de uitwerking van de nieuwe regelgeving en de voorbeelden.

Huidige regelgeving

Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a, artikel 5b

5b. Openen zorgtraject bij multidisciplinaire behandeling (met subtraject ZT11)

Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialisten als hoofdbehandelaar een eigen behandeling uitvoeren. In dat geval opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject.

Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist en/of physician assistant een deel van de prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt één zorgtraject geopend.

Nieuwe regelgeving

Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2001, artikel 5, lid 2

2. Multidisciplinaire behandeling

a. Als er sprake is van een multidisciplinaire behandeling kunnen er voor dezelfde zorgvraag van een patiënt meerdere zorgtrajecten worden geopend. Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van het beleid met betrekking tot de zorgvraag.

b. Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een SEH-arts KNMG (of een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de SEH-functie uitoefent) als een andere beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert een deel van de prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt één zorgtraject geopend.

Met behulp van onderstaande voorbeelden zal een duidelijker onderscheid worden gemaakt tussen vormen van multidisciplinaire zorg en wanneer wel of geen tweede DBC geopend mag worden. De volgende drie voorbeelden worden onderscheiden:

- Aanvragen verrichting ten behoeve van diagnostiek

Wanneer een tweede specialisme enkel een verrichting uitvoert ten behoeve van de diagnostiek van een aanvragend specialisme én de anamnese van dit tweede specialisme enkel tot doel heeft de verrichting op een goede manier uit te voeren is er géén sprake van een tweede zorgtraject.

- Gecombineerde diagnostiek en besluitvorming over het te voeren beleid

Wanneer er meerdere specialismen die de poortfunctie uitoefenen een anamnese afnemen (zelfstandig of gecombineerd), er bij deze specialismen sprake is van eigen diagnostiek én deze specialismen onderdeel uitmaken van de besluitvorming over het te voeren beleid, parallel dan wel serieel op basis van een doorverwijzing, openen deze specialismen een eigen zorgtraject.

- Deelnemen aan beleid

Wanneer meerdere specialismen onderdeel uitmaken van het te voeren beleid behorende bij een zorgvraag opent elk specialisme een eigen DBC, tenzij er sprake is van een ondersteunend specialisme.

F) Welke afspraken maken we over de berekening van de impact van deze wijzigingen?

Binnen de werkgroep is besproken dat de impact van de wijzigingen in deze regelgeving zich primair zal voordoen op de SEH en bij een aantal specifieke multidisciplinaire behandelingen. De SEH is de plek waar de patiënt 'zich met meerdere zorgvragen tegelijkertijd bij de zorgaanbieder meldt'. Daarbij is ook duidelijk dat deze impact zal verschillen per aanbieder, omdat ziekenhuizen er duidelijk verschillende registratiewijzen op nahouden. Met de voorgestelde wijziging wordt het registreren van DBC's uniform.

Afgesproken wordt dat er door alle ziekenhuizen een impactanalyse zal worden gemaakt in 2020 en 2021 ten aanzien van de SEH-registraties. De codes 190015 en 190016 zijn de beste parameters om consulten op de SEH te detecteren. Deze analyse vormt de basis om over 2020 en 2021 vast te stellen wat de impact van de bovengenoemde wijziging in regelgeving is op de SEH-registratie.

Op hoofdlijnen betekent deze methodiek dat over de jaren 2017 t/m 2019 wordt vastgesteld bij hoeveel patiënten die met een spoedeisende-hulpvraag naar een instelling komen er op diezelfde dag meerdere zorgtrajecten worden geopend voor verschillende specialismen. Op de openingsdatum van een zorgtraject is dan de zorgactiviteit 190015 of 190016 geregistreerd.

Dezelfde analyse wordt ook uitgevoerd over de jaren 2020 en 2021. De relatieve afname of toename van parallelle DBC's (over specialismen heen) geopend op de SEH op dezelfde dag, wordt toegeschreven aan de verandering in de regelgeving. Zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als medisch specialisten zullen zich conformeren aan deze werkwijze en vooraf in een bestuurlijk commitment op brancheniveau met elkaar vaststellen dat de impact een gevolg is van de regelgeving wijziging. In de bilaterale zorginkoopafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan bepaald worden of er sprake is van een impact op basis van de afgesproken methodiek in bijlage 1 en kan deze mutatie gekwantificeerd worden (t.b.v. budgetneutrale overgang). Het is aan dit bilaterale overleg om te bepalen in welke mate er een verrekening zal plaatsvinden. Ook kan er in het bilaterale overleg – op basis van ziekenhuisspecifieke factoren - besloten worden dat er afgeweken wordt van de methodiek uit bijlage 1, mits zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder hiermee instemt. De uitkomst van de analyse zoals beschreven in bijlage 1 kan ook verwerkt worden in de prijsstelling van de DBC-zorgproducten voor de jaren vanaf 2022.

