

# **Beoordeling en verantwoording dbc- pakket 2017 (RZ17a)**

Ingangsdatum 1 januari 2017



# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Context	5
1.2 Oplevering dbc-pakket 2017 (RZ17a)	5
1.3 Leeswijzer	6
<b>2. Beoordeling productstructuur 2017</b>	<b>8</b>
2.1 Inleiding	8
2.2 Kengetallen	8
2.3 Overige zorgproducten voor onverzekerde zorg	8
2.4 Aparte prestaties voor voorwaardelijk toegelaten zorg	9
2.5 Gedifferentieerde prestaties voor genotypering (klinische genetica)	10
2.6 Vereenvoudiging prestaties kaakchirurgie	10
2.7 Wijziging prestaties wervelkolomchirurgie	11
2.8 Nieuwe bekostiging geneesmiddelen	11
2.9 Overloop-dbc's	11
2.10 Faciliteren diagnoses Jeugdwet	12
2.11 Regulier onderhoud	12
2.12 Conclusie	13
<b>3. Beleidsontwikkeling dbc-systeem</b>	<b>14</b>
3.1 Nieuw beleid geneesmiddelen en stollingsfactoren	14
3.2 Kaakchirurgie	14
3.3 Registratieverplichting ICD-10	14
<b>4. Verantwoording en beoordeling tarieven 2017</b>	<b>15</b>
4.1 Inleiding	15
4.2 Uitgangspunten tariefberekening	15
4.2.1 Overzicht categorie-indeling	16
4.2.1.1 Dbc-zorgproducten	17
4.2.1.2 Overige zorgproducten	19
4.2.2 Kostprijstaanleveringen instellingen over 2014	22
4.2.3 Schoning voor uitbijters op instellingsniveau	23
4.2.4 Schoning voor uitbijters op zorgproductniveau	24
4.2.5 Tarieftoeslagen	24
4.2.6 Vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen	26
4.3 Beoordeling	28
4.3.1 Generieke beoordelingsanalyses	28
4.3.1.1 Productiewaarde-analyses	28
4.3.1.2 Spreidingsanalyses op aangeleverde kostprijzen	30
4.3.1.3 Prijsmutaties	30
4.3.1.4 Vergelijkingen categorieën instellingen	32
4.3.1.5 Beoordeling tarieven kaakchirurgie	34
4.3.2 Verfijning rekenmethode als gevolg van beoordeling	36
4.3.2.1 Aanvullende schoning voor uitbijters	36
4.3.2.2 Aanpassing meerjaarsgemiddelde vanwege lage kostprijsaantallen	37
4.3.2.3 Aanpassing logische volgordelijkheid	38
4.3.3 Overige wijzigingen als gevolg van beoordeling	40
4.3.3.1 Wijze van toepassen afslag geneesmiddelen	40
4.3.3.2 Zorgproductgroep infertiliteit	40
4.3.3.3 Zorgproductgroep Complex Chronisch Longfalen (CCL)	41
4.3.3.4 Intensive Care	42
4.3.3.5 Aanpassingen eerstelijns diagnostiek	43
4.3.3.6 Aanvullende schoningen kostprijzen	44
4.3.3.7 Aanvullende indexaties van tarieven	46
4.3.3.8 Overige wijzigingen	47

4.4	Effectanalyses en conclusie	48
4.4.1	Overzicht tariefberekening	48
4.4.2	Productiewaarde-analyse	50
4.4.3	Analyse prijsmutaties	53
4.4.4	Analyse spreiding naar categorieën	56
4.4.5	Algehele conclusie	59

# 1. Inleiding

## 1.1 Context

Per 1 januari 2012 is prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg ingevoerd, met als prestatie- en tarifieringssysteem de dbc-systematiek. In de jaren 2012 tot en met 2015 is aan de hand van de doorontwikkelagenda DOT het systeem verder verbeterd. Vervolgens is de lijn ingezet om geen grote beleidswijzigingen door te voeren, mede om tegemoet te komen aan de wensen vanuit veldpartijen voor rust en stabiliteit in de bekostiging. Per 2017 zetten wij deze lijn voort. Verder zal ook dit jaar de vaststelling en publicatie van het dbc-pakket een half jaar voorafgaand aan inwerkingtreding van het beleid plaatsvinden. Dit betekent dat de prestaties, tarieven en regelgeving voor de medisch specialistische zorg per 2017 vóór 1 juli 2016 kenbaar worden gemaakt.

Dit rapport beschrijft de wijzigingen in het dbc-pakket 2017 (RZ17a) en geeft onze beoordeling van deze wijzigingen weer.

In mei 2016 heeft de NZa het plan van aanpak doorontwikkeling dbc's medisch specialistische zorg gepubliceerd<sup>1</sup>. Hierin adviseren wij over de doorontwikkeling van de dbc's op de middellange en lange termijn en de route en activiteiten die nodig zijn om dit plan te realiseren. De inhoud van dit plan kan zijn beslag krijgen in de beleidscyclus 2018 en verder.

## 1.2 Oplevering dbc-pakket 2017 (RZ17a)

In maart 2016 heeft de NZa een besluit genomen over de hoofdlijnen van het dbc-pakket 2016 (2<sup>e</sup> go).<sup>2</sup> Vervolgens hebben wij eind maart de concept productstructuur in concept uitgeleverd aan het veld en medio mei 2016 zijn de regelgeving en tarieven in concept gepubliceerd. Het dbc-pakket 2017 bestaat uit de volgende onderdelen:

---

<sup>1</sup> Zie 'Plan van aanpak middellange termijn doorontwikkeling dbc's medisch specialistische zorg', mei 2016.

<sup>2</sup> Zie CI/16/8c 'Hoofdlijnen dbc-pakket medisch specialistische zorg 2017', 10 maart 2016 en 'Besluitvormingsdocument 2e go RZ17a'.

Prestaties, tarieven en regelgeving	Wijzigingen
Aanspraakcode tabel	Beoordelings- en verantwoording dbc-pakket 2017 (RZ17a)
Afsluitreden Tabel	Wijzigingen dbc-release RZ17a
Afsluitregels Tabel	Conversietabellen en andere informatieproducten
Diagnose Combinatie Tabel	Handleiding Release
Elektronische Typeringslijst	
Groupertabellen	
Handleiding dbc-systematiek	
ICT-eisen	
Limitatieve Lijst Machtigingen	
Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel	
Registratie addendum	
Typeringslijst per specialisme	
Tarieven Tabel	
Aanvullende informatie bij RDZT	
Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper	
WBMV Code Tabel	
Zorgactiviteiten Tabel	
Zorgproducten Tabel	
Zorgproductgroepen Tabel	
Beleidsregel 'Prestaties en tarieven MSZ'	
Nadere regel 'Medisch specialistische zorg'	
Tariefbeschikking DOT	

Wij hebben het dbc-pakket 2017 (productstructuur, tarieven en regelgeving) afgestemd met partijen via diverse werkgroepen, technische overleggen en adviescommissies. Hieronder geven we dit consultatieproces schematisch weer.

Consultatie	Onderdeel	Datum
Technisch Overleg DOT	Hoofdpijnen dbc-pakket 2016	17 december 2015, 8 januari 2016, 11 februari 2016
Adviescommissie Cure	Hoofdpijnen dbc-pakket 2016	27 januari 2016
Werkgroep Tarieven & Kostprijzen	Tariefberekening, terugkoppeling (ongeïndexeerde) gemiddelde en spreiding van kostprijzen	22 februari 2016, 10 maart 2016, 25 april 2016, 30 mei 2016
Technisch Overleg DOT	Regelgeving	7 april 2016, 21 april 2016
Adviescommissie Cure	Beoordeling dbc-pakket 2016	8 juni 2016
Individueel overleg	Tariefissues zijn in individuele overleggen met partijen besproken	Periode maart t/m mei 2016

Vervolgens is het dbc-pakket 2017 op 21 juni 2016 ter besluitvorming voorgelegd aan de Raad van Bestuur van de NZa.

### 1.3 Leeswijzer

Dit rapport geeft een beschrijving van de beoordeling van het dbc-pakket 2017. In deze beoordeling ligt de focus op een drietal aspecten:

*Beoordeling productstructuur (hoofdstuk 2)*

Dit hoofdstuk beschrijft de wijzigingen in de productstructuur 2017 ten opzichte van 2016.

*Beleidsontwikkeling (hoofdstuk 3)*

In hoofdstuk 3 wordt stilgestaan bij de belangrijkste ontwikkelingen in beleid en regelgeving met betrekking tot DOT.

*Beoordeling tarieven (hoofdstuk 4)*

In dit hoofdstuk wordt de berekening van de tarieven 2017 toegelicht, waarbij achtereenvolgens uitgangspunten, brongegevens, berekening en beoordeling van de tarieven aan bod komen.

*Bijlage 1*

*Kengetallen en representativiteit datasets*

*Bijlage 2*

*Informatieproduct afslag geneesmiddelen*

## 2. Beoordeling productstructuur 2017

### 2.1 Inleiding

In het overzicht 'Verbeteringen dbc-systeem MSZ' (voorheen: doorontwikkelagenda DOT)<sup>3</sup> hebben wij de beleidsmatige onderwerpen die vanuit publiek belang gewijzigd moeten worden in het dbc-pakket geagendeerd. In dit document lag de nadruk op de (publieke) noodzaak voor wijzigingen. Naar aanleiding van dit overzicht is per project een impactanalyse uitgevoerd. Vervolgens is – in overleg met veldpartijen – een afweging gemaakt tussen noodzaak en impact. Dit heeft geleid tot de hoofdlijnen van het dbc-pakket 2017 (2<sup>e</sup> go RZ17a), zoals op 8 maart vastgesteld door de NZa. In het dbc-pakket 2017 zijn deze hoofdlijnen concreet uitgewerkt.

In dit hoofdstuk lichten wij deze wijzigingen toe en geven wij een beoordeling. Bij de beoordeling van de wijzigingen is rekening gehouden met de publieke noodzaak tot wijziging in verhouding tot de impact op het systeem. Het uitgangspunt voor de beoordeling van de productstructuur wordt gevormd door de volgende inhoudelijke criteria: hanteerbaarheid, medische herkenbaarheid, kostenhomogeniteit, volledigheid, stabiliteit, administratieve lasten en controleerbaarheid, herkenbaarheid voor patiënt, beperken onbedoelde prikkels, aansluiten bij aanspraak en toekomstbestendigheid.<sup>4</sup>

### 2.2 Kengetallen

De wijzigingen in de productstructuur per 2017 hebben betrekking op zorgactiviteiten, diagnoses en zorgproducten. In onderstaand overzicht geven wij de aantallen geldige codes voor 2016 en 2017 schematisch weer:

Categorie	Totaal 2016 (RZ16b)	Totaal 2017 (RZ17a)
Zorgactiviteiten	4621	4030
Diagnosen	2646	2646
Overige zorgproducten	1376	1072
Dbc-zorgproducten	5322	5347

Tabel 2.1 – Kengetallen van geldige codes per genoemde periode

Uit dit overzicht blijkt onder meer dat het aantal zorgproducten per saldo afneemt. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door een afname van het aantal zorgproducten in verband met de nieuwe bekostiging voor add-on geneesmiddelen. Dit is ook de voornaamste verklarende factor voor de daling van het aantal zorgactiviteiten. Het aantal diagnoses blijft stabiel. Aangezien de NZa de opdracht van VWS heeft gekregen om ICD-10 koppelen aan de bekostiging, worden wijzigingen in de dbc-diagnosen op dit moment beperkt tot noodzakelijk onderhoud.

### 2.3 Overige zorgproducten voor onverzekerde zorg

#### Aanleiding

Een zorgtraject bevat in beginsel het geheel van prestaties van een zorgverlener, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorgverlener consulteert. Als er sprake is van vermenging van verzekerde en onverzekerde zorg binnen één zorgtraject kunnen er knelpunten ontstaan bij de verrekening tussen zorgaanbieder en patiënt en bij de correcte inbreng van middelen in de risicoverevening door

<sup>3</sup> Zie 'Overzicht verbeteringen dbc-systeem medisch specialistische zorg', november 2015.

<sup>4</sup> Zie Beleidsregel 'Toetsingskader beoordeling productstructuur dbc-systematiek' (BR/CU-2145)



zorgverzekeraars. Om die reden introduceren we per 2017 overige zorgproducten voor onverzekerde zorg op basis van een knelpunteninventarisatie onder veldpartijen.

#### *Beschrijving*

Per 2017 worden in dit kader overige zorgproducten toegevoegd aan de productstructuur. Dit betreft de volgende vormen van zorg:

- diagnostiek en behandeling van benigne tumoren;
- diagnostiek en behandeling van overbehaving;
- medicamenteuze en operatieve behandeling van rhinophym;
- circumcisie als bijkomende ingreep bij een andere operatie op medische indicatie;
- plaatsen van overige luxe intra-oculaire lenzen;
- plaatsen borstprothesen na verwijdering wegens medische noodzakelijkheid.

#### *Deelconclusie*

Het toevoegen van overige zorgproducten voor onverzekerde zorg draagt primair bij aan de aansluiting van het prestatiesysteem (Wmg) op de aanspraak (Zvw). Secundair bevorderen de overige zorgproducten voor onverzekerde zorg de controleerbaarheid van de rechtmatigheid van de declaratie. Het vermengen van onverzekerde en verzekerde zorg in één zorgproduct vindt immers niet meer plaats, waardoor het correct inbrengen van middelen in de risicoverevening door zorgverzekeraars eenvoudiger wordt. In het kader van de uitvoeringstoets experiment deregulering Wmg<sup>5</sup> en de uitwerking van het plan van aanpak doorontwikkeling dbc's medisch specialistische zorg vormen wij een visie op aanspraak in de dbc-systematiek op de lange termijn. Op basis hiervan kan de toekomstbestendigheid van deze prestaties worden gezien.

## **2.4 Aparte prestaties voor voorwaardelijk toegelaten zorg**

#### *Aanleiding*

Voorwaardelijk toegelaten zorg is zorg die niet voldoet aan het criterium 'stand der wetenschap en praktijk' en waarvan de minister heeft besloten deze zorg tijdelijk, onder voorwaarden, op te nemen in het basispakket. Gedurende deze periode worden gegevens verzameld over de effectiviteit van deze zorg. Op dit moment wordt VT-zorg ondergebracht in bestaande zorgproducten. Dit levert echter belemmeringen op voor selectieve zorginkoop, controle op rechtmatig declareren en monitoring van uitgaven.

#### *Beschrijving*

Per 2017 wordt voorwaardelijk toegelaten zorg ondergebracht in een nieuwe, aparte productgroep: 982017 'Voorwaardelijk toegelaten zorg'. De wijzigingen betreffen de dossiers van voorwaardelijk toegelaten zorg met een ingangsdatum van 1 januari 2015 of later, die vanaf 2017 nog minimaal twee jaar doorlopen. Dit betreft de volgende onderwerpen:

- Combinatiebehandeling cytoreductieve chirurgie en HIPEC bij patiënten met een maagcarcinoom en buikvliesmetastasen;
- Adjuvante hoge dosis alkylerende chemotherapie en autologe stamceltransplantatie bij BRCA1-like borstkankerpatienten;
- Occipitale neurostimulatie bij medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn;
- Sacrale neurostimulatie voor therapieresistente obstipatie;
- Autologe vettransplantaties bij borstreconstructies na een borstamputatie;
- Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) bij patiënten met een lumbale hernia;
- Behandeling met dendritische cellen (DCs) bij patiënten met huidkanker in een ver gevorderd stadium;
- Behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten (TILs) bij patiënten met huidkanker in een ver gevorderd stadium.

<sup>5</sup> Zie Brief VWS 'Uitvoeringstoets experiment meer ruimte voor vrije prestaties in de bekostiging', maart 2016.

*Deelconclusie*

De NZa is van mening dat aparte prestaties voor voorwaardelijk toegelaten zorg de controleerbaarheid en herkenbaarheid van de declaratie bevorderen. Immers, het maken van contractafspraken en het controleren op de naleving hiervan door zorgverzekeraars is beter uitvoerbaar op het moment dat deze zorg is ondergebracht in afzonderlijke, herkenbare prestaties voor voorwaardelijk toegelaten zorg.

## 2.5 Gedifferentieerde prestaties voor genotypering (klinische genetica)

*Aanleiding*

De huidige productstructuur voor genotypering geeft beperkt inzicht in de geleverde zorg en sluit niet meer volledig aan bij de actuele zorgpraktijk. Het gebrek aan transparantie in de bestaande prestaties bemoeilijkt inkoop en controle door zorgverzekeraars en leidt voor zorgaanbieders tot onduidelijkheid en afwijzingen van declaraties. Het gaat vooral om zorgprestaties voor genoomdiagnostiek ten behoeve van erfelijkheidsadviesing (bij kinderwens, dragerschapsonderzoeken) om te onderzoeken of er sprake is van een aangeboren of een erfelijke genetische afwijking(en).

*Beschrijving*

De NZa heeft de bestaande prestaties voor prenatale en postnatale genotyperingen vervangen door acht nieuwe zorgprestaties. De kenmerken van deze prestaties zijn hetzelfde als de oude prestaties. Het betreft namelijk overige verrichtingen voor klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadviesing, waaraan een WBMV-label is gekoppeld.

*Deelconclusie*

De nieuwe prestaties voor genotypering vergroten de herkenbaarheid van de zorgprestaties. De prestaties zijn concreter omschreven en gedifferentieerd, waarmee meer recht gedaan wordt aan het zorgpalet dat in de praktijk wordt geleverd. Op deze manier zijn deze prestaties vanuit geneeskundig perspectief beter herkenbaar en geschikt voor onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

## 2.6 Vereenvoudiging prestaties kaakchirurgie

*Aanleiding*

Per 2017 komt de declaratiebepaling voor gecombineerde kaakchirurgische verrichtingen te vervallen. Binnen deze bepaling vormen puntwaarden, direct gerelateerd aan de inzet en in het verleden de honoraria van de kaakchirurg een belangrijk uitgangspunt. Per 2015 gelden ook voor de kaakchirurgie integrale maximumtarieven, waarbij het onderscheid tussen het kostendeel en honorariumdeel is opgeheven. Het is om die reden niet meer wenselijk om deze declaratiebepaling als zodanig te handhaven en puntwaarden afzonderlijk weer te geven.

*Beschrijving*

Als gevolg hiervan komen 18 kaakchirurgie prestaties die voorzien zijn van de omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' te vervallen. Daarnaast wordt ook de tabel met het overzicht van kaakchirurgie prestaties met bijbehorende puntwaarden, die als bijlage opgenomen was bij de nadere regel 'Medisch specialistische zorg', afgeschaft gezien de vermelding van puntwaarden overbodig is geworden met het vervallen van de declaratiebepaling voor gecombineerde verrichtingen.

*Deelconclusie*

Per 2017 kunnen alle kaakchirurgische verrichtingen als een reguliere prestatie worden vastgelegd en gedeclareerd. Met deze wijziging per 2017 wordt de uniformiteit in registratie en declaratie van kaakchirurgie verrichtingen vergroot en zijn de

regelgeving en productstructuur vereenvoudigd. Tevens verdwijnt de uitzonderingspositie van de kaakchirurgie binnen de medisch specialistische zorg, waarbij in termen van registratie en declaratie ook het verschil verdwijnt tussen het uitvoeren van meerdere verrichtingen tijdens één of meerdere sessies.

## 2.7 Wijziging prestaties wervelkolomchirurgie

### *Aanleiding*

Bij de introductie van DOT (dbc-pakket 2012) is destijds een zogenaamd 'wervelkolomsjabloon' ontwikkeld voor de afleiding van dbc-zorgproducten. Niet alle behandelingen zijn echter relevant voor alle negen zorgproductgroepen. Dit vormt aanleiding om de prestaties voor wervelkolomchirurgie nader te onderzoeken en waar mogelijk op te schonen. Daarnaast was er behoefte bij veldpartijen om meer inzicht te krijgen in de inzet van dure materialen bij wervelkolomchirurgie.

### *Beschrijving*

Op hoofdlijnen kunnen de wijzigingen in prestaties voor wervelkolomchirurgie als volgt worden omschreven:

- Overbodige dbc-zorgproducten en zorgactiviteiten zijn verwijderd;
- Zorgactiviteiten voor dure materialen zijn gewijzigd en uitgebreid;
- Diverse omschrijvingen van zorgactiviteiten zijn verduidelijkt.

### *Deelconclusie*

De wijzigingen in de prestaties voor wervelkolomchirurgie bevorderen de herkenbaarheid, aangezien omschrijvingen zijn verduidelijkt en de inzet van dure materialen beter inzichtelijk is gemaakt. Daarnaast hebben deze wijzigingen een positief effect op de hanteerbaarheid van de productstructuur. Zorgproducten die niet of nauwelijks worden gebruikt, zijn verwijderd of anders ingedeeld.

## 2.8 Nieuwe bekostiging geneesmiddelen

Per 2017 worden geneesmiddelen op het niveau van het handelsproduct gedeclareerd. Ook dient de indicatie waarvoor het geneesmiddel wordt toegepast, verplicht vastgelegd en op de nota vermeld te worden. Deze wijzigingen faciliteren transparantie, doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ook dragen deze wijzigingen bij aan de juridische houdbaarheid van het NZa beleid. Hierover heeft de NZa in oktober 2015 reeds een besluit genomen.<sup>6</sup> Voor een verdere beschrijving verwijzen wij naar hoofdstuk 3.

## 2.9 Overloop-dbc's

Het dbc-systeem kent twee peildata. De ingangsdatum van een subtraject is de peildatum voor regelgeving en geldigheid van bijbehorende productstructuur. De uitvoerdatum is de peildatum voor de geldigheid van zorgactiviteiten. Daardoor kunnen er declaratieproblemen ontstaan op het moment dat een dbc-zorgproduct over de jaargrens heen loopt. Dit kan worden ondervangen door een vertaling te maken van nieuwe naar oude zorgactiviteiten. Op basis van signalen vanuit veldpartijen heeft de NZa geconstateerd dat er declaratieproblemen ontstaan bij transplantatiezorg, varices en wondbehandeling declaratieproblemen bij overloop-dbc's, aangezien er slechts een beperkte vertaling mogelijk was.

Vervolgens hebben de NFU en NVZ, gesteund door ZN, de NZa verzocht een oplossing te zoeken voor deze declaratieproblemen. De NZa heeft de volgende oplossing verwerkt in het dbc-pakket 2017<sup>7</sup>:

- De geldigheidsdatum van oude zorgactiviteiten wordt met vier maanden verlengd. Voor subtrajecten die gestart zijn in 2015 en waarin de operatie in 2016 wordt

<sup>6</sup> Zie CI-15-48c 'Besluit regelgeving 2017 add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren', oktober 2015.

<sup>7</sup> Zie CI-16-13c 'Overlooptdbc's en diagnoses Jeugdwet', juni 2016.

uitgevoerd moet de oude zorgactiviteit worden vastgelegd. Op die manier kan het passende product volgens de 2015 productstructuur in rekening worden gebracht.

- Voor transplantatiezorg kan, in het geval het beschouwende subtraject wordt gestart in 2015 en er per 2016 een nieuwe fase aanbreekt, het subtraject handmatig gesloten worden en een nieuw beschouwend subtraject geopend worden op basis van de productstructuur 2016. Tevens dient er een fase-zorgactiviteit geregistreerd te worden.

## 2.10 Faciliteren diagnoses Jeugdwet

Per 1 januari 2015 is de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (tot 18 jaar) overgeheveld naar de Jeugdwet en komt de verantwoordelijkheid voor de jeugd-ggz bij gemeenten te liggen. In november 2015 heeft de NZa op verzoek van zorgaanbieders besloten de diagnoses die per 2015 zijn overgeheveld naar Jeugdwet per 2016 voor een jaar te handhaven in het dbc-systeem voor medisch specialistische zorg. Destijds is ook besloten om deze diagnoses per 2017 te verwijderen.

Recent hebben de NFU en NVZ, gesteund door ZN onder de voorwaarde dat er in de Handreiking een controle wordt opgenomen, de NZa verzocht deze wijziging uit te stellen tot 2018. Naar aanleiding van dit verzoek zal de NZa de betreffende diagnoses handhaven als onderdeel van het dbc-pakket 2017. De voornaamste reden voor dit besluit is het verzoek van ziekenhuizen om de betreffende diagnoses en zorgproducten te handhaven, aangezien contractering met de gemeente reeds heeft plaatsgevonden op basis van deze dbc-zorgproducten. Ook geven ziekenhuizen en zorgverzekeraars aan dat in de handreiking rechtmatigheidscontroles 2016 en 2017 wordt opgenomen dat controles plaatsvinden waarmee geborgd wordt dat deze zorg niet als Zvw zorg aan zorgverzekeraars wordt aangeboden.

Concreet houdt dit besluit het volgende in:

- De diagnoses 'ADHD', 'psychiatrische stoornissen', 'leerstoornissen' en 'overige psychosociale problemen', die zijn overgeheveld naar de Jeugdwet, worden in de productstructuur 2017 gehandhaafd, inclusief de bijbehorende zorgproducten en afleiding. Er wordt dus geen wijziging doorgevoerd ten opzichte van de RZ16b.
- De voornaamste reden voor dit besluit is het verzoek van ziekenhuizen om de betreffende diagnoses en zorgproducten te handhaven, aangezien contractering met de gemeente reeds heeft plaatsgevonden op basis van deze dbc-zorgproducten.
- Hierbij dient opgemerkt te worden dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars afdoende maatregelen moeten treffen om te voorkomen dat deze zorg ten laste van de Zvw wordt gebracht.
- In het dbc-pakket 2018 worden de consequenties van de duiding van het Zorginstituut Nederland wel doorgevoerd in de productstructuur. Concreet betekent dit dat de diagnoses 'ADHD' (diagnose 7601 uit zorgproductgroep 990316 Kindergeneeskunde overige pediatrie), 'psychiatrische stoornissen' (diagnose 7611 uit zorgproductgroep 991216 Kindergeneeskunde psychosociaal), Leerstoornissen' (diagnose 7610 uit zorgproductgroep Kinderneurologie (excl epilepsie/slaapstoornissen)) en bijbehorende zorgproducten uit het dbc-pakket 2018 worden verwijderd. Voor de diagnose 'overige psychosociale problemen' (diagnose 7699) geldt dat wij voornemens zijn de code en omschrijving per 2018 aan te passen. Op deze wijze hebben ziekenhuizen voldoende tijd om zich in te stellen op deze situatie.

In de tarieven voor betreffende dbc-zorgproducten wordt wel rekening gehouden met de afbakening van de Zvw en Jeugdwet. Voor meer informatie verwijzen wij u naar hoofdstuk 4.

## 2.11 Regulier onderhoud

In het dbc-pakket 2017 zijn ook wijzigingen in het kader van regulier onderhoud opgenomen. Dit betreffen individuele wijzigingsverzoeken ten aanzien van de

productstructuur die geen beleidsmatig karakter hebben en niet primair de publieke belangen raken. In onderstaand overzicht geven wij de aantallen van de verschillende soorten wijzigingsverzoeken schematisch weer:

Categorie	Aantal wijzigingsverzoeken regulier onderhoud
Zorgactiviteiten en overige zorgproducten	36
Diagnosen	6
Dbc-zorgproducten	15

Tabel 2.2 – Aantal wijzigingsverzoeken dbc-pakket 2017<sup>8</sup>

De NZa ontvangt jaarlijks individuele verzoeken van zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars voor wijzigingen in de dbc-systematiek voor medisch specialistische zorg. Deze wijzigingen kunnen betrekking hebben op alle onderdelen van het dbc-pakket voor medisch specialistische zorg, waaronder zorgactiviteiten, zorgproducten, tarieven en regelgeving. In het 'Besluitvormingsdocument 2e go RZ17a' treft u de wijzigingsverzoeken aan die door de NZa positief zijn beoordeeld en die wij verwerkt hebben in het dbc-pakket 2017. In opmaat naar het dbc-pakket 2018 willen wij, in overleg met veldpartijen, nadere invulling geven aan het toetsingskader voor het beoordelen van wijzigingen. Hiermee hopen we de stabiliteit van het dbc-systeem en de contractering verder te faciliteren.

## 2.12 Conclusie

Bij het bepalen van de hoofdlijnen van het dbc-pakket hebben wij afgewogen of de gewenste doorontwikkeling urgent en vanuit publiek oogpunt belangrijk genoeg is om door te voeren, gegeven de impact op het systeem. In dit hoofdstuk hebben wij per onderwerp toelichting op welke inhoudelijke criteria van de productstructuur, zoals opgenomen in het toetsingskader (BR/CU-2145)<sup>9</sup>, de doorontwikkeling betrekking heeft. Wijzigingen die leiden tot een nieuwe trendbreuk zijn op dit moment onwenselijk gezien de impact op diverse processen. Om die reden maakt een aantal onderwerpen uit de doorontwikkelagenda DOT geen onderdeel uit van het dbc-pakket 2017. Bij andere onderwerpen is in de aanpak en uitwerking rekening gehouden met de wens tot stabiliteit, door de scope en impact te beperken.

<sup>8</sup> NB.: Wijzigingen voortvloeiend uit projecten en/of aangepaste regelgeving zijn in dit overzicht niet meegenomen

<sup>9</sup> Zie Beleidsregel 'Toetsingskader beoordeling productstructuur DBC-systematiek' (BR/CU-2145)

### 3. Beleidsontwikkeling dbc-systeem

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij een aantal ontwikkelingen in beleid en regelgeving met betrekking tot DOT. Per 1 januari 2017 zullen de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (beleidsregel) en regeling 'Medisch specialistische zorg' (nadere regel) worden gewijzigd in samenhang met het Dbc-pakket 2017 (RZ17a). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de inhoudelijke wijzigingen in de regelgeving hoofdzakelijk zijn beperkt tot noodzakelijk onderhoud in het kader van het verzoek van het veld om rust en stabiliteit.

#### 3.1 Nieuw beleid geneesmiddelen en stollingsfactoren

In oktober 2015 heeft de NZa besloten tot wijziging van de regels voor add-on geneesmiddelen en overige zorgproducten (ozp) stollingsfactoren per 1 januari 2017.<sup>10</sup> Voorafgaand aan dit besluit is het gewijzigde geneesmiddelenbeleid aan de adviescommissie Cure voorgelegd. Nadien hebben – in afstemming met partijen – nog enkele (procedurele) wijzigingen plaatsgevonden. Eén van deze wijzigingen betreft de rol van de adviescommissie add-ongeneesmiddelen. Met ingang van 2017 zal deze commissie geen advies meer geven over iedere aanvraag voor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor. In plaats daarvan kan de commissie haar zienswijze geven op een voorgenomen NZa-besluit. Deze wijziging is reeds afgestemd met de leden van de huidige adviescommissie add-ongeneesmiddelen, waarbij de reacties van partijen zijn verwerkt in de definitieve regelgeving 2017. Hiermee samenhangt de wijziging dat de NZa het criterium dat de kosten van een geneesmiddel gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar moeten bedragen om als add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor te kunnen worden aangemerkt, van de huidige adviescommissie add-on geneesmiddelen overneemt.

#### 3.2 Kaakchirurgie

De regelgeving is gewijzigd in lijn met de vereenvoudiging van prestaties voor kaakchirurgie. Deze wijzigingen zijn beschreven in hoofdstuk 2.

#### 3.3 Registratieverplichting ICD-10

De NZa heeft in afstemming met veldpartijen besloten om de verantwoordelijkheid van de ICD-10 registratieverplichting aan te passen. Instellingen zijn verplicht om per 1 juli 2015 de ICD-10 hoofddiagnose aan te leveren aan het DIS. De medisch specialist is verantwoordelijk om de ICD-10 diagnose te registreren aan de bron. Omdat medisch specialisten hierbij afhankelijk zijn van de ICT-infrastructuur van de instelling, en omdat de medisch specialist in de praktijk vaak ondersteund wordt door de medisch codeur, hebben we deze registratieverantwoordelijkheid aangepast. De NZa beschouwt de totstandkoming van de ICD-10 registratie- en aanleververplichting als een gezamenlijk proces van instelling en medisch specialisten, bijvoorbeeld omdat partijen hierbij gebruik maken van ICT-hulpmiddelen. De NZa stelt instellingen en medisch specialisten vanwege dit gezamenlijke proces beiden verantwoordelijk voor de registratie van de ICD-10. Dit is als zodanig in de regelgeving per 2017 verwerkt.

---

<sup>10</sup> Zie CI-15-48c 'Besluit regelgeving 2017 add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren', oktober 2015.

## 4. Verantwoording en beoordeling tarieven 2017

### 4.1 Inleiding

In dit document wordt de tariefberekening van zorgprestaties in het gereguleerde segment voor 2017, als onderdeel van het pakket RZ17a, verantwoord en beoordeeld. In paragraaf 2 zijn de uitgangspunten van de tariefberekening beschreven. Paragraaf 3 schetst de belangrijkste bevindingen die volgen uit beoordelingstraject. De effecten van de wijzigingen als gevolg van de beoordeling worden beschreven in paragraaf 4, waarna een eindconclusie is opgenomen.

### 4.2 Uitgangspunten tariefberekening

#### *Geen nieuwe berekening van de doorlooptijdverkorting*

Per 1 januari 2015 is de maximale doorlooptijd van dbc-zorgproducten verkort van 365 dagen naar 120 dagen. Hiervoor zijn integrale mutatiepercentages berekend en verwerkt in het pakket voor 2015. Deze mutatiepercentages als gevolg van de doorlooptijdverkorting blijven, net als in de tariefberekening voor 2016, onverkort van toepassing voor de tariefberekening 2017. Er worden geen nieuwe mutatiepercentages berekend. De aangeleverde kostprijzen van instellingen over 2014 zijn gebaseerd op de productstructuur 2014, waarin de maximale doorlooptijd 365 dagen was. Op deze kostprijzen worden vervolgens de reeds bekende mutatiepercentages 2015 toegepast.

#### *Uitgangspunt zijn integrale kostprijzen*

Op grond van de nadere regel (NR/CU-264) 'Registratie en aanlevering kostprijsmodel medisch specialistische zorg' zijn instellingen voor medisch specialistische zorg verplicht om jaarlijks kostprijzen van zorgproducten in het gereguleerde segment aan te leveren.

In 2013 hebben instellingen hun kostprijsinformatie over het jaar 2012 aangeleverd. Deze kostprijzen zijn vervolgens verwerkt in tarieven in het pakket voor 2014. Voor de tarieven 2016 is kostprijsinformatie over het jaar 2013 gebruikt. In de tariefberekening voor de release RZ17a is kostprijsinformatie gebruikt over het jaar 2014. Instellingen waren verplicht om deze kostprijzen uiterlijk 1 oktober 2015 aan de NZa aan te leveren. Instellingen die niet tijdig hadden aangeleverd, zijn op deze aanleververplichting gehandhaafd. In lijn met de tarieven voor 2016 vormt de volume-gewogen gemiddelde van de aangeleverde kostprijzen vervolgens het uitgangspunt voor de gereguleerde tarieven. Aangezien we vorig jaar uitgebreid hebben beschreven hoe dit gewogen gemiddelde tot stand is gekomen en waarom deze statistische methode in dit geval beter is dan bijvoorbeeld de mediaan, hebben we dit vanwege de leesbaarheid van dit document weggelaten.

#### *Categorie-indeling*

Voor de berekening van de maximumtarieven voor het dbc-pakket 2017 worden de zorgproducten in het gereguleerde segment ingedeeld in drie verschillende categorieën, afhankelijk van het jaar waarin het desbetreffende product voor het laatst inhoudelijk is gewijzigd.

#### *Categorie 1 – Kostprijsherijking bij ongewijzigde producten sinds 2014*

Op grond van de bovengenoemde regeling leveren instellingen dus kostprijzen van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment aan. Na beoordeling door de NZa zijn op basis van de goedgekeurde kostprijsaanleveringen gewogen gemiddeldes van de kostprijzen berekend. Dit gewogen gemiddelde vormt de basis voor de tariefberekening ten behoeve van het pakket voor 2017. Deze kostprijzen kunnen alleen toegepast worden op producten die na 2014 niet inhoudelijk zijn gewijzigd.

#### *Categorie 2 – Indexatie bij productstructuurwijzigingen 2015, 2016*



De door instellingen aangeleverde kostprijzen over 2014 zijn gebaseerd op de productstructuur 2014. Deze kostprijzen kunnen alleen worden gebruikt als basis voor de maximumtarieven in 2017 indien deze zorgproducten medisch inhoudelijk niet zijn gewijzigd na 2014. Voor zorgproducten die voor het laatst zijn gewijzigd per 2015 of per 2016 worden daarom de huidige tarieven enkel geïndexeerd<sup>11</sup> naar het prijspeil 2017. De prijsindex is van 2016 naar 2017 is 1,92%<sup>12</sup>. Ook voor producten waarvoor geen kostprijsinformatie is aangeleverd, omdat deze producten jaarlijks in hele geringe mate worden uitgevoerd, wordt enkel een tariefindexatie toegepast.

#### *Categorie 3 – Alternatieve berekening bij productstructuurwijzigingen 2016*

Het enkel indexeren van de tarieven is niet mogelijk voor producten die wijzigen per 2017 als gevolg van wijzigingen in de productstructuur en/of registratieregels. Voor zorgproducten die zijn gewijzigd per 2017 als gevolg van projecten, prestatieaanvragen en wijzigingsverzoeken wordt het maximumtarief berekend met behulp van een alternatieve rekenmethode. Afhankelijk van de aard van de wijziging wordt een passende berekeningsmethode bepaald. De producten waar dit betrekking op heeft worden nader toegelicht in paragraaf 4.2.1.1 en 4.2.1.2.

#### *Vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen (VGREV)*

De NZa heeft op 8 maart 2016 de beleidsregel BR/CU-5149 'Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg' vastgesteld. De beleidsregel treedt per 1 januari 2017 in werking en beoogt een transparante beschrijving te geven van de uitgangspunten die de NZa hanteert bij het vaststellen van tarieven op grond van haar bevoegdheden uit de Wmg. In de beleidsregel stelt de NZa dat ondernemersrisico een element kan vormen in de opbouw van het tarief, waarbij beoogd wordt te compenseren voor de kosten van (het aanhouden van) een financiële reserve die nodig is om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is. In de tarieven voor medisch specialistische zorg wordt daarom vanaf 2017 een opslag gehanteerd in de vorm van een vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen (VGREV). De hoogte hiervan wordt noodzakelijkerwijs normatief bepaald. In paragraaf 2 wordt toegelicht hoe deze vergoeding is bepaald.

### **4.2.1 Overzicht categorie-indeling**

Voor een aantal overige zorgproducten worden de tarieven niet gebaseerd op de aangeleverde kostprijzen, omdat een ander tariefbeleid van toepassing is. Dit betreft hoofdzakelijk de add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren. Ook geldt dit voor een beperkt aantal overige zorgproducten waarvoor in de eerste lijn of in de Wlz tarieven worden bepaald, te weten prenatale screening, bijzondere tandheelkunde en verpleging in thuissituatie. Deze producten worden in het vervolg van dit document buiten scope gehouden. Onderstaande tabel geeft de totale productiewaarde weer die voor deze producten via het kostprijsmodel is aangeleverd.

Per 2017 is in de eerste lijn het tarief voor logopedie en ergotherapie op aanwijzing van VWS overgeheveld naar het vrije segment. Deze producten zijn daarom ook in het dbc-systeem binnen de medisch specialistische zorg overgeheveld naar het vrije segment. Hiervoor worden dus geen tarieven meer vastgesteld.

<sup>11</sup> Uiteindelijk worden alle producten voorzien van een prijsindex van 2016 naar 2017, ook de producten in categorie 1 en 3. Deze producten worden echter niet *enkel* geïndexeerd, omdat hier ook nieuwe kostengegevens worden toegepast.

<sup>12</sup> De tarieven in het gereguleerde segment worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. 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 waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten. In Bijlage 1 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' (kenmerk: BR/REG-17121) wordt dit nader beschreven in paragraaf 1.12.



Zorgproductgroep	Aantal producten	Aangeleverde productiewaarde
OZP Eerstelijns Diagnostiek - Med. specialist. behand. en diagn.	5	€ 6.150.362
OZP Ondersteunende verrichting	1	€ 1.035.618
OZP Overige verrichtingen	4	€ 1.043.254
OZP Paramedische behandeling en onderzoek	16	€ 2.395.488
OZP Supplementair - Add-on duur of wees geneesmiddel	142	€ 1.283.914.721
OZP Supplementair – Stollingsfactor	55	€ 126.510.288
Totaal	<b>223</b>	<b>€ 1.421.049.731</b>

Tabel 1 – Overzicht producten uitgesloten van de tariefberekening

Bovenstaand is de kostprijsberekening, indexatie en alternatieve rekenmethode op hoofdlijnen benoemd. Onderstaand overzicht geeft aan hoeveel producten in elke categorie zijn opgenomen. Het totaal van alle producten betreft alle prestaties in het gereguleerde segment waarop het kostprijsonderzoek dient te worden toegepast. In deze aantallen zijn de bovengenoemde producten uit tabel 1 dus niet weergegeven<sup>13</sup>.

Categorie	Omschrijving	Aantal DBC-zorgproducten	Aantal overige zorgproducten
1. Kostprijsherijking	Zorgproduct is ongewijzigd sinds 2014	731	707
2. Indexatie	Zorgproduct is ongewijzigd sinds 2015 of 2016	197	42
	Geen kostprijsinformatie beschikbaar over boekjaar 2014	29	41
3. Alternatieve rekenmethode	Zorgproduct gewijzigd per 2017	41	133

Tabel 2 – Overzicht categorie-indeling

#### 4.2.1.1 Dbc-zorgproducten

Bovenstaande tabel geeft de verdeling van de dbc-zorgproducten en overige zorgproducten weer over de verschillende categorieën. Hierbij valt bij de dbc-zorgproducten op dat het merendeel van de producten (731 producten) herijkt worden op basis van de aangeleverde kostprijzen over het boekjaar 2014. Een aantal productgroepen wordt geïndexeerd. Dit betreft hoofdzakelijk de 161 producten die vorig jaar nieuw ontwikkeld zijn, zoals transplantatiezorg, klinisch genetische erfelijkheidsonderzoeken en de kinderneurologie. Ook de geriatrische revalidatiezorg (36 dbc-zorgproducten) wordt dit jaar geïndexeerd. Voor deze productgroep loopt een separaat kostprijsmodel, dat vorig jaar is geëffectueerd in de tarieven. Sindsdien is voor deze sector geen nieuwe kostprijsinformatie opgevraagd. Daarnaast zijn er nog 29 producten die geïndexeerd worden, omdat er, net als voor de meeste van deze producten bij de kostprijsuitvraag over 2013, over het jaar 2014 geen kostprijsinformatie is aangeleverd.

Er zijn 41 producten die op basis van een alternatieve rekenmethode worden bepaald. Dit betreft drie nieuwe prestaties voor de voorwaardelijk toegelaten zorg en 10 nieuwe

<sup>13</sup> Als gevolg van de beoordeling van de onderliggende kostprijzen kan de categorie-indeling nog wijzigen. De definitieve productaantallen die horen bij de verschillende berekeningsmethoden zijn beschreven in paragraaf 4.3. Tabel 2 betreft dus het overzicht voorafgaand aan de beoordeling.

prestaties voor revalidatiegeneeskunde. De tarieven van deze nieuwe of aangepaste producten worden op basis van een expertmethode (donormapping) of via een aparte kostprijsuitvraag bepaald. Dit betreft onder andere producten voor sociale pediatrie (in zorgproductgroep 991216) waar als gevolg van de overheveling van de Jeugdwet trajecten met de diagnosesyneringen 'psychiatrische stoornissen' en 'overige psychosociale problemen' en de 'ADHD' niet meer landen in deze zorgproducten. De tarieven worden hierop aangepast. Ook in de zorgproductgroep 99163 is als gevolg van de verwijdering van de diagnose 'leerstoornissen' in verband met de overheveling naar de Jeugdwet het tarief van een zorgproduct veranderd. Daarnaast zijn 9 SKION-prestaties voor kinderoncologie in deze categorie opgenomen, omdat voor deze producten de mutatiepercentages van de doorlooptijdverkortingen worden herberekend. Dit wordt onderstaand nader toegelicht. Tot slot zijn er nog 10 prestaties die als gevolg van wijzigingsverzoeken veranderen. Voor deze 10 wijzigingsverzoeken wordt de conversiemethode toegepast.

- *SKION-producten kinderoncologie*

Op dit moment bestaan er negen producten voor SKION bij kinderoncologietrajecten. Per 2015 is het tarief van deze prestaties door drie gedeeld om invulling te geven aan de doorgevoerde doorlooptijdverkortingen. Hierdoor nam het aantal subtrajecten ook met een factor 3 toe. De NZa heeft een wijzigingsverzoek ontvangen, omdat vanuit de praktijk wordt aangegeven dat het merendeel van de behandelkosten in het eerste subtraject terecht komen. Hierdoor sluit de doorgevoerde doorlooptijdverkortingen niet aan bij de praktijk. De NZa heeft daarom de doorlooptijdverkortingen herberekend.