In de afgelopen jaren zijn controles uitgevoerd op de volgende 4 gebieden, zoals gedefinieerd in de Handreiking: carpaal tunnelsyndroom, slaapaandoeningen, varices, incontinentie/prolaps. Mogelijk heeft dit ertoe geleid dat op deze 4 gebieden vaker registratiebeperkingen zijn doorgevoerd en dat de tarieven daar ook op zijn aangepast. Ten aanzien van de multidisciplinaire behandeling worden daarom alleen voor deze 4 gebieden specifieke afspraken gemaakt voor het bepalen van de impact.

De voorgestelde vereenvoudiging van regelgeving kan voor deze 4 gebieden namelijk leiden tot een bepaalde impact. Voor deze 4 gebieden wordt dan ook conform de was/wordt analyse van de registratie op de SEH de impact bepaald met als centrale vraag of de multidisciplinaire behandeling van deze 4 gebieden door de wijziging in regelgeving leidt tot meer DBC's. De selectie van DBC's wordt gemaakt aan de hand van de selectiecriteria uit de handreiking.

In de bijlage is de aanpak van de impactanalyse verder uitgewerkt.

Bijlage: Aanpak Impactanalyse

Impact op SEH (voorbeeldberekening)

Waardeer de volumes van meerdere jaren met een uniform tarief per DBC (plus prijsindexaties). Hierbij wordt de volgende planning gehanteerd:

Juni 2021: voorlopige berekening 2020

Oktober 2021: definitieve berekening 2020

Juni 2022: voorlopige berekening 2021 (optioneel)

Oktober 2022: definitieve berekening 2021

	2017 – 2019 (gem. per jaar)	2020*
A1. Totaal aantal unieke patiënten waarvoor op SEH (te herkennen aan consult 190015 of 190016 op startdatum subtraject) een subtraject zorgtype 11 is geopend.	A1. 2017: 98 2018: 106 2019: 102 Gemiddeld: 102	A1. 2020: 104
A2. Totale omzet van deze subtrajecten	A2. 2017: € 1000 2018: € 1200 2019: € 1100 Gemiddeld: € 1100	A2. 2020: € 1400
B1. Totaal aantal patiënten waarvoor op SEH (te herkennen aan consult 190015 of 190016 op startdatum subtraject) meerdere subtrajecten zorgtype 11 zijn geopend.	B1. 2017: 4 2018: 6 2019: 5 Gemiddeld: 5	B1. 2020: 10
B2. Totale omzet van deze subtrajecten	B2. 2017: € 100 2018: € 120 2019: € 110 Gemiddeld: € 110	B2. 2020: € 220

* aanpak wordt herhaald over 2021

Stap 1

Tel per jaar aantal unieke patiënten op SEH (te herkennen aan consult 190015 of 190016 op startdatum subtraject)

In voorbeeld

2017 – 2019: gemiddeld 102

2020: 104

Stap 2

Stel mutatie aantal unieke patiënten vast

In voorbeeld

$$104 - 102 / 102 = 1,96$$

Stap 3

Tel aantal unieke patiënten waarvoor op SEH (te herkennen aan consult 190015 of 190016 op startdatum subtraject) meerdere subtrajecten zorgtype 11 zijn geopend.

In voorbeeld

2017 – 2019: gemiddeld 5

2020: 10

Stap 4

Stel gemiddelde kosten per patiënt vast (met meerdere zorgtrajecten)

In voorbeeld

2017 – 2019: gemiddeld € 22

2020: € 22

Stap 5

Bereken impact in de vorm van restverschil:

In voorbeeld

Zorgkosten oud: € 110

Zorgkosten nieuw: € 220

Verschil: € 110

Tgv groei aantal unieke patiënten: € 2,16 (= 1,96 * € 110)

Tgv ontwikkeling gemiddelde kosten per patiënt: € 0 (= € 22 -/- € 22)

Restverschil: € 107,84

Impact op 4 benoemde gebieden/multidisciplinaire behandelingen (voorbeeldberekening)

Stap 1

Bepaal omzet per benoemde multidisciplinaire behandeling (=deelgebied) voor en na aanpassing (op basis van selectie handreiking) met een over de jaren heen uniform tarief per DBC.

	2017 – 2019 (gem. per jaar)	2020*
Omzet deelgebied a		
Omzet deelgebied b		
Omzet deelgebied c		
Omzet deelgebied d		

* aanpak wordt herhaald over 2021

Stap 2

Corrigeer dit voor prijsindexaties en toename / afname unieke patiënten

Stap 3

Bepaal de impact op de declaratiemassa