Om de huidige problemen die zich in de praktijk voordoen op te lossen, heeft de NZa een prestatie gemaakt voor het eerste (reguliere) subtraject met zorgtype dat geldt voor de eerste 120 dagen van het behandeltraject. Voor het overige gedeelte van het behandeltraject worden vervolgs-subtrajecten gehanteerd. Concreet betekent dit dat het aantal dbc-zorgproducten voor de SKION prestaties verdubbeld wordt van negen naar achttien. De tarieven van de initiële trajecten liggen hoger dan de tarieven van de vervolgs-trajecten. Voor de hoogte van de tarieven heeft de NZa zich gebaseerd op richtlijnen en veldnormen die voorschrijven welke behandelprotocol gevolgd moet worden bij kinderoncologie. Uit dit protocol volgt ook dat het eerste gedeelte van het behandeltraject intensiever is dan de opvolgende trajecten.

In 2014 hebben zorgaanbieders de kostprijzen over boekjaar 2013 aangeleverd aan de NZa. Op basis van deze aanlevering heeft de NZa besloten de tarieven van de dbc-zorgproducten voor de SKION-prestaties per 2016 niet te herijken. Destijds hebben wij namelijk slechts van drie zorgaanbieders kostprijzen ontvangen voor deze zorgproducten. Voor twee zorgproducten zijn helemaal geen kostprijzen aangeleverd. De betreffende behandelingen of onderzoeken zijn zorgtrajecten die gecentraliseerd worden in het Prinses Maxima Centrum. Omdat deze zorgaanbieder in 2013 nog niet operationeel was, waren hier geen kostprijzen beschikbaar. De NZa heeft toen besloten dat het niet representatief was om de aangeleverde kostprijzen over boekjaar 2013 te verwerken in de tarieven per 2016. De zorgproducten zijn daarom geïndexeerd.

In het najaar van 2015 hebben zorgaanbieders de kostprijzen over boekjaar 2014 aangeleverd aan de NZa. Het aantal kostprijsaanleveringen van de dbc-zorgproducten voor de SKION prestaties en de totale volumes zijn hoger dan vorig jaar, maar nog steeds beperkt in omvang. De nieuwe kostprijsaanleveringen leiden tot dalingen van de huidige tarieven van enkele zorgproducten, waarbij het tarief meer dan halveert. De totale productiewaarde daalt hierdoor licht. Daarnaast zijn van het Prinses Maxima Centrum nog steeds geen kostprijzen beschikbaar. Wij achten het om dezelfde reden als vorig jaar niet mogelijk om de aangeleverde kostprijzen over boekjaar 2014 te verwerken in de tarieven per 2017 en hebben voor deze zorgproducten enkel de doorlooptijdverkortingen herzien, maar geen nieuwe kostprijsinformatie toegepast. Deze tarieven worden vanzelfsprekend wel voorzien van de generieke prijsindex.

Het nieuwe initiële product kan alleen bij de start van een behandeltraject worden geopend, eenmaal per patiënt. Tegelijkertijd doet bij reeds bestaande behandeltrajecten de situatie zich voor dat er al een subtraject is geopend vóór 1 januari 2017. In dat geval dient voor deze patiënten het gehele behandeltraject afgemaakt te worden in de productstructuur 2016. Immers zouden anders de totale kosten voor dergelijke over de jaargrens lopende behandeltrajecten mogelijk niet volledig gedekt worden, omdat in de nieuwe productstructuur de vervolgetrajecten lager getarifeerd zijn. De NZa zal nog in afstemming met partijen bekijken op welke wijze dit het ICT-technisch het beste vormgegeven kan worden. Hierover worden partijen ook nog via een circulaire geïnformeerd.

#### 4.2.1.2 Overige zorgproducten

Ook de meeste overige zorgproducten worden op basis van de aangeleverde kostprijzen van een nieuw tarief voorzien. Er zijn 707 overige zorgproducten waarvan de tarieven herijkt worden, omdat er sinds 2014 geen inhoudelijke wijzigingen in deze producten zijn opgenomen. Daarnaast zijn er 83 producten die worden geïndexeerd. Dit betreffen 41 producten waarvoor geen kostprijsinformatie is aangeleverd. Daarnaast zijn er 34 producten die geïndexeerd worden, omdat deze prestaties na 2014 inhoudelijk zijn veranderd. Dit betreft bijvoorbeeld overige zorgproducten voor Biopten of voor MRI-prestaties. Ook zijn er nog 8 prestaties die worden geïndexeerd, omdat aan deze producten pas na 2014 een OZP status is toegekend. Voor deze producten zijn dus ook geen kostprijzen aangeleverd.

Er zijn daarnaast 133 producten opgenomen in de categorie 'alternatieve rekenmethode'. Dit betreffen onder andere 119 producten voor kaakchirurgie<sup>14</sup>, waar geen nieuw kostenonderzoek is uitgevoerd, maar een afslag wordt verwerkt in de tarieven omdat de halveringsregel is afgeschaft. Daarnaast worden 8 nieuwe overige zorgproducten geïntroduceerd voor genomdiagnostiek en 1 nieuw overig zorgproduct voor de waterstofademtest. Ook is een product ontworpen voor ademhalingsondersteuning. De wijze waarop de tarieven voor kaakchirurgie en genomdiagnostiek en ademhalingsondersteuning zijn berekend, wordt onderstaand nader toegelicht. Voor een viertal overige zorgproducten (190252: Zelfmeting bloedstollingswaarden: training / instructie (eenmalig); 190253: Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding / controle (per kwartaal); 198304: Consultatie bij euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden; 191133: Niet invasieve prenatale test (NIPT)) wordt het tarief bepaald op basis van een expertbenadering.

##### - Genomdiagnostiek

Voor genomdiagnostiek zijn 2 van de 3 bestaande prestaties vervangen voor 8 nieuwe prestaties. Alleen de prestatie voor NIPT (191133) is behouden. Om de tarieven te berekenen is een aparte kostprijsuitvraag gedaan bij de 8 klinische genetische centra. Zij hebben de kosten en de gedeclareerde aantallen van oude producten uit 2014 herverdeeld over de nieuwe producten. Deze kostprijzen zijn verder volgens de reguliere methode verwerkt, waarbij geschoond is voor uitbijters en de tarieven zijn bepaald op basis van het gewogen gemiddelde. Wel is als extra eis gesteld dat de te verwachten productiewaarde van de nieuwe tarieven macroneutraal uitpakt. Daartoe is de totale verwachte productiewaarde op basis van de gewogen gemiddelde kostprijzen vergeleken met de opgegeven totale kosten van genomdiagnostiek in de oorspronkelijke kostprijsaanlevering over het boekjaar 2014 die per 1 oktober 2015 is aangeleverd. Als gevolg hiervan zijn de tarieven met 1,6% verhoogd ten opzichte van de gewogen gemiddelde kostprijzen in de aparte kostprijsuitvraag. Dit komt omdat het absolute kostenniveau in de specifieke aanvullende uitvraag dus lager lag dan conform de initiële, reguliere kostprijsuitvraag over 2014.

<sup>14</sup> Voor 116 kaakchirurgie producten zijn de tarieven gebaseerd op de methode die hieronder wordt beschreven. Twee van de tarieven voor kaakchirurgie zijn overgenomen vanuit de eerstelijns en voor één prestatie geldt dat deze in het vrije segment valt.

In 2014 werd NIPT gefinancierd via een subsidieregeling van VWS. Daarom is deze prestatie buiten de rondrekening gelaten. De prestatie NIPT is wel herijkt op basis van de aparte kostprijssuitvraag, zodat alle producten genomdiagnostiek op basis van dezelfde bron en in hetzelfde jaar zijn herijkt.

- *Kaakchirurgie*

Het uitgangspunt voor de berekening van maximumtarieven kaakchirurgie 2017 vormen de vastgestelde maximumtarieven per 2015. Hierdoor worden in beginsel alle maximumtarieven van kaakchirurgische verrichtingen geïndexeerd naar prijspeil 2017. Bij het doorvoeren van de productstructuurwijzigingen per 2017 met betrekking tot de declaratiebepaling voor gecombineerde verrichtingen wordt uitgegaan van een omzetneutrale overgang op macroniveau. Dit betekent dat indien een wijziging van de productstructuur per 2017 tot omzeteffecten leidt (op macroniveau) de tarieven als gevolg hiervan aangepast moeten worden om deze omzeteffecten teniet te doen.

De maximumtarieven kaakchirurgie zijn niet via het reguliere proces berekend vanwege de doorgevoerde wijzigingen in de productstructuur per 2017. Voor de berekening van de maximumtarieven per 2017 is gebruik gemaakt van dezelfde drie datasets als voor de tariefberekening per 2015, namelijk de kostprijsgegevens van instellingen uit het aanvullend kostenonderzoek kaakchirurgie over het boekjaar 2012, de productiegegevens uit het gegevensonderzoek kaakchirurgie (SIRA) en de declaratiegegevens van zorgverzekeraars (Vektis) over het jaar 2011. Hierop worden de volgende stappen uitgevoerd:

*Stap 1: terugdraaien tariefseffecten van doorontwikkeling declaratieregel per 2015*

Als startpunt hanteren we de vastgestelde maximumtarieven per 2015. Hierbij zijn allereerst uitsluitend de aangebrachte wijzigingen in de productstructuur en tarieven 2015 als gevolg van de aanpassing van de declaratieregel voor gecombineerde verrichtingen ongedaan gemaakt<sup>15</sup>. Dit houdt in dat de neerwaartse generieke correctie (8,18%) is teruggedraaid op de tarieven van 73 prestaties die in de praktijk gecombineerd en/of dubbelzijdig uitgevoerd worden en waarvoor binnen de productstructuur 2015 geen aparte tweede verrichting aangemaakt. Het resultaat van deze stap zijn herrekende tarieven op prijspeil 2015, waarbij de doorontwikkeling in bovengenoemde declaratieregel per 2015 is teruggedraaid.

*Stap 2: bepalen (generiek) tariefeffect door opheffen van declaratieregel per 2017*

Vervolgens is op landelijk niveau in beeld gebracht welke prestaties kaakchirurgie als een tweede verrichting in dezelfde sessie worden uitgevoerd en welke (integrale) omzet hier per prestatie in omgaat. Dit is gedaan op basis van omzetgegevens over het jaar 2011. Hieruit kwam naar voren dat 94 prestaties kaakchirurgie uit de tariefgroepen 3 t/m 8 in één of meerdere gevallen als een tweede verrichting zijn uitgevoerd.

Hiervan zullen 92 prestaties wanneer ze als een tweede verrichting in dezelfde sessie worden uitgevoerd, per 2017 als een volledige prestatie kunnen worden geregistreerd en gedeclareerd tegen het reguliere integrale tarief: ze vallen dan niet langer onder de declaratieregel voor gecombineerde verrichtingen en hiermee wordt het integrale tarief niet langer gehalveerd. Maximumtarieven van twee prestaties (235021 Plaatsen elk volgend implantaat en 235008 Apexresectie, elke volgende wortel) worden niet aangepast omdat deze prestaties altijd als een tweede verrichting in dezelfde sessie worden uitgevoerd.

Zonder aanpassing van de maximumtarieven van de 92 prestaties per 2017 zou de verwachte integrale omzet stijgen. Om een omzetneutrale overgang te borgen worden de integrale tarieven van de betreffende 92 prestaties neerwaarts bijgesteld via een generieke afslagfactor. Deze factor wordt bepaald door:

<sup>15</sup> Zie hiervoor bijlage 3 bij Beoordelingsrapport release DOT 2015 (RZ15a) 'Productstructuur en tarieven kaakchirurgie 2015', juli 2014.

1. De integrale omzet te bepalen van 92 prestaties tezamen. Hierbij wordt de productieomvang van reguliere prestatie evenals de productieomvang van tweede verrichting meegenomen.
2. De integrale omzet te bepalen waarin opnieuw de productieomvang als reguliere prestatie wordt meegenomen. De integrale omzet als tweede verrichting wordt in deze stap gesimuleerd naar de verwachte integrale omzet als zijnde een reguliere prestatie. Zodoende wordt de verwachte toename in de integrale omzet inzichtelijk.
3. Vervolgens is de generieke correctiefactor te berekenen door de verwachte integrale omzet uit stap 1 te delen door de in stap 2 bepaalde verwachte integrale omzet.

Parameter	Waarde (in Euro's)
(1) Integrale Omzet (regulier en als tweede verrichting via declaratieregel)	€ 83.698.750
(2) Integrale Omzet (alles regulier, inclusief het laten vervallen van de declaratieregel voor gecombineerde verrichtingen))	€ 100.835.939
(3) Generieke correctiefactor [(1)/(2)]	0,83

Tabel 3 – Generieke afslag als gevolg van opheffen declaratieregel

Uit bovenstaande tabel volgt dat de integrale maximumtarieven van 92 prestaties die landelijk gezamenlijk de totale integrale omzet als tweede verrichting beslaan, met 17% neerwaarts worden bijgesteld ten opzichte van de herrekende tarieven uit stap 1. Hierdoor wordt een omzet neutrale overgang van opheffing van de declaratieregel geborgd.

Deze generieke correctie per 2017 ligt hoger dan de correctie die per 2015 in de tarieven van 73 prestaties is verwerkt (8,18%). De reden hiervoor is dat de prestaties die 95% van de omzet in het kader van gecombineerde en dubbelzijdige prestaties vertegenwoordigen, door deze productstructuurwijziging ook als een reguliere prestatie mogen worden gedeclareerd<sup>16</sup>. Hierdoor stijgt de verwachte te declareren omzet sterker, waardoor een grotere (generieke) correctie op de tarieven noodzakelijk is om omzetneutraliteit te borgen.

In stap 2 hebben we maximumtarieven op prijspeil 2015 berekend voor alle prestaties, die onderdeel zijn van de productstructuur kaakchirurgie 2017 en aansluiten op de regelgeving per 2017. Hiertoe zijn tot slot deze maximumtarieven op prijspeil 2017 gebracht door een prijspeilcorrectie 2015-2017 toe te passen van 2,18%.

#### *Ademhalingsondersteuning*

Er zijn drie revalidatie-instellingen die chronische ademhalingsondersteuning verlenen. Onder de oude budgetsystematiek was er een aparte budgetvergoeding voor deze zorg. Onder prestatiebekostiging is deze aparte vergoeding komen te vervallen. Door het instellingspecifieke karakter van deze zorg is een gemiddelde vergoeding in dbc-zorgproducten niet toereikend. In overleg met partijen is besloten een overig zorgproduct toe te voegen. Dit betreft de prestatie '(190982) Toeslag in verband met chronische beademing – revalidatie'. Het overige zorgproduct kan voor iedere dag welke een patiënt chronische ademhalingsondersteuning nodig heeft in rekening gebracht worden.

Het tarief voor deze ozp is gebaseerd op de kosten die samenhangen met deze zorg en het aantal ademhalingsdagen zoals aangeleverd door de drie instellingen die deze zorg leveren.

<sup>16</sup> Dit in tegenstelling tot de huidige situaties waarin voor deze prestaties aparte prestatiecodes zijn aangemaakt voorzien van een omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde'.

## 4.2.2 Kostprijsaanleveringen instellingen over 2014

Zoals uit het overzicht in de vorige paragraaf blijkt worden de meeste producten van een tarief voorzien op basis van de aangeleverde kostprijzen over 2014. Instellingen waren verplicht om uiterlijk 1 oktober 2015 hun kostprijzen over het gereguleerde segment, voorzien van een rapport van bevindingen van een externe accountant, over het boekjaar 2014 aan te leveren. Deze rapporten van bevindingen zijn door de NZa beoordeeld. Wanneer uit de bevindingen van de accountant blijkt dat onvoldoende gewaarborgd wordt dat de kostprijsinformatie conform de regelgeving tot stand is gekomen, wordt de betreffende instelling uitgesloten van de tariefberekening. De NZa heeft vanaf oktober 2015 de rapporten van bevindingen met dit doel beoordeeld.

Er zijn 253<sup>17</sup> instellingen, waarvan 171 zbc's, die een ontheffingsverzoek hebben ingediend en gegund hebben gekregen. Dit betreft ook ontheffingen die vorig jaar zijn verleend en een structureel karakter hebben. Deze instellingen hebben geen kostprijzen aangeleverd. In totaal hebben 177 instellingen kostprijsinformatie, voorzien van een rapport van bevindingen van de accountant, aangeleverd. Deze rapporten zijn door de NZa beoordeeld. Indien uit de bevindingen van de accountant onvoldoende duidelijk blijkt of de kostprijsberekening correct is uitgevoerd, zijn door de NZa aanvullende vragen gesteld aan de instelling. Op basis van de reactie is vervolgens besloten of de kostprijsaanlevering alsnog kon worden goedgekeurd.

Uiteindelijk zijn 162 kostprijsaanleveringen goedgekeurd. De kostprijsinformatie van de overige 15 instellingen is op grond van het rapport van bevindingen van de externe accountant afgekeurd. Deze instellingen zijn hierover geïnformeerd. Hierbij is ook aangegeven op welke gronden instellingen zijn uitgesloten. Na deze beoordeling zijn de goedgekeurde kostprijsaanleveringen meegenomen bij de tariefberekening RZ17a. Ter vergelijking, voor de berekening van de tarieven voor 2014, zijn de aangeleverde kostprijzen over 2012 van 154 instellingen meegenomen. De kostprijsaanleveringen worden vervolgens in het proces nog beoordeeld op uitbijters.

Categorie	Aantal afgekeurd	Aantal goedgekeurd
Algemene ziekenhuizen	4	73
UMC's	0	8
Trombosediensten	1	18
Revalidatiecentra	1	18
Huisartsenlaboratoria	1	14
Overige categorale instellingen	1	5
ZBC	7	21
Productie samenwerkingsverband	0	5
<b>Totaal</b>	<b>15</b>	<b>162</b>

Tabel 4 – Overzicht beoordeling rapporten van bevindingen accountant

Tenslotte is voor de goedgekeurde kostprijsaanleveringen, naast de nadien doorgevoerde specifieke schoningen die in paragraaf 4.2.3 en 4.2.4 worden toegelicht, aanvullend een technische schoning uitgevoerd. Een kostprijsaanlevering van een specifiek zorgproduct is niet meegenomen in de tariefberekening indien voor de instellingskosten (het kostendeel) en/of de loonkosten (het honorariumdeel) een negatief bedrag is aangeleverd. Tevens moet de som van kostendeel en het honorariumdeel van de aangeleverde kostprijs groter zijn dan € 0,005. Indien van een

<sup>17</sup> Dit betreffen alle instellingen die in 2013 ontheffing hebben aangevraagd en hebben gekregen en dus in 2014 nog ontheffing genoten én de in 2014 nieuw aangevraagde en verleende ontheffingen.

instelling 50% of meer van zijn aangeleverde producten als technische uitbijter worden geclassificeerd de gehele instelling niet meegenomen in de tariefberekening. Drie instellingen worden op basis van deze technische schoning niet meegenomen in de tariefberekening. Dit betreft een huisartsenlaboratorium, een trombosedienst en een algemeen ziekenhuis, welke in willekeurige volgorde 64%, 67% en 89% technische uitbijters hebben. Om die reden hebben we besloten de resterende kostprijzen van deze drie instellingen ook niet te gebruiken. De instellingen zijn hierover geïnformeerd.

### 4.2.3 Schoning voor uitbijters op instellingsniveau

Op de aangeleverde kostprijsinformatie, van de instellingen met een door ons goed beoordeeld rapport van bevindingen, is een uitbijteranalyse uitgevoerd. In tegenstelling tot de kwalitatieve beoordeling op de bevindingen van de accountant betreft dit een kwantitatieve analyse. De uitbijteranalyse wordt op instellingsniveau uitgevoerd. Hierbij wordt onderzocht of de uitbijterratio<sup>18</sup> van een instelling significant afwijkt van het landelijk gemiddelde en op stratumniveau. Instellingen die zowel op landelijk niveau als binnen het eigen stratum een afwijkende uitbijterratio kennen, worden beschouwd als uitbijter.

De landelijk gemiddelde uitbijterratio is 6%. Er zijn 49 instellingen die geen enkele uitbijter hebben. De uitbijterratio van deze instellingen is dan ook 0. Een aantal instellingen kent een hoog uitbijterpercentage oplopend tot meer dan 30%. Uit de analyse volgt dat de uitbijterratio van 4 instellingen significant afwijkt ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Omdat het zuiver is om de uitbijterratio's van instellingen te vergelijken met gelijksoortige instellingen zijn de uitbijterratio's ook op stratumniveau beoordeeld. Van deze instellingen wijken drie instellingen op zowel landelijk niveau als op stratumniveau significant af van het gemiddelde en definiëren we daarom als een uitbijter. Het gaat daarbij om één algemeen ziekenhuis, één zelfstandig behandelcentrum en één eerstelijns diagnostisch centrum.

Het feit dat een instelling als uitbijter uit onze kwantitatieve analyse komt, betekent niet direct dat de aangeleverde kostprijsinformatie van onvoldoende kwaliteit is. Er kunnen verschillende redenen zijn voor afwijkende kostprijzen ten opzichte van andere instellingen. Daarom hebben we de drie instellingen die een afwijkend hoge uitbijterratio hebben inhoudelijk nader beoordeeld. Hierbij valt op dat de ZBC revalidatiezorg levert en al haar uitbijters waarnemingen zijn aan de onderkant van het gewogen gemiddelde. Daarnaast is het een relatief kleine instelling, waardoor er niet voor bepaalde producten een representativiteitsvraagstuk ontstaat. Om die reden is besloten om deze ZBC te schonen in de tariefberekening. Het eerstelijns diagnostische centrum heeft 67% van haar producten een significant afwijkende kostprijs (uitbijter). Dit betreft vrijwel allemaal kostprijsaanleveringen die onder het landelijk gemiddelde kostenniveau zitten. Daarnaast heeft de betreffende instelling voor het overgrote deel van de aangeleverde producten exact dezelfde kostprijs berekend. Om die reden is besloten om dit eerstelijns diagnostische centrum te schonen in de tariefberekening.

Het algemene ziekenhuis heeft ten opzichte van de andere twee instellingen een relatieve lagere uitbijterratio. Deze instelling heeft veel uitbijters in de aangeleverde kostprijzen voor kindergeneeskunde, waarvoor afhankelijk van het marktaandeel in een schoning wordt voorzien. In de overige producten, waar deze instelling geen uitbijter vormt, zijn de kostprijzen relatief stabiel. Om die reden is besloten deze instelling niet in het geheel te schonen in de tariefberekening.

Uiteindelijk hebben we besloten twee instellingen te schonen op basis van de uitbijteranalyse en de significant hoge uitbijterratio van deze instellingen.

---

<sup>18</sup> Het aantal uitbijters (kostprijzen die meer dan 2 standaarddeviaties afwijken ten opzichte van het gemiddelde) per instelling gedeeld door het aantal DBC-zorgproducten dat de instelling levert.

#### 4.2.4 Schoning voor uitbijters op zorgproductniveau

In de vorige paragraaf is toegelicht waarom een aantal instellingen op basis van de uitbijteranalyse niet zijn uitgesloten van de tariefberekening. Naast de uitbijteranalyse op instellingsniveau is er ook een uitbijteranalyse op zorgproductniveau uitgevoerd. Hiervoor is een methode toegepast die rekening houdt met het marktaandeel van instellingen. Dit betekent dat uitbijters bij instellingen met een groter dan gemiddeld marktaandeel voor het betreffende product niet zijn uitgesloten van de tariefberekening.

Daarnaast wordt bij de uitbijteranalyse op productniveau uitgegaan van de relatieve afwijking ten opzichte van het gemiddelde. Dit betekent dat niet de absolute maar de percentuele afwijking van het gemiddelde bepalend is bij de bepaling van uitbijters. Een kostprijsaanlevering voor een zorgproduct die in relatieve zin meer dan twee standaarddeviaties afwijkt van het gemiddelde wordt geschoond in de tariefberekening. Door uit te gaan van de relatieve afwijking, berekend aan de hand van een algoritme<sup>19</sup>, wordt geborgd dat extreem lage waarnemingen aan de linkerkant van het gemiddelde ook geschoond worden in de tariefberekening. Hiervoor is gekozen omdat bij een absolute uitbijteranalyse de harde ondergrens van € 0,00 in de kostprijsdataset ertoe leidt dat veel lage waarnemingen aan de linkerkant van het gemiddelde binnen de standaarddeviaties vallen. De relatieve benadering voorziet er in dat ook lage waarnemingen aan de linkerkant van het gemiddelde geschoond worden, wat een positief effect heeft op de verwachte productiewaarde.

Door bij de uitbijterschoning uit te gaan van dit algoritme en rekening te houden met het marktaandeel wordt voorkomen dat onevenredig veel waarnemingen aan de rechterkant van het gemiddelde worden geschoond. Door de schoning van de uitbijters daalt de totale verwachte productiewaarde van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten met € 22.243.430. In onderstaande tabel wordt weergegeven bij hoeveel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten uitbijters optreden en een schoning heeft plaatsgevonden. Hierbij is alleen gekeken naar de zorgproducten waar ook een herijking wordt doorgevoerd. Bij 151 dbc-zorgproducten en 213 overige zorgproducten daalt de gemiddelde kostprijs na schoning van uitbijters. Bij 181 dbc-zorgproducten en 248 overige zorgproducten stijgt de gemiddelde kostprijs na schoning van uitbijters. In de meeste van deze gevallen zijn de mutatiepercentages hierbij marginaal.

	DBC-Zorgproducten	Overige Zorgproducten
Geen schoning	399 producten	246 producten
Schoning negatief	151 producten	213 producten
Schoning positief	181 producten	248 producten
Totaal producten	731 producten	707 producten

Tabel 5 – Effecten schoning uitbijters in de tariefberekening

#### 4.2.5 Tarieftoeslagen

Bovenstaand is toegelicht hoe de tarieven voor 2017 zijn bepaald. De tarieven van het merendeel van de producten is gebaseerd op het gewogen gemiddelde van de aangeleverde kostprijzen. Voor sommige producten wordt naast bovenstaand

<sup>19</sup> Dit algoritme betreft de 'log-ratio' datatransformatie. Met deze methode schalen we alle waarnemingen ten opzichte van het gewogen gemiddelde op een as van oneindig naar oneindig, met als eigenschap dat lager dan gemiddeld negatief wordt en groter dan gemiddeld positief. Bovendien ziet deze methode halveringen en verdubbelingen als gelijkwaardige afwijkingen.



toegelichte methode ook nog een tarief toeslag of tariefafslag gehanteerd. Deze toe- en afslagen worden onderstaand nader toegelicht.

#### *Kosten voor overhevelingen*

De afgelopen jaren heeft er een aantal overhevelingen plaatsgevonden. Dit geldt voor Leuproreline, de infusiepomp Gonadoreline en de injectiekoppen Somatropine. De toeslagen voor de kosten van de overheveling Leuproreline en de infusiepomp Gonadoreline, die neerslaat bij 25 dbc-zorgproducten, en de kosten van injectiekoppen voor Somatropine, die neerslaat bij 94 dbc-zorgproducten, worden wel verwerkt in de tarieven voor dbc-zorgproducten voor pakket 2017. Deze toeslagen wijken qua hoogte niet af ten opzichte van de toeslagen die vorig jaar zijn geïntroduceerd in de release RZ16a. Deze toeslagen worden dus gecontinueerd.

#### *Interventieradiologie*

Ook de tarief toeslag voor interventieradiologie wordt gecontinueerd bij de tarieven voor 2017 van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment. Dit betreft dezelfde tarief toeslagen die in de tarieven per 2016 zijn verwerkt bij 136 dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, vanwege de productstructuraanpassing voor interventieradiologie. De behandelingen van de interventieradioloog waarbij geen sprake is van hoofdbehandelaarschap of een eigen zorgvraag, vormen per 2016 onderdeel van het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar. Voor deze zorgproducten zijn in de tarieven voor 2016 tariefopslagen berekend.

#### *Hoge dwarslaesie*

In de release voor 2017 zijn er vijf nieuwe dbc-zorgproducten voor hoge dwarslaesie toegevoegd aan de zorgproductgroep revalidatiegeneeskunde. In overleg met partijen is besloten om de productstructuur voor de zorgproductgroep 'Dwarslaesie' te splitsen in hoge en lage dwarslaesies.

Tot nu toe waren er alleen algemene 'dwarslaesie' producten, zonder onderscheid tussen hoog en laag. De hoge dwarslaesie patiënten worden echter in een deel van de revalidatie instellingen behandeld (in acht van de 23 revalidatie instellingen). De kosten die samenhangen met hoge dwarslaesie patiënten zijn significant hoger in vergelijking met lage dwarslaesies. Dit leidt er toe dat de gemiddelde vergoeding voor 'dwarslaesie' producten niet toereikend is voor deze subset aan instellingen.

Op basis van informatie aangeleverd door de acht revalidatie instellingen die hoge dwarslaesie patiënten hebben, is een toeslag berekend die het verschil tussen 'hoge' en 'lage' dwarslaesies vergoed. Deze opslag is toegevoegd aan het tarief voor de 'lage' dwarslaesie producten. De tarieven voor deze 'lage' dwarslaesie producten zijn herijkt op basis van de aangeleverd 2014 kostprijzen.

#### *Wijziging add-on beleid geneesmiddelen*

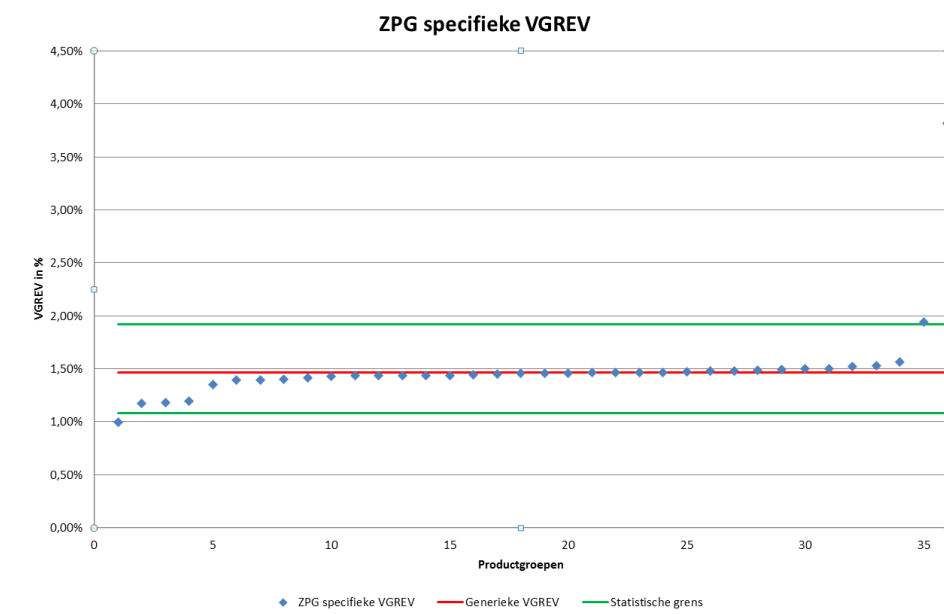
Bij de RZ17 release is ook een afslag verwerkt op de tarieven van dbc-zorgproducten vanwege de wijziging in 2017 van het add-on beleid geneesmiddelen. Vanwege deze beleidsaanpassing moeten alle add-on geneesmiddelen per 1 januari 2017 als add-on worden gedeclareerd, ongeacht de indicatie. Dit heeft tot gevolg dat de tarieven van dbc-zorgproducten wordt verlaagd met het gemiddelde bedrag voor de kosten van add-on geneesmiddelen die bij het betreffende dbc-zorgproduct worden toegediend bij indicaties die niet op de add-on lijst staan vermeld. Deze kosten zijn berekend aan de hand van een gesimuleerde dataset gebaseerd op DIS gegevens van productiejaar 2013 en 2014. Dit leidt tot een afslag bij 268 dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> In de definitieve tariefberekening is de impact kleiner, omdat als gevolg van de beoordeling de berekeningswijze van de afslag nog is aangepast. Dit staat nader beschreven in paragraaf 4.3.3.1.

## 4.2.6 Vergoeding gederfd rendement eigen vermogen

Binnen de medisch specialistische zorg is de VGREV, in tegenstelling tot een aantal zorgmarkten voor eerstelijnszorg, in de tarieven 2016 niet verwerkt. De NZa heeft daarom vergoedingspercentages berekend voor het gereguleerde segment. De basis voor deze berekening is het CAPM-model. Op basis van dit model heeft de NZa een vergoedingspercentage bepaald van 1,47%. De tarieven worden met dit percentage opgehoogd.

De NZa heeft een nadere analyse uitgevoerd op de VGREV vergoeding voor de zorgproductgroepen in het gereguleerde segment. Daaruit volgt dat elke afzonderlijke productgroep een vergoedingspercentage heeft dat binnen één standaarddeviatie valt van de landelijk gemiddelde VGREV. Daarom gaat de NZa niet prestatie-specifiek een vergoedingspercentage bepalen, maar hanteren we een generieke opslagfactor voor alle producten. Onderstaande figuur illustreert deze homogeniteit.



Figuur 6 – Spreidingsanalyse VGREV berekening

Uit de analyse per zorgproductgroep komt naar voren dat vrijwel alle zorgproductgroepen een zorgproductspecifieke factor kennen die nauwelijks afwijkt van de generieke factor. Er zijn twee zorgproductgroepen die significant afwijken, op basis van een statistische grens van één standaarddeviatie. De zorgproductgroep revalidatiezorg kent een opslagfactor van 1,94% en de zorgproductgroep CCL een opslag van 3,82%. De CCL achten we echter niet betrouwbaar omdat de kostprijsdataset daar al twee achtereenvolgende jaren is afgekeurd vanwege onbetrouwbaarheden. Dit wordt in paragraaf 4.3.3.3 nader toegelicht. Daarom passen we voor de productgroep CCL de opslag volgens het generieke scenario toe.

Voor revalidatiezorg achten we het uitlegbaar om een productgroep-specifieke VGREV te hanteren. Immers wordt deze zorg voor een groot gedeelte geleverd door revalidatiecentra, naast algemene ziekenhuizen en umc's. De revalidatiecentra hebben een hogere eigen vermogenspositie dan andere instellingen voor medisch specialistische zorg. Daarbij zijn deze centra afhankelijk van enkel deze productgroep en kunnen ze niet salderen met andere productgroepen. Vanwege deze specifieke productmix en vanwege de afwijkende eigen vermogenspositie van revalidatiecentra hanteren we voor de zorgproductgroep revalidatiegeneeskunde een opslagpercentage dat productgroep specifiek is bepaald. Dit leidt tot een opslag op de tarieven van 1,94%.

De VGREV percentages worden toegepast op de kostprijzen. Op het moment dat er in een tariefberekening sprake is van een toeslag of afslag, dan wordt de VGREV niet op

deze toe- of afslag toegepast. Dit kan verklaren waarom sommige prestaties een licht afwijkend tariefteffect voor en na toepassing van de VGREV.

## 4.3 Beoordeling

### 4.3.1 Generieke beoordelingsanalyses

In onderstaande beoordeling worden de producten buiten beschouwing gelaten die geïndexeerd worden. Het tarieffeffect voor deze producten beperkt zich tot de generieke prijsindexfactor (1,92%) en de generieke opslag voor de VGREV (1,47%). Gezamenlijk leidt dat voor deze categorie producten tot een tariefstijging tussen 2016 en 2017 van circa 3,42%<sup>21</sup>. De producten waarop een alternatieve berekening is toegepast zijn in de voorgaande paragraaf separaat verantwoord.

In deze paragraaf worden de te herijken producten nader beoordeeld, aangezien hier nieuwe kostprijnsinformatie aan ten grondslag ligt. De effecten die inzichtelijk worden gemaakt zijn de effecten op de concepttarieven 2017 die op 18 mei 2016 ter consultatie op de website van de NZa zijn gepubliceerd. Door afronding kan er soms een verschil zitten tussen het gepresenteerde totaal en de optelling van de individuele subtotaal.

#### 4.3.1.1 Productiewaarde-analyses

Op basis van de reguliere rekenmethode als beschreven in de vorige paragraaf volgen de effecten op de productiewaarde in de onderstaande tabel. Hierbij is het prijspeilniveau 2016 aangehouden om een zuivere vergelijking over de beide jaren te maken. De VGREV is daarnaast voor een zuivere vergelijking ook niet meegenomen in de vergelijking tussen de tarieven 2016 en 2017, aangezien deze opslag in de tarieven vanaf 2017 wordt toegepast. De productaantallen die ten grondslag liggen aan de productiewaarde-vergelijking zijn gebaseerd op de volumeaantallen die meegenomen zijn bij de kostprijsaanleveringen. Hierbij zijn alleen de aantallen meegenomen die na alle schoningen van waarnemingen resteren. Uit onderstaande tabel volgt dat de productiewaarde voor alle te herijken dbc-zorgproducten dalen met 2,7%.

Zorgproductg roep code	Zorgproductgroep omschrijving	Productiewaarde 2016	Productiewaarde 2017
972802	WBMV – Zenuwstelsel	108.704.606	103.896.647
972804	Infertiliteit (incl WBMV)	96.308.750	82.361.096
979001	Hart / long / hartlongtransplantatie / stamceltherapie / ritmechir / AICD-implant / PTCA / CABG / OpenHartOperatie (incl WBMV)	797.681.473	775.393.774
979003	Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl WBMV)	96.674.803	85.298.790
979004	Gespecialiseerde brandwondenzorg	16.945.267	18.606.835
990011	Chronische thuisbeademing	32.198.424	30.346.264
990017	Neonatologie	263.038.872	260.809.266
990022	Complex chronisch longfalen	29.069.626	20.688.888
990027	Revalidatiegeneeskunde	568.285.365	559.753.252
990029	Psychiatrie	15.990.153	25.648.104
990040	Palliatieve zorg	3.647.836	3.657.179
990116	Kindergeneeskunde oncologie	14.381.106	14.972.828
990216	Kindergeneeskunde nefrologie	29.420.398	28.927.888

<sup>21</sup> Bij producten die tussen 2016 en 2017 geïndexeerd zijn maar waar ook een afslag geneesmiddelen op van toepassing is (zie voor meer informatie paragraaf 4.3.3.1), kan het zijn dat de tariefstijging lager is dan 3,42%.

Zorgproductgroep code	Zorgproductgroep omschrijving	Productiewaarde 2016	Productiewaarde 2017
990316	Kindergeneeskunde overige pediatrie	75.930.648	77.848.124
990416	Kindergeneeskunde maag-darm-lever	95.134.765	94.316.205
990516	Kindergeneeskunde cardiologie	26.249.533	22.104.120
990616	Kindergeneeskunde longgeneeskunde	105.878.117	105.518.215
990716	Kindergeneeskunde metabole ziekten	9.157.332	7.568.969
990816	Kindergeneeskunde hematologie	7.705.842	7.625.206
991016	Kindergeneeskunde allergologie	14.755.939	14.354.639
991116	Kindergeneeskunde immunologische aandoeningen en infectieziekten	18.837.373	20.360.139
991216	Kindergeneeskunde psychosociaal	3.186.873	3.273.012
991316	Kindergeneeskunde erfelijke / aangeboren aandoeningen	8.707.824	8.950.463
991416	Kindergeneeskunde reumatologie	7.151.848	6.455.907
991516	Kindergeneeskunde endocrinologie	22.458.587	21.211.677
<b>Totaal</b>		<b>2.467.501.360</b>	<b>2.399.947.487</b>

Tabel 7 – Productiewaarde ontwikkeling 2016-2017 per DBC-zorgproductgroep

Ook voor de overige zorgproducten heeft de NZa de te verwachten productiewaarde berekend op basis van een vergelijking tussen de tarieven 2016 en 2017. Ook hier zijn de productaantallen bepaald op basis van het landelijke productievolume na schoning voor uitbijters. Enkel de producten die herijkt zijn op basis van de nieuwe kostprijzen, worden in deze analyses meegenomen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de producten voor kaakchirurgie en genoomdiagnostiek niet meelopen in deze analyse.

Zorgproductgroep code	Zorgproductgroep omschrijving	Productiewaarde 2016	Productiewaarde 2017
12	OZP Supplementair - Overig traject	58.393.046	60.406.705
13	OZP Overige verrichtingen	36.275.588	37.427.383
15	OZP Supplementair - Add-on IC	984.328.870	796.899.149
25	OZP Paramedische behandeling en onderzoek	13.696.770	15.887.090
100	OVERIGE EERSTELIJNSDIAGNOSTIEK	103.333.853	91.996.649
107	BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK	185.993.454	181.792.776
108	KL. CHEMIE EN HAEMATOLOGIE	464.511.830	383.772.743
109	MICROBIOLOGIE EN PARASITOLOGIE	131.046.617	128.430.165
<b>Totaal</b>		<b>1.977.580.028</b>	<b>1.696.612.660</b>

Tabel 8 – Productiewaarde ontwikkeling 2016-2017 per overige zorgproductgroep

Uit de analyse valt op dat de totale productiewaarde daalt met 14,2%. Dit wordt met name veroorzaakt door een daling van de productiewaarde bij de overige zorgproducten voor intensive care en voor de klinische chemie en hematologie. Binnen de producten komt hoofdzakelijk door een daling van het ordertarief en de prestatie 'INR-bepaling'. Het ordertarief wordt in het vervolg van deze paragraaf nog nader toegelicht. De prestatie INR-bepaling kent veel productievolume en een uitgebreide kostprijsdataset. Deze kostprijzen zijn daarbij erg homogeen wat zich uit in een cv-waarde kleiner dan 0,5. Ook de categorie intensive care kent een aanzienlijke daling. Dit wordt met name veroorzaakt doordat deze productgroep voor het merendeel van de producten voor het eerst op basis van het kostprijsmodel worden herijkt. Immers is per 2014 een aanpassing doorgevoerd voor de IC-productstructuur, waardoor de prestaties sindsdien alleen tariefindexaties kenden.

### 4.3.1.2 Spreidingsanalyses op aangeleverde kostprijzen

Voor de aangeleverde kostprijzen hebben we ook de homogeniteit beoordeeld om inzicht te krijgen in de onderlinge spreiding van kostprijsaanleveringen van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten. De mate van kostenhomogeniteit wordt uitgedrukt in een cv-waarde. Hoe lager de cv-waarde, hoe homogener de aangeleverde kostprijzen zijn. We hanteren hierbij een norm van 0,5. Niet op alle specifieke medische deelgebieden kan aan dit criterium worden voldaan, vanwege lage productieaantallen of grotere verschillen in zorgzwaarte bij individuele patiënten. Daarom achten we een cv-waarde van 1,0 ook acceptabel.

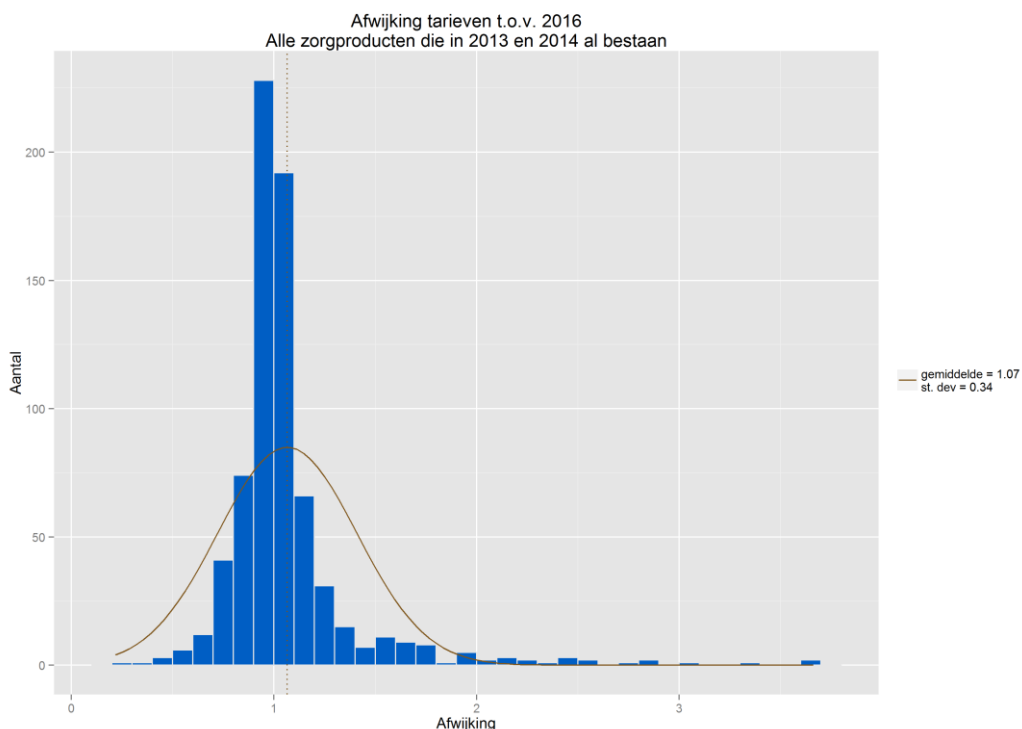
In onderstaande tabel is de verdeling van de cv-waarde van DBC-zorgproducten en de overige zorgproducten weergegeven, ingedeeld in 3 verschillende klassen (kleiner dan 0,5; tussen 0,5 en 1; groter dan 1). Uit deze tabel blijkt dat ruim 94% van alle producten een cv-waarde kleiner dan 1 heeft. Dit is een verbetering ten op zichte van de 2016 tarieven, waar ongeveer 88% van de zorgproducten een cv-waarde had kleiner dan 1. Voor de DBC-zorgproducten geldt zelfs dat bijna 98% van de producten een cv-waarde kleiner dan 1 heeft.

Categorie	CV-waarde <0,5	0,5 < CV-waarde < 1	CV-waarde > 1	Totaal
DBC-zorgproducten	583	104	15	702
Overige zorgproducten	409	201	61	671
Totaal	992	305	76	1373

Tabel 9 – Beoordeling CV-waarden van de aangeleverde kostprijzen

### 4.3.1.3 Prijsmutaties

Naast de beoordeling van de productiewaarde-ontwikkeling en de cv-waarden onderzoeken we de prijsmutaties van de verschillende producten ten opzichte van de tarieven 2016. In onderstaande figuur is voor alle dbc-zorgproducten weergegeven hoe de tarieven 2016 en 2017 zich tot elkaar verhouden. Hierbij is voor beide producten het prijsniveau 2017 gehanteerd, zodat het werkelijke prijseffect inzichtelijk wordt. Op de x-as zijn de afwijkingen te zien, waarbij het punt 1,0 weergeeft dat de producten tussen 2016 en 2017 exact hetzelfde tarief kennen. Op de y-as is het aantal unieke producten weergegeven.

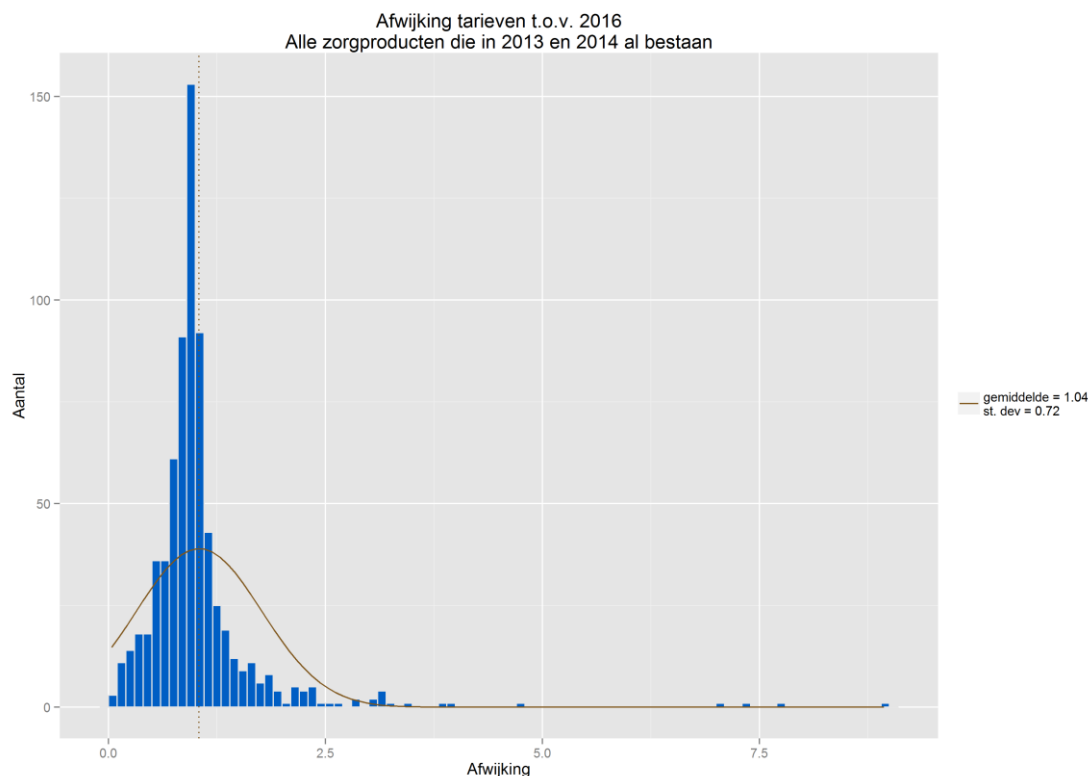


Figuur 10 – Prijsmutaties DBC-zorgproducten tussen 2016 en 2017

In bovenstaande figuur is te zien dat ruim 70% van de dbc-zorgproducten een prijsmutatie heeft tussen de 0,8 en de 1,2. Verder kent 3,5% van de dbc-zorgproducten een prijsmutatie van 2 of hoger. De gemiddelde totale prijsmutatie voor de dbc-zorgproducten is 1,07.

In onderstaande figuur is voor alle overige zorgproducten weergegeven hoe de tarieven 2016 en 2017 zich tot elkaar verhouden. Hierbij is voor beide producten het prijsniveau 2017 gehanteerd, zodat het werkelijke prijseffect inzichtelijk wordt. Op de x-as zijn de afwijkingen te zien, waarbij het punt 1,0 weergeeft dat de producten tussen 2016 en 2017 hetzelfde tarief kennen. Op de y-as is het aantal producten weergegeven.

In de figuur is te zien dat ruim 65% van de overige zorgproducten een prijsmutatie heeft tussen de 0,8 en de 1,2. 4,8% van de overige zorgproducten heeft een prijsmutatie van 2 of hoger. De gemiddelde totale prijsmutatie voor de overige zorgproducten is 1,04.

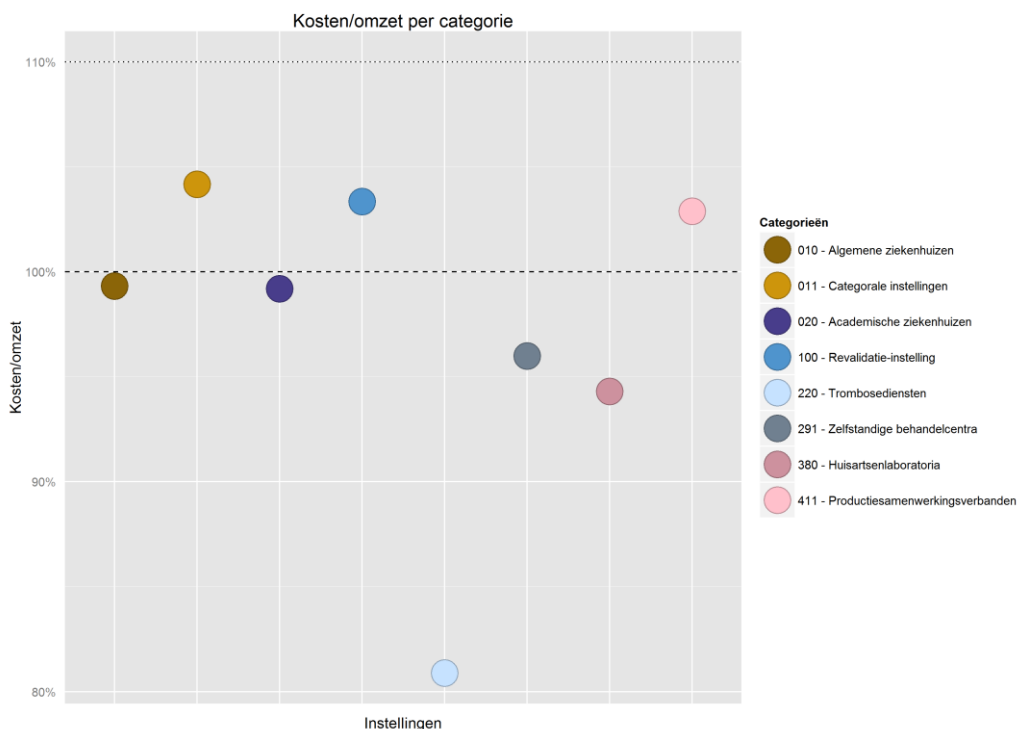


Figuur 11 – Prijsmutaties overige zorgproducten tussen 2016 en 2017

#### 4.3.1.4 Vergelijkingen categorieën instellingen

Op macroniveau sluiten de totale kosten aan bij de totale verwachte productiewaarde. Dit komt omdat bij de tariefberekening uitgegaan wordt van de gewogen gemiddelde kostprijs van alle instellingen. Dit betekent dat alle aangeleverde kosten op macroniveau automatisch aansluiten bij de te verwachten productiewaarde op macroniveau. Hierdoor krijgen alle totale kosten door instellingen voor medisch specialistische zorg over 2014 zijn beslag in de tarieven. De tarieven over 2017 zijn daarmee gemiddeld genomen kostendekkend.

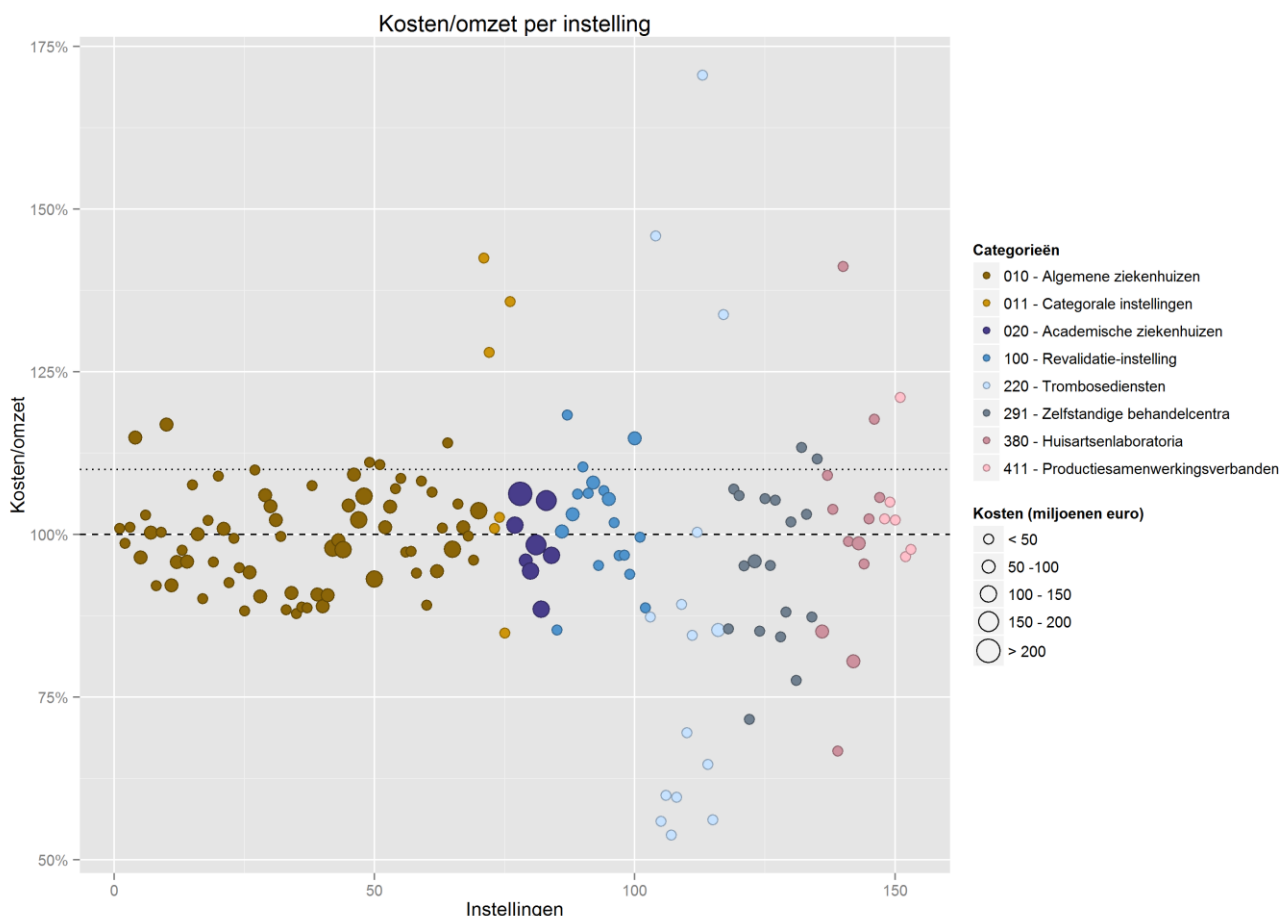




Figuur 12 – Relatie kosten en omzet per categorie instellingen

Dit laat onverlet dat er op categorieëniveau, het type instelling, een spreiding zal zijn rondom dit gemiddelde. We hebben daarom eerst per categorie gekeken of er sprake is van een verwacht tekort of overschot. In bovenstaande figuur zien we dat de verschillen tussen de verschillende categorieën van instellingen aanzienlijk kleiner zijn dan vorig jaar. De categorieën 'categorale instellingen', 'revalidatiecentra' en 'productiesamenwerkingsverbanden' komen als totale categorie niet uit met de maximumtarieven. De gemiddeld aangeleverde kosten van deze instellingen liggen hoger dan de te verwachten productiewaarde met de maximumtarieven. In tegenstelling tot de beoordelingsanalyses vorig jaar vallen de umc's wel binnen de grens van 100%.

De bovengenoemde categorieën zitten met hun aangeleverde kostprijzen dus relatief vaker aan de rechterkant van het landelijk gewogen gemiddelde. De aansluitfactoren liggen echter dicht bij 1, namelijk maximaal 1,04. De NZa heeft deze analyse vorig jaar uitgevoerd om te beoordelen of het max-maxtarief van 10% voldoende is. Een max-maxpercentage van 10% is dus ruim voldoende om de totale productiewaarde van het gereguleerde segment op 'categorieëniveau' te dekken.



Figuur 13 – Relatie kosten en omzet per instelling

De NZa heeft deze analyse ook uitgevoerd binnen elke categorie door te kijken naar de afzonderlijke instellingen. In bovenstaande figuur is deze informatie weergegeven. De grootte van de punten geven de omvang van de instellingen weer. Hierbij valt op dat de onderlinge spreiding in kosten-omzetratio's bij de algemene ziekenhuizen, umc's, revalidatiecentra en huisartsenlaboratoria kleiner is dan op basis van de kostprijzen over 2013. De spreiding bij trombosediensten is juist groter geworden. De verklaring hiervoor ligt ook in het feit dat deze instellingen soms voor een hele beperkte productrange kostprijzen aanleveren, waarbij het soms ook hele kleine instellingen zijn..

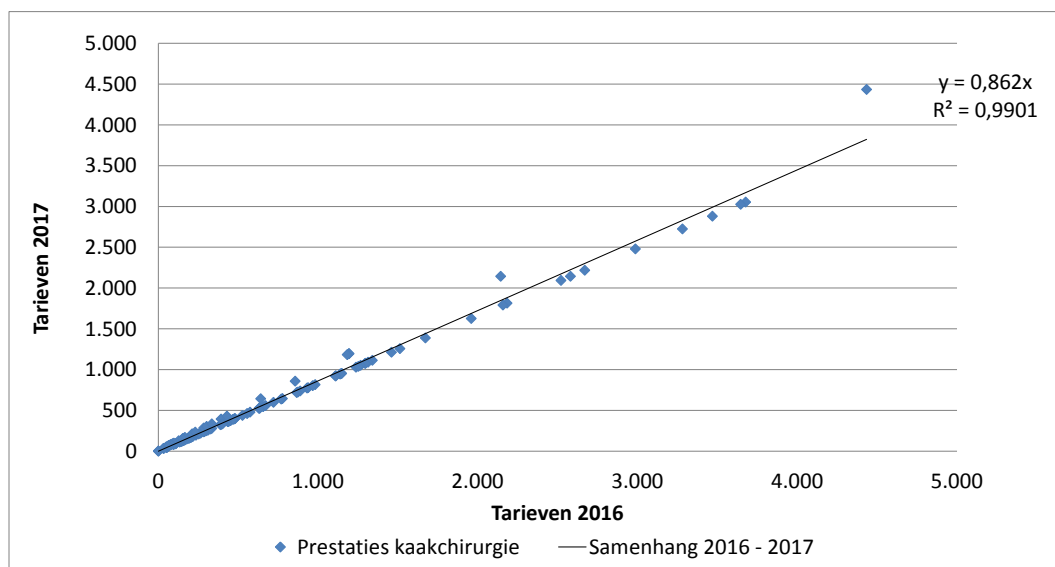
#### 4.3.1.5 Beoordeling tarieven kaakchirurgie

Voor de productgroep kaakchirurgie veranderen de declaratiebepalingen per 2017, aangezien de gecombineerde kaakchirurgische verrichtingen komen te vervallen. In de vorige paragraaf heeft de NZa een beschrijving van de productstructuur weergegeven en de berekening van de tarieven verantwoord. De productgroep kaakchirurgie loopt als gevolg van de productstructuurwijziging niet mee in bovenstaande generieke verantwoording. In deze paragraaf worden de tariefeffecten voor deze productgroep separaat beschreven.

##### *Beoordeling logische volgorde*

Een logisch gevolg van het toepassen van een generieke correctie op de tarieven is dat de onderlinge samenhang tussen de prestaties en de tariefopbouw binnen de productstructuur bijna niet geraakt wordt. Dat is te zien in de onderstaande figuur waarin de tarieven 2016 afgezet zijn tegen de tarieven 2017. Indien de rangorde binnen de 2016 tarieven gelijk is aan 2017 tarieven, dan moeten alle prestaties (weergegeven als punt in de grafiek) op een rechte lijn liggen, in dat geval is de R-

kwadraat 1. In dit specifieke geval is de R-kwadraat 0,99, dat is zeer hoog. Daarom concluderen we dat de aanpassing in de productstructuur kaakchirurgie geen significante afwijkingen oplevert in de logische volgorde van tarieven binnen de productstructuur kaakchirurgie.



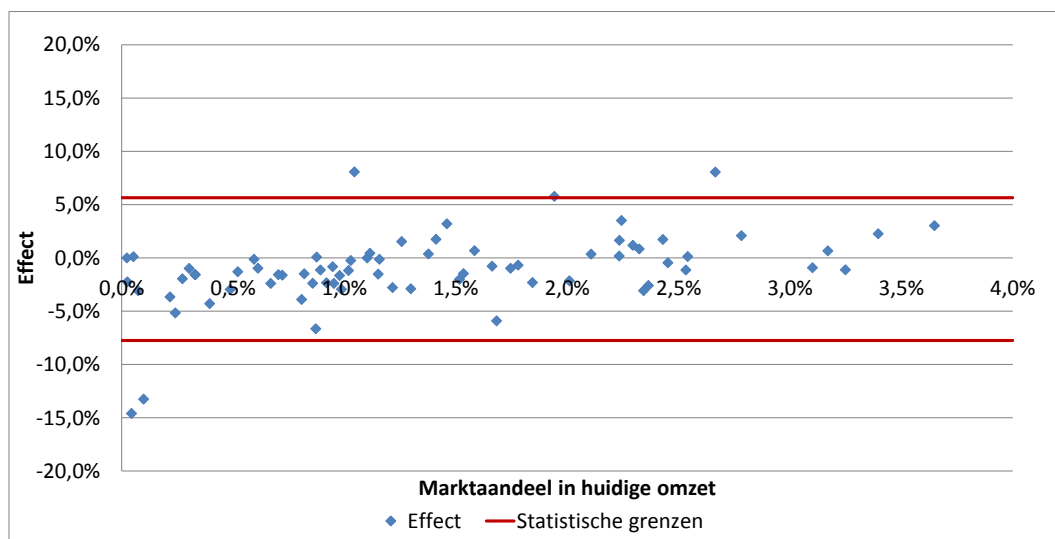
Figuur 14 – Logische volgorde van tariefsopbouw 2016 – 2017

#### Beoordeling verwachte omzetmutatie op instellingsniveau

Het toepassen van de gebruikte methodiek impliceert dat de oorspronkelijke, totale omzet van tweede verrichtingen via de declaratieregels voor gecombineerde verrichtingen omzetneutraal is verwerkt in de tarieven 2017.

Wel kan op instellingsniveau door gevolgde systematiek sprake zijn van een verwachte mutatie in de integrale omzet. Dit wordt veroorzaakt door verschillen in mate waarin de declaratieregels voor gecombineerde verrichtingen van toepassing is tussen de verschillende instellingen. Oftewel of instellingen verrichtingen veelal gecombineerd in één zitting uitvoeren of in verschillende zittingen uitvoeren.

Uit de effectanalyse blijkt dat voor deze instellingen de verwachte integrale omzetmutaties op instellingsniveau zich bewegen tussen -14,6% en +8,1%. De meeste aanbieders kennen een mutatie tussen de -6% en 6% in integrale omzet. Deze aanbieders vertegenwoordigen samen ruim 95% van de totale integrale omzet.



Figuur 15 - Verwachte integrale omzetmutatie op aanbieder niveau

#### *Uitbijteranalyse*

De vier instellingen waarbij de verwachte omzetmutatie significant verschilt van de gemiddelde verwachte omzetmutatie (buiten de bandbreedte van twee standaardafwijkingen rondom gemiddelde omzetmutatie vallen: zwarte lijnen), hebben we nader onderzocht. De twee sterke dalers betreft relatief kleine instellingen met een omzet aan kaakchirurgische verrichtingen van enkele tienduizenden euro's. De verrichtingen die veelal gecombineerd in één zitting plaatsvinden, vinden bij deze twee instellingen juist in verschillende zittingen plaats. De twee instellingen die een significant groot positief effect hebben van de maatregel doen daarentegen juist relatief veel verrichtingen in één zitting. De verwachte effecten zijn om die reden verklaarbaar.

### **4.3.2 Verfijning rekenmethode als gevolg van beoordeling**

In de voorgaande paragraaf hebben we de beoordelingsanalyses weergegeven als gevolg van de herijkte tarieven op basis van de kostprijsinformatie over 2014. Hierbij vormde de in paragraaf 2 toegelichte berekeningsmethode het uitgangspunt. Als gevolg van de beoordeling heeft de NZa besloten om deze methodiek op een drietal onderdelen te verfijnen. Deze aanpassingen worden achtereenvolgens toegelicht.

#### **4.3.2.1 Aanvullende schoning voor uitbijters**

Naar aanleiding van de beoordeling hebben we een aanvullende schoning toegepast. In paragraaf 3 illustreerden we dat het effect van de uitbijterschoning. Door deze schoning van de uitbijters daalt de totale verwachte productiewaarde van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten met € 22.243.430. In de beoordeling hebben we onderzocht wat het effect is van de uitbijtende waarnemingen met een significant marktaandeel. Immers, producten waarbij een instelling een groot marktaandeel heeft worden niet geschoond ondanks dat de kostprijs meer dan twee standaarddeviaties afwijkt van het gemiddelde.

Uit een nadere analyse blijkt dat soms onrealistische kostprijzen aan de onderkant nu in de tariefberekening worden gehouden, vanwege het grote marktaandeel van de betreffende instelling op dat product. Om te voorkomen dat deze onrealistische kostprijzen bepalend zijn in de tariefberekening, hebben wij dergelijke uitbijters individueel nader beoordeeld.

We hebben de producten waarbij het negatieve effect van de marktaandeelmethode op de productiewaarde groter is dan 10%, per product beoordeeld. In totaal zijn er 44 producten waarbij de productiewaarde met meer dan 10% daalt, doordat de uitbijters met een meer dan gemiddeld marktaandeel niet worden geschoond. Bij de beoordeling van deze individuele waarnemingen hebben we gekeken naar de kostprijs, cv-waarde inclusief en exclusief marktaandeel, concept tarief inclusief en exclusief marktaandeel, tarieven 2015 en 2016 en het aantal uitbijters.

De uitkomst van deze beoordeling is dat we besloten hebben om voor in totaal 34 producten de afwijkende kostprijzen van de instellingen met een meer dan gemiddeld marktaandeel alsnog als uitbijter te classificeren. Voor deze producten wordt het in paragraaf 2 beschreven logaritme dus overruled. Dit leidt tot een stijging van de productiewaarde met €15.234.386.

#### **4.3.2.2 Aanpassing meerjaarsgemiddelde vanwege lage kostprijsaantallen**

Uit de beoordeling valt op dat met name producten waar relatief weinig productievolume voor wordt aangeleverd, over de jaren heen grote mutaties kennen. Enkele waarnemingen bepalen dan de hoogte van het tarief wat de stabiliteit van de tarieven aantast. De NZa heeft de producten met lage kostprijsaantallen nader beoordeeld.

Er zijn 182 producten waarbij minder dan of gelijk aan 10 instellingen gezamenlijk minder dan of gelijk aan 100 producten aanleveren. Omdat een dergelijk beperkte set ertoe leidt dat één of enkele waarnemingen een significant effect hebben op de prijs, heeft de NZa deze producten specifiek beoordeeld. Eén product betreft een SKION prestatie en één product betreft een prestatie infertiliteit, waarvan is besloten dat tariefindexatie wordt toegepast vanwege de kwaliteit en representativiteit van de kostprijsdataset. Voor vijf producten revalidatiegeneeskunde<sup>22</sup> is in afstemming met RN besloten de tarieven te indexeren. Dit wordt later nader toegelicht. Daarnaast bevat de set met 182 producten ook 18 producten voor complex chronisch longfalen (CCL) en zijn er als gevolg onlogische volgorde (zie paragraaf 4.3.2.3) vijf producten geïndexeerd. In het vervolg van deze paragraaf is beschreven dat de gehele productgroep CCL wordt geïndexeerd, omdat de kostprijsdata is afgekeurd in onze beoordeling. Deze producten vallen daardoor buiten scope in deze analyse. De overige 152 producten zijn door de NZa onderzocht. Hierbij is bekeken of een meerjaarsgemiddelde, op basis van de kostprijzen van de betreffende producten over 2012, 2013 en 2014 een meer robuust gewogen gemiddelde oplevert.

Er zijn 59 producten waar het meerjaarsgemiddelde ertoe leidt dat het aantal kostprijsaanleveringen significant toeneemt. Deze producten hebben na toepassing van het meerjaarsgemiddelde een gewogen gemiddelde kostprijs die gebaseerd is op meer dan 10 instellingen of meer dan 100 productaantallen. Deze producten zijn weergegeven in categorie 1. Daarnaast zijn er 57 producten waar ook een meerjaarsgemiddelde berekend kan worden, maar waarbij de tarieven op basis van het meerjaarsgemiddelde nog steeds lage aantallen bevatten. Dat laat onverlet dat de tarieven die berekend worden op het meerjaarsgemiddelde leiden tot een mitigerend tariefeffect tussen 2016 en 2017. Ook is de productiedataset omvangrijker dan wanneer enkel de informatie uit 2014 wordt gehanteerd. Ook voor deze producten heeft de NZa het meerjaarsgemiddelde toegepast in de tariefberekening.

Er is daarnaast nog een groep producten die nieuw zijn per 2014. Het toepassen van

---

<sup>22</sup> Vijf producten voor revalidatiegeneeskunde kwamen ook voor deze analyse in aanmerking, maar in afstemming met RN is besloten om deze kostprijzen te indexeren. RN heeft hiervan namelijk aangegeven dat de onderliggende kostprijsaanleveringen niet volledig juist zijn. Deze producten laten we in de effectanalyse daarom buiten scope.

het meerjaarsgemiddelde is daardoor niet mogelijk, omdat de aangeleverde kostprijzen over 2013 en 2012 nog gebaseerd zijn op de oude productstructuur. De NZa heeft voor 8 van deze producten besloten om de herijking wel regulier door te voeren. Voor 28 producten heeft de NZa besloten om een indexatie door te voeren. Deze producten zijn op drie of minder instellingen gebaseerd en bevatten slechts enkele productaantallen. In onderstaande tabel is per categorie het productiewaarde inzichtelijk gemaakt. Als gevolg van de aanpassing van het meerjaarsgemiddelde neemt de totale productiewaarde af met € -219.559.

Categorie	Aantal producten	Productiewaarde -effect verfijning methodiek	Tariefeffect 2016 naar 2017
Categorie 1 – meerjaarsgemiddelde, productievolume boven kritieke grens	59	€ 74.476	€ -561.518
Categorie 2 – meerjaarsgemiddelde, productievolume onder kritieke grens	57	€ -146.047	€ -307.550
Categorie 3 – reguliere herijking	8	€ 0	€ - 334.319
Categorie 4 – Indexeren vanwege beperkte dataset	28		€ 0
Totaal	152	€ -219.497	€ -1.203.388

Tabel 16 – Productiewaarde-analyse lage aantallen

#### 4.3.2.3 Aanpassing logische volgorde

Binnen de dbc-productstructuur bestaat een zekere hiërarchie tussen bepaalde zorgproducten. Ook voor sommige overige zorgproducten is dit het geval. Het kan zijn dat op basis van de aangeleverde kostprijzen door instellingen de gewogen gemiddelde tarieven niet in lijn liggen met de hiërarchie van de productstructuur. De herijking van de tarieven zou dan tot perverse prikkels kunnen leiden. Voor de tariefberekening 2017 en de beoordeling daarvan besteden wij daarom meer aandacht aan de logische volgorde in maximumtarieven.

##### *Logische volgorde*

Voor de dbc-zorgproducten bestaat een overzicht van de hiërarchische structuur. Ook de overige zorgproducten (ozp's) kunnen aan de hand van de productomschrijvingen hiërarchisch aan elkaar gelinkt worden.

Aan de hand van het bestaande overzicht van de hiërarchische structuur voor DBC-zorgproducten en de 'ozp's heeft de NZa inzichtelijk gemaakt welke zorgproducten hiërarchisch gezien een onlogisch tarief zouden krijgen in 2017. In totaal zouden 73 verschillende dbc-zorgproducten een hiërarchisch onlogisch maximumtarief krijgen op basis van de kostprijzen over boekjaar 2014. Bij de 'ozp's is dit in geen van de clusters het geval.

De onlogische volgorde in tarieven komt vaak voor bij koppels van prestaties. Het gaat dan bijvoorbeeld om een prestatie met extra zorgactiviteiten en een prestatie zonder deze zorgactiviteiten. Daarnaast kan ook de zwaarte(klasse) van de prestatie verschillend zijn. In dit laatste geval kan een cluster ook uit meer dan twee zorgproducten bestaan.

Voor de dbc-zorgproducten met een hiërarchisch onlogisch tarief heeft de NZa allereerst onderzocht welke instellingen voor de betreffende koppel van prestaties een onlogische volgorde in kostprijzen aangeleverd hebben. Voor deze instellingen hebben wij een gewogen gemiddelde kostprijs van de betreffende dbc-zorgproducten berekend en deze meegenomen in de tariefberekening voor beide zorgproducten. In dat geval wordt dus op instellingsniveau de individuele aanlevering gemiddeld.

Dit biedt echter niet voor alle producten automatisch een juist gecorrigeerd tarief. In sommige gevallen komt het voor dat de concepttarieven voor 2017 een onlogische volgorde hebben, terwijl de tarieven 2016 wel logisch opgebouwd zijn. Voor de producten waarbij het middelen van de individuele kostprijsaanlevering niet tot een oplossing leidt, hebben we onderzocht wat het effect is als de tarieven 2016 geïndexeerd worden.

Het kan zo zijn dat het indexeren van het tarief 2016 of het middelen op individueel niveau beiden niet tot een gewenste oplossing leiden. Ook is het mogelijk dat de beide oplossingsrichtingen leiden tot een ongewenste verandering van de productiewaarde. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de aangeleverde kostprijzen over boekjaar 2014 tot een forse stijging of daling van het tarief leiden ten opzichte van het tarief dat geldt in 2016. In deze gevallen hebben we de impact op de productiewaarde zwaarder laten wegen dan het oplossen van de onlogische volgorde in tarieven en laten we de onlogische volgorde in stand.

Zoals eerder beschreven zouden 73 dbc-zorgproducten een hiërarchisch onlogisch maximumtarief krijgen op basis van de kostprijzen over boekjaar 2014. Voor 17 dbc-zorgproducten hebben we voor de oplossing gekozen om de individuele kostprijsaanleveringen met een onlogische volgorde in kostprijzen te middelen. Dit leidt tot een toename van de totale productiewaarde met € 539.119 voor deze dbc-zorgproducten. Voor twee koppels (dus in totaal vier dbc-zorgproducten) geldt ook dat het middelen van individuele kostprijsaanleveringen een oplossing zou bieden voor de onlogische volgorde in tarieven. Uit de analyse voor lage aantallen is echter naar voren gekomen dat voor één van beide DBC-zorgproducten uit deze koppeltjes een meerjaarsgemiddelde berekend wordt. Dit betekent dat de onderliggende kostprijsinformatie over boekjaar 2014 niet bruikbaar is. Een middeling op basis van deze informatie is daarom niet wenselijk. Voor beide koppeltjes is echter wel een indexatie mogelijk om de onlogische volgorde in tarieven op te lossen. Dit leidt tot een toename van de totale productiewaarde met € 16.051,- voor deze dbc-zorgproducten.

Voor 28 dbc-zorgproducten lost het middelen van individuele kostprijsaanleveringen de onlogische volgorde van de tarieven niet op. Voor deze dbc-zorgproducten kunnen de tarieven 2016 geïndexeerd worden. Om te bepalen of indexeren inderdaad tot betere tarieven leidt, hebben we de impact op de productiewaarde onderzocht. Naar aanleiding daarvan hebben we ervoor gekozen om vier koppels (dus acht dbc-zorgproducten) niet te indexeren. Voor deze zorgproducten zijn namelijk productiewaardedalingen van meer dan 30% zichtbaar. Van de overige 20 DBC-zorgproducten wordt het tarief wel geïndexeerd. Dit leidt tot een toename van de totale productiewaarde met € 803.322 voor deze dbc-zorgproducten. In onderstaande tabel zijn de aanpassingen als gevolg van een onlogische volgorde in tarieven weergegeven.

Methode	Aantal dbc-zorgproducten	Productiewaarde toename
Middelen	17	€ 539.119
Indexeren	24	€ 819.373
Geen oplossing	32	n.v.t.
<b>Totaal</b>	<b>73</b>	<b>€ 1.358.492</b>

Tabel 17 – Aanpassingen logische volgorde tarieven

In totaal is de logische volgorde hiermee voor 41 van de 73 DBC-zorgproducten hersteld. Voor de overige 32 DBC-zorgproducten is geen oplossing beschikbaar of vinden we de impact op de productiewaarde te groot. In die gevallen accepteren we de onlogische volgorde in de tarieven.

### 4.3.3 Overige wijzigingen als gevolg van beoordeling

De NZa heeft met bovengenoemde drie oplossingen de berekeningsmethode nader verfijnd als onderdeel van de beoordeling. Verder is er nog een aantal specifieke wijzigingen doorgevoerd na beoordeling van de individuele kostprijzen.

#### 4.3.3.1 Wijze van toepassen afslag geneesmiddelen

De NZa heeft de doorgevoerde toeslag van de geneesmiddelen nader beoordeeld. De afslag was primair berekend op het maximumtarief van de add-on geneesmiddelen. Op het moment dat de kosten van een instelling voor zo'n add-on tarief lager liggen dan de maximumtarieven van de add-on geneesmiddelen, dan wordt er door deze keuze te veel productiewaarde van het tarief van het dbc-zorgproduct afgeslagen. Daarnaast constateerde de NZa dat bij sommige producten de afslag gebaseerd is op slechts 1 of enkele dbc-subtrajecten. Deze beperkte registratie kan dan er dan voor zorgen dat op basis van een beperkte dataset een DBC-zorgproduct met een afslag wordt geconfronteerd.

De NZa heeft de afslag daarom opnieuw berekend. Om tegemoet te komen aan het eerste punt wordt de afslag op de aangeleverde geneesmiddelenkosten zoals aangeleverd via de NZa kostprijsaanleveringen 2014. Om tegemoet te komen aan het tweede punt is de methode meer robuust gemaakt door in de berekening gebruik te maken van het standaard representativiteitscriterium. Dit criterium hanteerde de NZa ook voor de RZ15 release om een robuuste mutatiefactor te berekenen voor het effect van de verkorting van de maximale doorlooptijd van 365 dagen naar 120 dagen. Dit komt erop neer dat wij alleen een afslag berekenen indien de betreffende zorgactiviteitcode vijf of meer keer voorkomt.

Deze twee maatregelen hebben de volgende effecten op de bepaalde afslagen. De totale macro-afslag op zowel het gereguleerde segment als het vrije segment daalt van 66,6 miljoen naar 55,5 miljoen door het hanteren van de kostprijzen. Deze macro-afslag is berekend aan de hand van de DIS dataset 2013/2014 die ongeveer 1,5 projectiejaar omvat. Het hanteren van het representativiteitscriterium leidt er toe dat het totale afslag bedrag daalt naar 39,9 miljoen euro. Het macro-afslagbedrag komt hoofdzakelijk in het vrije segment terecht. Van het bedrag van 39,9 miljoen euro valt 1,6 miljoen euro in het gereguleerde segment. Bij de afslag die in het concepttarievenpakket is verwerkt betrof dit nog 4,6 miljoen euro. Het aantal dbc-zorgproducten in het A-segment dat met een afslag wordt geconfronteerd betreft nog 49 producten. Voor het B-segment raakt het 316 producten. De NZa stelt hiervoor een informatieproduct vast die inzicht geeft in de spreiding over de verschillende instellingen.

Het merendeel van de producten in het gereguleerde segment kent een hele beperkte afslag. Er zijn slechts drie zorgproducten met een afslag die groter is dan 2%.

#### 4.3.3.2 Zorgproductgroep infertiliteit

De toeslagen voor fertiliteitshormonen die zijn verwerkt in de tarieven van de dbc-pakketten vanaf 2014 tot en met 2016, waren bij het DBC conceptpakket 2017 niet opnieuw toegepast. De reden is dat de NZa veronderstelde dat deze kosten al zijn verwerkt in de kostprijsaanleveringen over het boekjaar 2014.

Instellingen hebben bij de NZa aangegeven dat ze ten onrechte de kosten voor de toeslagen voor de fertiliteitshormonen niet hebben verwerkt in de aangeleverde kostprijzen. Daarom dekken de aangeleverde kostprijzen niet de volledige dbc-zorgproducten. Omdat er ook instellingen zijn die de kostprijzen wel hebben voorzien van de kosten voor fertiliteitshormonen is het niet mogelijk om de toeslagen toe te passen op alle kostprijzen over het boekjaar 2014.



Instellingen zijn dus wisselend omgegaan met het toerekenen van kosten voor de fertiliteitshormonen aan producten in de kostprijsaanlevering. Daarom heeft de NZa besloten om de tarieven 2016 waar fertiliteitshormonen in het pakket 2016 als toeslag waren opgenomen nu te indexeren. Door de indexatie van de producten met fertiliteitshormonen wordt de productiewaardedaling van € 5,2 miljoen niet doorgevoerd.

Ook de prestaties IUI wordt geïndexeerd, vanwege de grote spreiding in kostprijzen. Deze grote spreiding in kostprijzen wordt veroorzaakt doordat de prestatie zowel de behandeling 'met' als 'zonder' stimulatie bevat. Door de indexatie van de prestatie IUI wordt de productiewaardedaling van € 7,6 miljoen niet doorgevoerd. De NZa indexeert het tarief van deze prestatie. De overige producten binnen de zorgproductgroep infertiliteit worden wel herijkt op basis van de nieuwe kostprijzen.

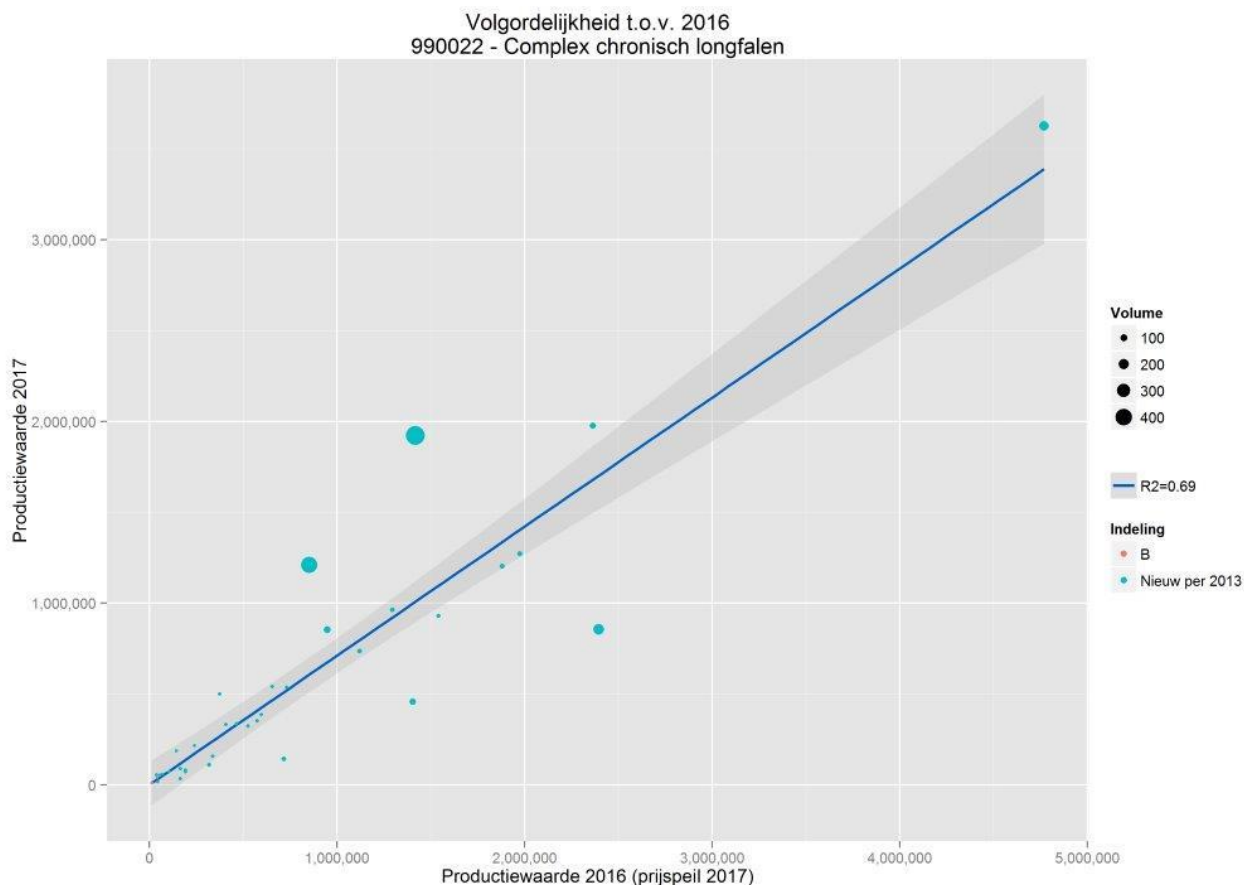
Door dit besluit van de NZa wordt de productiewaardedaling van € 12,2 miljoen, die in deze productgroep was verwerkt in de conceptuitlevering van de tarieven, omgezet in een stijging van € 1,6 miljoen als gevolg van de doorgevoerde indexaties.

#### **4.3.3.3 Zorgproductgroep Complex Chronisch Longfalen (CCL)**

De productgroep Complex Chronisch Longfalen (CCL) betreft een gemengde productgroep die gedeeltelijk voor het laatst is gewijzigd in 2013 (21 producten) en voor een gedeelte (16 producten) voor het laatst is gewijzigd per 2014. Dit jaar is geprobeerd om alle tarieven van de CCL te herijken. De basis voor die herijking ligt in de aangeleverde kostprijzen 2014 met de bijbehorende volumes. Uit de analyses werd duidelijk dat de spreiding per product tussen de aanbieders groot is terwijl het aantal aanbieders van CCL erg beperkt is, voor de meeste producten zijn er maar vier kostprijsaanleveringen. Voor veel producten is er daarnaast sprake van een beperkt volume. Deze worden in de praktijk nauwelijks gedeclareerd.

Verder is door de koepel van CCL-aanbieders (LCN) aangegeven dat de huidige productstructuur niet op alle onderdelen goed werkt en dat er eerst een doorontwikkeling van prestaties moet plaatsvinden voordat herijking van de tarieven mogelijk is. De effecten van de doorlooptijdverkorting zijn ook nog niet zichtbaar in productie en volumes 2014. Dat is een extra onzekerheid naast de bovengenoemde issues.

De LCN geeft aan dat de tariefmutaties nu zeer grote risico's voor de continuïteit van de bedrijfsvoering van een aantal instellingen met zich mee brengen.



Figuur 18 – Nadere analyse complex chronisch longfalen

In tegenstelling tot vorig jaar blijkt dat behalve producten die weinig voor komen nu ook producten die relatief veel voorkomen afwijken in de logische volgordelijkheid.

Op basis van bovenstaande analyses is daarom besloten om de tarieven van de CCL voor 2017 niet te herijken. Alle tarieven worden geïndexeerd. Het indexeren van de 2016 tarieven in plaats van het herijken op basis van de aangeleverde kostprijzen zorgt voor een toename van de productiewaarde van € 8,4 miljoen.

Er lopen momenteel al gesprekken met de sector om te komen tot concrete afspraken voor de doorontwikkeling van de productstructuur, zodat in de toekomst het herijken van tarieven wel mogelijk wordt.

#### 4.3.3.4 Intensive Care

De NZa heeft met de NVZ en de NFU afstemming gehad over de nieuwe tarieven voor de prestaties 'IC dag zwaar (190155)', Neonatale IC (190150) en Pediatrische IC (190151). Umc's hebben bij de NZa aangegeven dat zij de academische component hebben toegerekend aan deze producten, terwijl er ook redenen zijn om te veronderstellen dat de academische component aan deze producten niet toegerekend dient te worden. Daarom is bij de IC-dag zwaar, Neonatale IC en de Pediatrische IC een opslag doorgevoerd waarmee de in mindering gebrachte academische component op de kostprijs van umc's wordt gecorrigeerd. Voor de NICU is aanvullend een opslag doorgevoerd voor de zwevende verrichtingen en is tevens een toeslag verwerkt voor de kosten van neonatale gehoorscreening. Tot en met 2015 konden deze kosten voor de neonatale gehoorscreening namelijk gedeclareerd worden bij één specifieke instelling. Vanaf 1 januari 2016 is deze vorm van bekostiging echter komen te vervallen en zijn deze kosten verwerkt in het tarief voor de Neonatale IC door middel van een gemiddelde opslag per NICU verpleegdag. Daarom is na de correcties voor de

academische component en het effect van de zwevende verrichtingen een extra toeslag in het NICU tarief verwerkt van € 10,08 (prijspeil 2017) vanwege de kosten van neonatale gehoorscreening.

Als gevolg van de bovengenoemde opslagen stijgen de tarieven achtereenvolgens met 28,7% (Neonatale IC), 14,4% (Pediatrische IC) en 8,0% (IC dag zwaar) ten opzichte van het concepttarief 2017. De procentuele toenames betreffen stijgingen ten opzichte van de oorspronkelijke tarieven voor 2017 die in het conceptpakket waren uitgeleverd.

#### *IC-dag zwaar*

Voor de prestatie 'IC-dag zwaar' valt het tarief op basis van deze aangeleverde kostprijzen, ondanks de bovengenoemde toeslag, lager uit dan het tarief voor de 'IC-dag middel'. Dit wordt veroorzaakt doordat overwegend grotere IC-afdelingen deze prestatie declareren, die als gevolg van mogelijke schaalvoordelen een lagere kostprijs hebben aangeleverd per IC-dag. De NZa acht deze onlogische volgorde in de productstructuur echter moeilijk uitlegbaar en heeft besloten om deze onlogische volgordelijkheid te corrigeren in de tariefberekening. De NZa heeft het tarief voor de prestatie 'IC-dag zwaar' daarom gelijkgesteld aan het tarief voor de prestatie 'IC-dag middel'.

In totaal neemt de te verwachten productiewaarde ten opzichte van de tarieven in het conceptpakket als gevolg van bovengenoemde wijzigingen toe met ruim € 81 miljoen (prijspeil 2017). De tarieven voor IC dalen, ondanks bovengenoemde opwaartse aanvullende aanpassingen, echter gemiddeld genomen. Dit wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de prestatie 'IC-dag zwaar', die ondanks de bovenstaande aanpassingen nog steeds met ruim 20% daalt. Dit leidt tot een productiewaardedaling van € 127,3 miljoen. Hoewel de NZa signalen heeft ontvangen dat de huidige IC-tarieven 2016 op onderdelen aan de hoge kant zijn, acht de NZa een dergelijke tariefdaling te omvangrijk om in één keer door te voeren. Daarom heeft de NZa besloten om de tariefverlaging voor de prestatie 'IC-dag zwaar' in beginsel in twee tranches per 2017 en per 2018 door te voeren. Dit betekent dat de tariefverlaging (exclusief toeslag VGREV) per 2017 voor de helft wordt doorgevoerd. Het tarief (exclusief toeslag VGREV) voor 2017 is daarom vastgesteld op het niveau van € 2.406,77. Met de toepassing van de VGREV komt dit uit op € 2.442,07. Het tarief voor de 'IC-dag zwaar' stijgt daardoor met 27,2% ten opzichte van het concepttarief 2017, maar daalt het tarief met 9,4% ten opzichte van het tarief 2016.

### **4.3.3.5 Aanpassingen eerstelijns diagnostiek**

#### *Ordertarief inclusief en exclusief bloedafname*

Uit overleggen met veldpartijen kwam naar voren dat het verschil tussen de twee ordertarieven (Ordertarief inclusief bloedafname (079991) en Ordertarief exclusief bloedafname (079989)) op basis van de 2014 kostprijzen erg klein zou worden (€ 9,36 versus € 8,65). Het te kleine verschil tussen deze twee prestaties heeft volgens partijen een aantal ongewenste prikkels in zich. Daarnaast is inhoudelijk gezien het enige verschil tussen de prestaties het afnemen van bloed. Het afnemen van bloed kan niet minder dan 1 euro kosten.

Tijdens de beoordeling bleek dat een aantal instellingen voor het ordertarief exclusief afname een hogere kostprijs hebben aangeleverd dan voor het ordertarief inclusief afname. Deze waarnemingen hebben we geschoond uit de tariefberekening. Daarnaast hebben we voor deze twee prestaties ook de kostprijzen van de trombosediensten verwijderd, aangezien het gemiddelde verschil tussen de twee ordertarieven bij zelfstandige trombose diensten ongeveer 1 euro was.

Bovenstaande correcties leiden tot tarieven van € 5,62 (exclusief bloedafname) en € 10,78 (inclusief bloedafname). Als gevolg van deze aanpassing worden eventuele onwenselijke prikkels voorkomen.

### *Aanpassing huisbezoek (thuispriktarief)*

In overleg met veldpartijen hebben we na beoordeling besloten om de prestatie 'huisbezoektarief klinisch-chemisch en microbiologische laboratoriumonderzoeken' (thuispriktarief) te splitsen in twee afzonderlijke prestaties. Hieronder staan de nieuwe prestaties, inclusief omschrijving, weergegeven.

- 079986: Periodiek huisbezoek t.b.v. klinisch-chemische en/of microbiologische laboratoriumonderzoeken waarbij de personalia van de patiënt min. 2 werkdagen voor huisbezoek bij de zorgaanbieder bekend zijn.
- 079987: Incidenteel huisbezoek t.b.v. klinisch-chemische en/of microbiologische laboratoriumonderzoeken waarbij de personalia vd patiënt minder dan 2 werkdagen voor huisbezoek bij zorgaanbieder bekend zijn.

Het tarief voor het periodiek huisbezoek (code 079986) is gebaseerd op de kostprijsinformatie van de trombosediensten. Na afstemming met de FNT en de SAN is besloten om de kostprijsgegevens van de algemene ziekenhuizen voor deze prestatie niet mee te nemen. Het tarief wordt dus gebaseerd op trombosediensten en leidt dus tot het tarief van € 9,71.

Het tarief voor het ongeplande thuisprikken (079987) is gebaseerd op de huisartsenlaboratoria. Op basis van zeven waarnemingen komt het tarief uit op € 16,89. De onderlinge spreiding hierbij is relatief beperkt met een CV-waarde van 0,61.

In de toelichting bij de regelgeving hebben we ter verduidelijking van de nieuwe prestaties het volgende opgenomen: "Periodieke huisbezoeken (079986) betreffen in de regel huisbezoeken in het kader van de begeleiding van een antistollingsbehandeling. Incidentele huisbezoeken (079987) vinden in de regel plaats op verzoek van de huisarts."

Bovenstaand betekent niet dat een trombosedienst alleen gebruik dient te maken van het 'periodieke' huisbezoek. Ook bij een trombosedienst kan er sprake zijn van 'incidentele' (veelal spoed-) huisbezoeken.

### *Registratietarief*

De NZa heeft met partijen afgestemd over de prestatie '079988 Registratietarief (inclusief oproep) in het kader van multidisciplinaire zorgverlening bij chronische aandoeningen'. Als gevolg van deze afstemming is besloten tot het schonen van de afwijkende waarneming die zorgde voor een sterke tariefdaling. Deze daling wordt daarmee gecorrigeerd. Het tarief wordt gebaseerd op de overige kostprijsaanleveringen die gezamenlijk een homogene set vormen.

## **4.3.3.6 Aanvullende schoningen kostprijzen**

### *Medisch microbiologie*

In overleg met de koepel van productiesamenwerkingsverbanden (PABLO) is besloten tot het schonen van één kostprijs, voor het product "70003 DNA-amplificatie,

kwalitatief, geautomatiseerd". De waarneming die geschoond wordt heeft een significant marktaandeel, maar valt wel buiten de grens van twee standaarddeviaties. Het effect van deze waarneming op het tarief in combinatie met het hoge volume van deze prestatie (en dus een groot productiewaarde effect) is aanleiding om tot deze schoning over te gaan. Deze specifieke schoning vormt daarmee onderdeel van de schoning voor uitbijters die in de vorige paragraaf is toegelicht.

### *Chronische thuisbeademing*

De tarieven voor chronische thuisbeademing dalen licht. Op basis van de inhoudelijke beoordeling van deze productgroep achten we de tariefconsequenties verdedigbaar, bijvoorbeeld omdat alle kostprijsaanleveringen van instellingen bij een prestatie op een lager niveau liggen dan het huidige tarief. Bij één prestatie hebben we besloten om aanvullend een schoning door te voeren, namelijk door de kostprijsaanlevering van een umc aanvullend te schonen. Dit betreft het product 990011015 (Thuisbeademing bijstellen | Klin 1-5 | Chronische thuisbeademing). Het tarief stijgt daardoor van € 2.528,60 naar € 5.972,94 (en ligt hiermee in lijn met het huidige tarief). Deze aanpassing leidt tot een stijging in de productiewaarde van € 0,85 miljoen ten opzichte van het concepttarief en € 0,2 miljoen ten opzichte van het tarief uit 2016.

### *Psychiatrie*

De productgroep voor psychiatrie stijgt aanzienlijk op basis van de concepttarieven 2017. De NZa heeft deze productgroep nader beoordeeld. Hierbij valt op dat de stijging van de tarieven wordt veroorzaakt door een beperkt aantal zeer afwijkende kostprijzen met hoge productievolumes. De NZa heeft besloten om voor drie van de vier prestaties psychiatrie deze kostprijzen aanvullend te schonen. Deze aanvullende schoning leidt tot een daling van de verwachte productiewaarde van € 8,1 miljoen euro. Dit betekent dat de tarieven voor psychiatrie in 2017 nog steeds stijgen ten opzichte van de tarieven 2016. Deze stijging is echter minder omvangrijk en gebaseerd om een meer betrouwbare en homogene kostprijsdataset.

### *Beeldvormende diagnostiek*

Naar aanleiding van overleg met veldpartijen heeft de NZa de zorgproductgroep Beeldvormende diagnostiek (binnen de OZP's) nader geanalyseerd. Uit deze controle bleek dat er één zorgaanbieder was waarvan de kostprijzen binnen deze groep voor het overgrote deel onwaarschijnlijk laag waren (rond de 3-5% van landelijk gemiddelde). Deze kostprijzen zijn initieel niet geschoond vanwege het significante marktaandeel van deze aanbieder (groter dan 1/n). Gezien het onrealistische niveau en het effect van deze kostprijzen op de tarieven voor Beeldvormende diagnostiek heeft de NZa besloten alle kostprijzen van deze instellingen voor de groep Beeldvormende diagnostiek uit te sluiten in de tariefberkening. In totaal zorgt dit voor een toename van de productiewaarde van € 1,5 miljoen binnen de zorgproductgroep Beeldvormende diagnostiek.

### *Hoge dwarslaesie voor revalidatiezorg*

Naar aanleiding van overleg met veldpartijen heeft de NZa besloten om voor het zorgproduct 990027169 (Diagn dwarslaesie | Klin >14 | Multidisciplinair behandelen klasse 7 | Revalidatiegeneeskunde) één van de aangeleverde kostprijzen te schonen. Deze kostprijs had een groot marktaandeel binnen dit zorgproduct en een veel lagere kostprijs (minder dan 10% van landelijk niveau) dan de overige aangeleverde kostprijzen. Het meenemen van deze aanlevering zou er voor zorgen dat het 2017

tarief sterk zou dalen ten opzichte van het 2016 tarief. Het schonen van deze kostprijsaanlevering heeft een positief productiewaarde effect van € 8,4 miljoen.

### *Hyperbare geneeskunde*

De NZa heeft voor het overige zorgproduct 'Behandeling met hyperbare zuurstof per zitting per patiënt' (zorgproduct 39995) kostprijzen ontvangen van vijf zorgaanbieders. Drie zorgaanbieders hebben een vergelijkbare kostprijs aangeleverd en vormen daarmee een homogene dataset. De overige twee kostprijsaanleveringen wijken sterk af en liggen lager dan de overige kostprijzen en het huidige tarief 2016. De NZa heeft deze twee kostprijzen nader beoordeeld. Hierbij is onder andere gekeken naar de kostprijsaanleveringen van de afgelopen jaren en de bijbehorende productievolume. Deze prijzen en volumes muteren sterk over de jaren. Daarom heeft de NZa besloten om deze twee kostprijsaanleveringen aanvullend te schonen. Hierdoor stijgt het tarief ten opzichte van de conceptuitlevering van het DOT pakket 2017. De stijging van het tarief van € 160,36 naar € 170,82 als gevolg van deze aanvullende schoning leidt tot een toename van de verwachte productiewaarde met € 0,64 miljoen.

## **4.3.3.7 Aanvullende indexaties van tarieven**

### *Post-transplantatieproducten*

Voor stamceltransplantaties is aangegeven door UMC's dat de verpleegdag voor de vier posttransplantatietrajecten opnieuw niet goed gekoppeld zijn. NZa is daarom voornemens in lijn met tarieven 2016 de tarieven indexeren. Ook toen waren de verpleegdagen niet goed gekoppeld aan deze producten. De herijking, die voor alle vier de prestaties een daling tot gevolg had, wordt daarmee dan niet doorgevoerd. Ten opzichte van de concepttarieven stijgt de productiewaarde met € 10 miljoen.

### *Indexeren vijf revalidatieproducten met lage aantallen*

Er zijn vijf producten revalidatiegeneeskunde voor het multidisciplinair behandelen waarbij RN heeft aangegeven dat er signalen zijn dat de kostprijzen niet juist zijn berekend. De NZa heeft deze vijf producten nader beoordeeld. De aangeleverde kostprijzen zijn slechts een fractie van de huidige tarieven. Ook liggen aan deze producten lage aantallen ter grondslag. De NZa heeft daarom besloten om de kostprijzen niet mee te nemen, maar de tarieven van deze vijf producten<sup>23</sup> te indexeren. Het indexeren in plaats van herijken van deze vijf prestaties zorgt voor een toename van de productiewaarde van € 14,4 miljoen.

### *Indexatie producten kindergeneeskunde*

In afstemming met veldpartijen heeft de NZa besloten om vier producten niet te herijken, maar te indexeren<sup>24</sup>. De aanleiding hiervoor is dat deze producten de logische volgordelijkheid raken als gevolg van de nieuwe kostprijzen. Door het besluit om deze vier producten te indexeren, zullen twee tarieven dalen en nemen twee tarieven toe. Het totale productiewaarde-effect is positief, aangezien de te verwachten macro productiewaarde met ruim € 3 miljoen euro toeneemt.

Daarnaast heeft de NZa besloten na beoordeling om voor een prestatie (990216022) binnen de zorgproductgroep kindergeneeskunde nefrologie een prestatie te indexeren.

<sup>23</sup> Het betreft de producten 990027149, 990027178, 990027179, 990027184, 990027191.

<sup>24</sup> Het betreft de producten 990616060, 990516043, 990516046, 990516054.

Een beperkt aantal instellingen leverde kostprijzen aan voor deze producten, die onderling enorm van elkaar verschilden. Als gevolg van de keuze om de tarieven te indexeren stijgt de productiewaarde van dit product met € 0,63 miljoen.

#### 4.3.3.8 Overige wijzigingen

##### *Experttarieven gecombineerde transplantatie*

De NFU heeft aandacht gevraagd voor de onlogische volgorde in de tarieven voor transplantaties. De tarieven voor een gecombineerde transplantatie zijn per 2016 lager dan de tarieven voor een transplantatie van het meest complexe orgaan alleen. Een gecombineerde nier-pancreas transplantatie is goedkoper dan een enkele pancreas transplantatie. Omdat een gecombineerde transplantatie juist complexer is, dient deze minimaal het bedrag op te leveren van het meest complexe onderdeel van de transplantatie. In de huidige situatie is het financieel aantrekkelijk om de niertransplantatie naast de levertransplantatie niet te registreren. Daarnaast doet dit geen recht aan de inspanningen die voor een gecombineerde transplantatie gedaan worden.

In de release 2017 zouden deze producten enkel een tariefindexatie kennen, aangezien de productstructuur vorig jaar inhoudelijk is gewijzigd. Daarom is er geen kostprijsinformatie voor deze producten beschikbaar. Daarom is voor de gecombineerde transplantaties een experttarief opgesteld, waarbij het tarief van de levertransplantatie het uitgangspunt vormt. Dit tarief wordt met de factor 1/3 opgehoogd van het tarief van de niertransplantatie. Het gecombineerde tarief (kleiner dan 28 dagen) komt daardoor uit op € 44.405,87 en het tarief groter dan 28 dagen komt uit op €75.891,75..

##### *Scen-consultatie op basis van de 1e lijn*

In de vorige paragraaf is toegelicht dat een aantal eerstelijns prestaties zijn overgeheveld naar het vrije segment. Het aantal producten waarvan een tarief binnen de medisch specialistische zorg bepaald wordt door de eerste lijn is daardoor afgenomen. Tegelijkertijd hebben we besloten om het Scen-consultatie tarief wel te baseren op de eerste lijn, aangezien de huisarts deze prestatie ook in rekening kan brengen. Er bestond in 2016 een aanzienlijk verschil tussen het tarief van de huisarts, namelijk € 373,04, en het tarief van de medisch specialistische zorg, namelijk € 164,74. Het tarief wordt per 2017 gebaseerd op het tarief van de huisartsenzorg. Hiermee wordt invulling gegeven aan het functionele karakter van de bekostiging.



## 4.4 Effectanalyses en conclusie

In paragraaf 2 is de algehele berekeningsmethode toegelicht. In paragraaf 3 is een reeks van wijzigingen beschreven ten opzichte van de uitgeleverde concepttarieven die voortkomen uit de beoordeling. In deze paragraaf laten we de effecten zien van de nieuwe tarieven voor 2017, waarin de voorgenoemde wijzigingen zijn verwerkt. Dit betreft dus de finale effecten van de tarieven 2017 ten opzichte van de tarieven over 2016.

### 4.4.1 Overzicht tariefberekening

In paragraaf 4.2 hebben we uiteen gezet hoeveel prestaties herijkt worden op basis van de aangeleverde kostprijzen, hoeveel producten geïndexeerd worden en hoeveel prestaties op basis van een alternatieve rekenmethode van een tarief worden voorzien. In paragraaf 4.3 is een aantal wijzigingen beschreven, waardoor voor bepaalde prestaties in plaats van een kostprijs herijking voor een tariefindexatie is gekozen.

Onderstaande tabel geeft het finale overzicht van de categorie-indeling. Hierbij is ook aangegeven hoeveel producten gebaseerd zijn op een meerjaarsgemiddelde, als gevolg van een beperkt aantal waarnemingen in de kostprijsset 2014, en hoeveel producten een individuele middeling van kostprijzen kennen om de logische volgorde bij bepaalde producten te herstellen.

Categorie	Omschrijving	Aantal DBC-zorgproducten	Aantal overige zorgproducten
1. Kostprijs herijking	Gemiddelde o.b.v. aangeleverde kostprijzen 2014	534	645
	Meerjaarsgemiddelde a.g.v. beperkte dataset.	65	51
	Gemiddelde o.b.v. individuele middeling a.g.v. onlogische volgorde	17	0
2. Indexatie	Indexatie van het tarief 2016	337	86
3. Alternatieve rekenmethode	Zorgproduct gewijzigd per 2017	43	136

Tabel 19 – Overzicht categorie-indeling definitieve tariefberekening

Uit deze tabel valt op dat het aantal producten waar het tarief geïndexeerd wordt, is toegenomen. Dit komt met name doordat voor alle producten complex chronisch longfalen en infertiliteit tot indexatie is besloten. Bij veel andere producten is het aantal wijzigingen ten opzichte van de reguliere methodiek nihil. In onderstaand tabel laten we het overzicht van de tariefberekening zien uitgesplitst naar zorgproductgroep.

Zorgproductgroep omschrijving	Kostprijs herijking	Meerjaars-gemiddelde	Individuele middeling	Indexatie	Alternatieve rekenmethode
WBMV - Klinische genetica	0	0	0	4	0
WBMV – Zenuwstelsel	35	5	0	5	0
Infertiliteit (incl WBMV)	3	1	0	25	0
Hart/long/hartlongtransplantatie/s tamceltherapie/ritmechir/AICD-implant/PTCA/CABG/OpenHartOperatie (incl WBMV)	70	18	7	8	0
Nier-/lever-/darm-/eilandjes-/pancreastransplantatie (incl WBMV)	0	0	0	87	2



Zorgproductgroep omschrijving	Kostprijsherijking	Meerjaars-gemiddelde	Individuele middeling	Indexatie	Alternatieve rekenmethode
Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl WBMV)	15	1	0	5	0
Gespecialiseerde brandwondenzorg	9	2	0	1	0
Voorwaardelijk toegelaten zorgprestaties	0	0	0	0	3
Chronische thuisbeademing	8	1	0	0	0
Neonatologie	12	0	0	0	0
Complex chronisch longfalen	0	0	0	37	0
Revalidatiegeneeskunde	49	0	0	6	10
Psychiatrie	4	0	0	0	0
Palliatieve zorg	4	2	0	0	0
Kindergeneeskunde oncologie	10	1	0	0	18
Kindergeneeskunde nefrologie	38	7	4	11	0
Kindergeneeskunde overige pediatrie	40	1	0	13	2
Kindergeneeskunde maag-darm-lever	47	3	0	3	0
Kindergeneeskunde cardiologie	23	0	0	5	0
Kindergeneeskunde longgeneeskunde	47	6	2	4	0
Kindergeneeskunde metabole ziekten	8	0	2	0	0
Kindergeneeskunde hematologie	18	2	0	6	0
Kindergeneeskunde allergologie	11	4	0	6	0
Kindergeneeskunde immunologische aandoeningen en infectieziekten	19	3	0	5	0
Kindergeneeskunde sociale pediatrie	6	1	0	5	6
Kindergeneeskunde erfelijke/aangeboren aandoeningen	15	2	2	3	0
Kindergeneeskunde reumatologie	18	2	0	1	0
Kindergeneeskunde endocrinologie	25	3	0	4	0
Kinderneurologie (excl epilepsie/slaapstoornissen)	0	0	0	57	2
Geriatrische revalidatiezorg	0	0	0	36	0
<b>Totale productiewaarde</b>	<b>€ 2.067.455.767</b>	<b>€ 10.941.206</b>	<b>€ 218.463.021</b>	<b>€ 331.834.254</b>	<b>€ 49.667.571</b>

Tabel 20 – Overzicht categorie-indeling per productgroep (DBC-zorgproducten)

Uit deze tabel komt naar voren dat nog steeds het merendeel van de producten op basis van een herijking van een tarief wordt voorzien. In deze producten gaat ook de meeste productiewaarde om. Ook voor de overige zorgproducten is een dergelijke uitsplitsing gemaakt. Dit leidt tot het volgende overzicht in onderstaande tabel.

Zorgproductgroep omschrijving	Kostprijsherijking	Meerjaars-gemiddelde	Indexatie	Alternatieve rekenmethode
OZP Overige verrichtingen	15	3	12	126
OZP Eerstelijns Diagnostiek - Med. specialist. behand. en diagn.	74	12	35	1
OZP Paramedische behandeling en onderzoek	12	0	1	0
OZP Eerstelijns diagnostiek	529	36	35	5

Zorgproductgroep omschrijving	Kostprijsherijking	Meerjaars-gemiddelde	Indexatie	Alternatieve rekenmethode
OZP Supplementair - Overig traject	6	0	3	1
OZP Supplementair - Add-on IC	9	0	0	3
OZP Ondersteunende verrichting	0	0	0	0
<b>Totale productiewaarde</b>	<b>€ 1.150.492.356</b>	<b>€ 240.434</b>	<b>€ 448.373</b>	<b>€ 875.983.159</b>

Tabel 21 – Overzicht categorie-indeling per productgroep (overige zorgproducten)

Uit deze tabel volgt dat het merendeel van de producten herijkt worden. De tarieven NICU, PICU en IC-dag zwaar zijn in dit overzicht opgenomen in de categorie 'alternatieve rekenmethode', vanwege de toegepaste opslagen in de tariefberekening. Dit verklaart ook waarom er in deze categorie veel productiewaarde omgaat. In feite liggen aan deze tarieven ook de aangeleverde kostprijzen 2014 ten grondslag.

#### 4.4.2 Productiewaarde-analyse

In paragraaf 4.3 is als onderdeel van de beoordeling het effect op de productiewaarde getoond tussen de tarieven voor 2017 die in concept zijn uitgeleverd en de tarieven die in 2016 golden. In paragraaf 4.3 is daarnaast een reeks van verfijningen in de berekening beschreven en is een aantal aanvullende tariefissues ondervangen. In onderstaande tabel tonen we voor de dbc-zorgproducten opnieuw de productiewaarde, waarbij we het effect van de wijzigingen laten zien per productgroep. In de kolom 'productiewaarde definitief 2017' is de productiewaarde weergegeven op basis van de definitieve tarieven die per 2017 gelden. Per productgroep is inzichtelijk in hoeverre de aanvullende keuzes in de tariefberekening, ten opzichte van de generieke berekening, impact heeft gehad op de te verwachte productiewaarde. Dit inzicht ontstaat door de kolom 'productiewaarde concept 2017' te vergelijken met de kolom 'productiewaarde definitief 2017'. In de laatste kolom is inzichtelijk wat de impact is van de definitieve tarieven 2017 ten opzichte van de tarieven 2016. In de analyses in deze paragraaf richten we ons enkel op de producten die initieel herijkt zouden worden op basis van de aangeleverde kostprijzen. De producten waar in eerste instantie al gekozen is voor een indexatie vallen dus buiten scope van deze analyses. Dit verklaart ook waarom onderstaande getallen niet automatisch aan dienen te sluiten bij de bovenstaande tabel in paragraaf 4.4.1. De productselectie is hierbij dus verschillend.

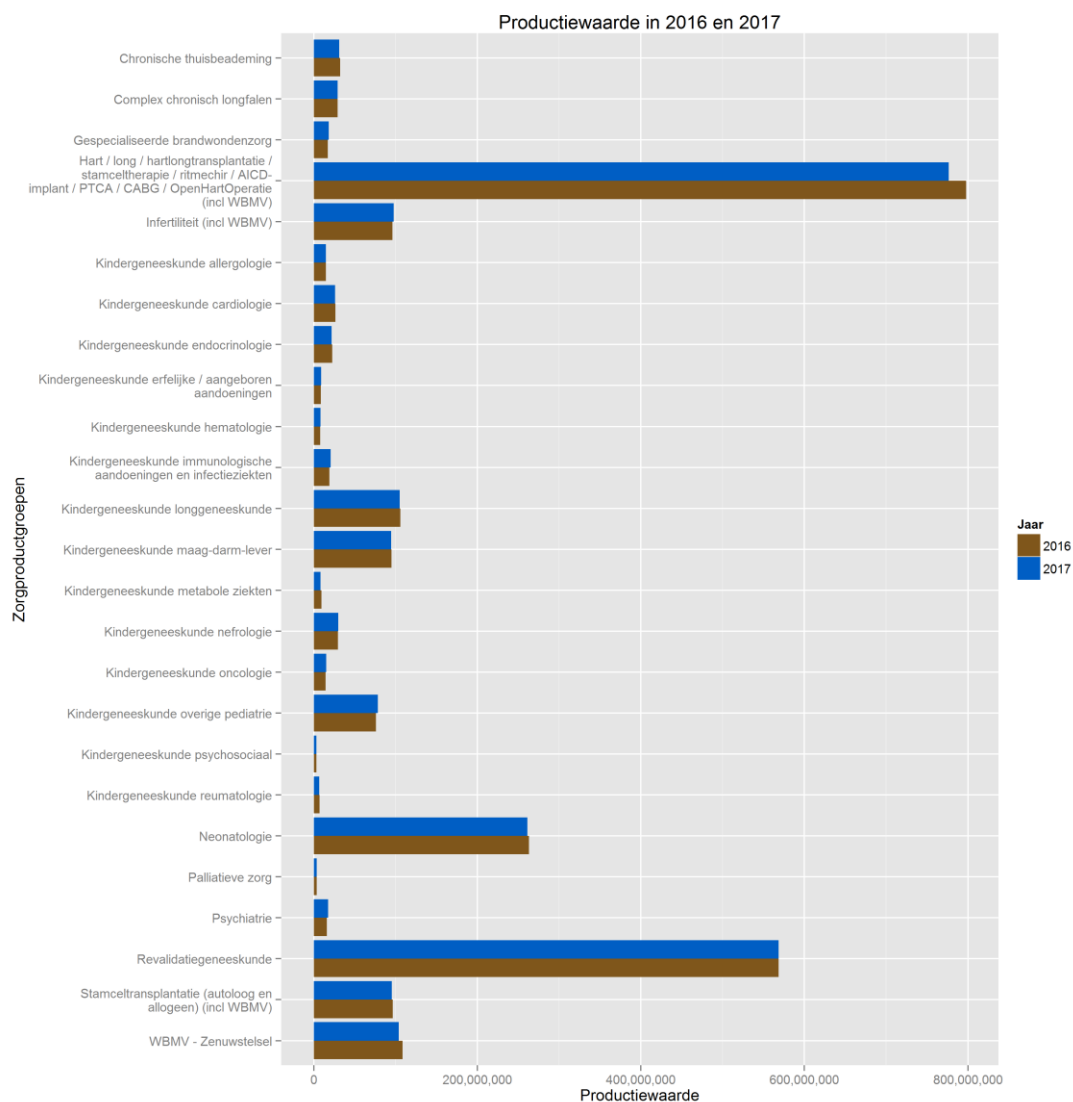
Zorgproduct groep code	Zorgproductgroep omschrijving	Productiewaarde 2016	Productiewaarde concept 2017	Productiewaarde definitief 2017	Vershil 16-17 (%)
972802	WBMV – Zenuwstelsel	108.704.606	103.896.647	103.997.253	-4%
972804	Infertiliteit (incl WBMV)	96.308.750	82.361.096	97.796.224	2%
979001	Hart / long / hartlongtransplantatie / stamceltherapie / ritmechir / AICD-implant / PTCA / CABG / OpenHartOperatie (incl WBMV)	797.681.473	775.393.774	776.674.332	-3%
979003	Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl WBMV)	96.674.803	85.298.790	95.276.833	-1%
979004	Gespecialiseerde brandwondenzorg	16.945.267	18.606.835	18.302.779	8%
990011	Chronische thuisbeademing	32.198.424	30.346.264	31.204.559	-3%
990017	Neonatologie	263.038.872	260.809.266	261.186.253	-1%
990022	Complex chronisch longfalen	29.069.626	20.688.888	29.069.628	0%

Zorgproduct groep code	Zorgproductgroep omschrijving	Productiewaarde 2016	Productiewaarde concept 2017	Productiewaarde definitief 2017	Vershil 16-17 (%)
990027	Revalidatiegeneeskunde	568.285.365	559.753.252	568.553.635	0%
990029	Psychiatrie	15.990.153	25.648.104	17.505.984	9%
990040	Palliatieve zorg	3.647.836	3.657.179	3.663.524	0%
990116	Kindergeneeskunde oncologie	14.381.106	14.972.828	15.146.691	5%
990216	Kindergeneeskunde nefrologie	29.420.398	28.927.888	29.750.258	1%
990316	Kindergeneeskunde overige pediatrie	75.930.648	77.848.124	78.418.471	3%
990416	Kindergeneeskunde maag-darm-lever	95.134.765	94.316.205	94.487.456	-1%
990516	Kindergeneeskunde cardiologie	26.249.533	22.104.120	25.915.818	-1%
990616	Kindergeneeskunde longgeneeskunde	105.878.117	105.518.215	104.860.655	-1%
990716	Kindergeneeskunde metabole ziekten	9.157.332	7.568.969	8.236.466	-10%
990816	Kindergeneeskunde hematologie	7.705.842	7.625.206	8.052.180	4%
991016	Kindergeneeskunde allergologie	14.755.939	14.354.639	14.550.438	-1%
991116	Kindergeneeskunde immunologische aandoeningen en infectieziekten	18.837.373	20.360.139	20.398.053	8%
991216	Kindergeneeskunde psychosociaal	3.186.873	3.273.012	3.261.306	2%
991316	Kindergeneeskunde erfelijke / aangeboren aandoeningen	8.707.824	8.950.463	8.921.762	2%
991416	Kindergeneeskunde reumatologie	7.151.848	6.455.907	6.611.549	-8%
991516	Kindergeneeskunde endocrinologie	22.458.587	21.211.677	21.557.787	-4%
<b>Totaal</b>		<b>2.467.501.360</b>	<b>2.399.947.487</b>	<b>2.443.399.894</b>	<b>-1%</b>

Tabel 22 – Analyse productiewaarde dbc-zorgproducten

Op totaalniveau valt hierbij op dat de totale productiewaarde van de tarieven in het gereguleerde segment daalt met 0,98% (afgerond -1%). Deze impact is kleiner dan de impact van de concepttarieven 2017, toen de impact nog uitkwam op -2,7%.

Met name de keuzes om de tarieven voor complex chronisch longfalen en infertiliteit te indexeren hebben geleid tot een positiever tariefeffect. In totaal heeft de aanvullende maatregelen in de tariefberekening geleid tot een positief productiewaarde-effect van € 43,3 miljoen tussen het concept en definitieve pakket 2017. Uiteindelijk daalt de productiewaarde ten opzichte van 2016 nog steeds, met € - 24,2 miljoen. Met onderstaande figuur is dit ook visueel in beeld gebracht.



Figuur 23 – Analyse productiewaarde dbc-zorgproducten

**Overige zorgproducten**

Voor de overige zorgproducten is eenzelfde analyse uitgevoerd. Ook hier zijn de verschillende berekeningen op de productiewaarde met elkaar vergeleken. De kolommen met de productiewaarde 2016 en concept 2017 zijn identiek aan de gegevens die in de vorige paragraaf bij de beoordeling inzichtelijk zijn gemaakt.

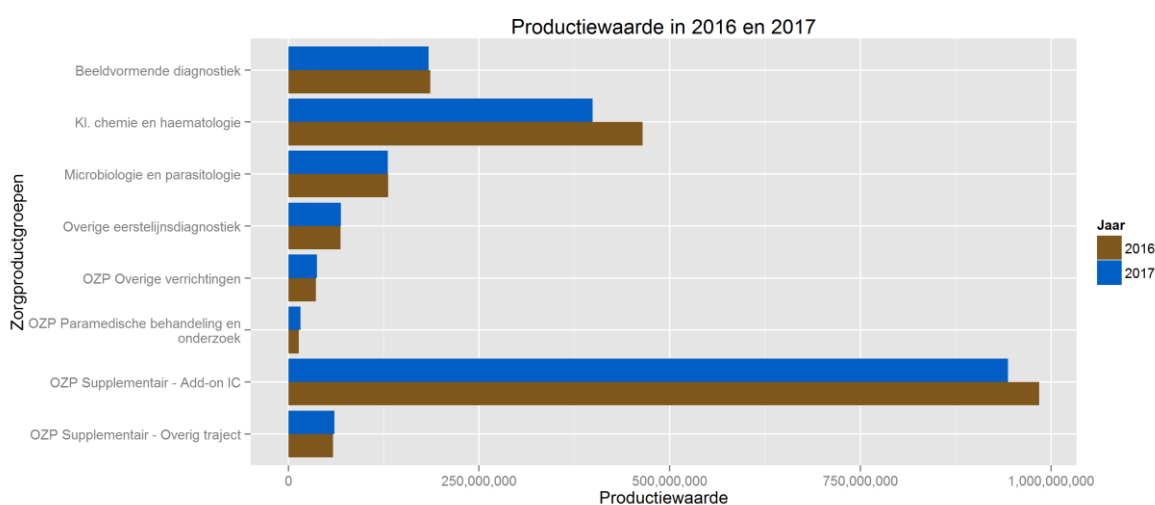
Zorgproductgroep omschrijving	Productiewaarde 2016	Productiewaarde concept 2017	Productiewaarde definitief 2017	Verschil 16-17 (%)
OZP Supplementair - Overig traject	58.393.046	60.406.705	60.406.741	3%
OZP Overige verrichtingen	36.275.588	37.427.383	37.489.557	3%
OZP Supplementair - Add-on IC	984.328.870	796.899.149	943.592.788	-4%
OZP Paramedische behandeling en onderzoek	13.696.770	15.887.090	16.030.650	17%
OVERIGE EERSTELIJNSDIAGNOSTIEK	68.298.087	56.960.883	68.835.196	1%
BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK	185.993.454	181.792.776	183.736.529	-1%
KL. CHEMIE EN HAEMATOLOGIE	464.511.830	383.772.743	398.771.432	-14%
MICROBIOLOGIE EN PARASITOLOGIE	131.046.617	128.430.165	130.283.628	-1%
<b>Totaal</b>	<b>1.942.544.261</b>	<b>1.661.576.894</b>	<b>1.839.146.522</b>	<b>-5%</b>

Tabel 24 – Analyse productiewaarde overige zorgproducten

Op totaalniveau valt hierbij op dat de totale productiewaarde van de tarieven van de overige zorgproducten daalt met -5%. Deze impact is kleiner dan de impact van de concepttarieven 2017, toen de impact nog uitkwam op -13,7%.

Met name de keuzes om de tarieven voor intensive care te verhogen met een opslag voor de NICU, PICU en 'IC-dag zwaar' en de aanpassingen binnen de eerstelijns diagnostiek hebben geleid tot een positiever tarieffeffect. Ook de keuze om de tariefverlaging voor de prestatie 'IC-dag zwaar' in twee tranches door te voeren heeft een groot mitigerend effect.

In totaal hebben de aanvullende maatregelen in de tariefberekening geleid tot een positief productiewaarde-effect van € 177,6 miljoen tussen het concept en definitieve pakket 2017. Uiteindelijk daalt de productiewaarde ten opzichte van 2016 nog steeds, maar met € -103,4 miljoen. Het grootste gedeelte van de daling is dus gemitigeerd. Met onderstaande figuur is het effect tussen 2016 en 2017 ook visueel in beeld gebracht.



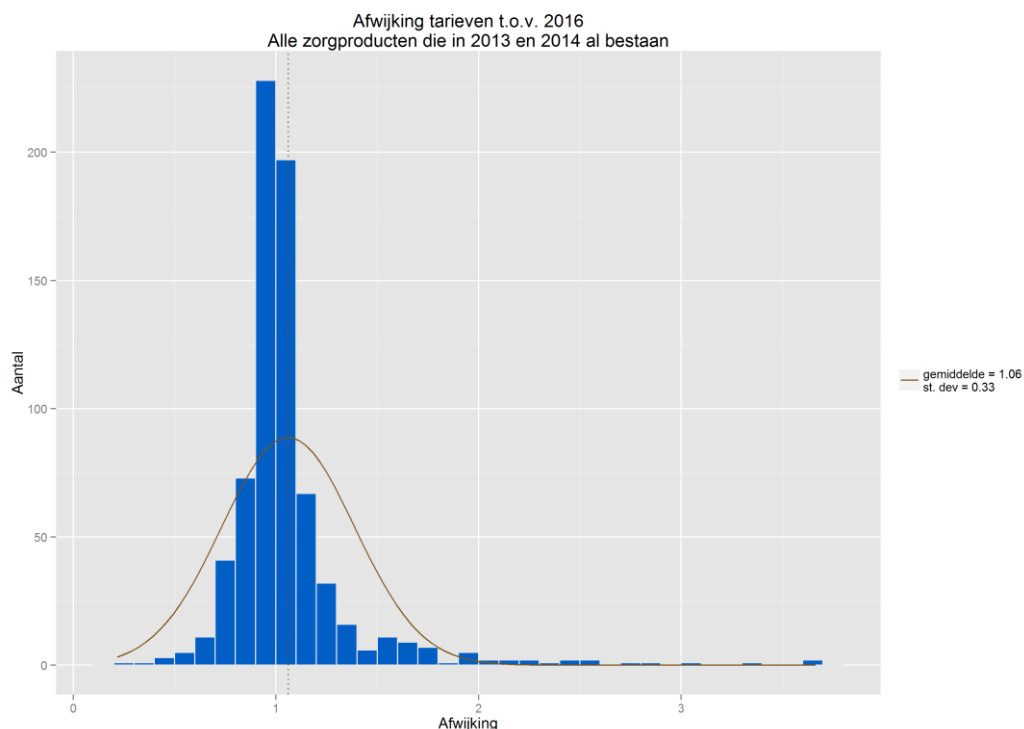
Figuur 25 – Analyse productiewaarde overige zorgproducten

### 4.4.3 Analyse prijsmutaties

De NZa heeft op basis van de definitieve tarieven opnieuw naar de prijsmutaties gekeken. Met name doordat producten met lage aantallen grote prijsmutaties veroorzaakten, en hier nu in de voorkomende gevallen een meerjaarsgemiddelde wordt gehanteerd, zijn grote effecten gemitigeerd. Als gevolg van deze tariefaanpassing blijken de extreme tariefafwijkingen tussen 2016 en 2017 nog verder teruggelopen te zijn. Bij deze analyses is, net als in de overige analyses uitgegaan van hetzelfde prijspeil en is de VGREV nog niet toegepast op het tarief voor 2017.

#### *Dbc-zorgproducten*

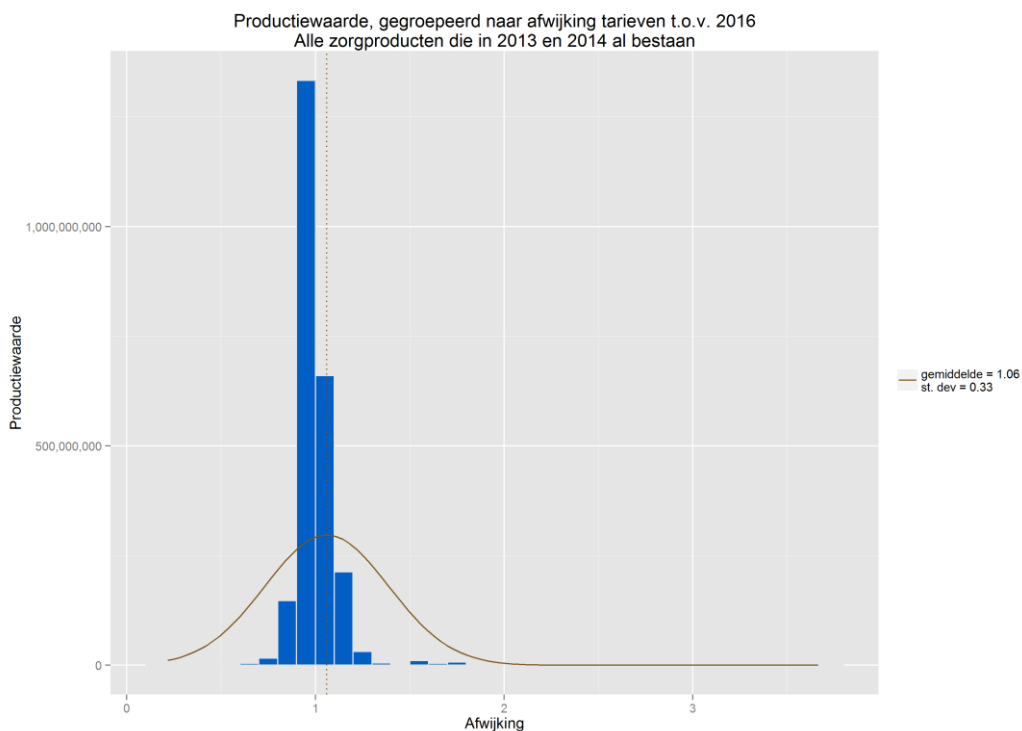
In onderstaande figuur voor de dbc-zorgproducten is te zien dat het merendeel van de producten zich centreren rondom het prijsmutatie-effect van 1. In deze analyse worden de tarieven van 2017 vergeleken met 2016. Een afwijking rondom de 1 betekent dus dat de tarieven voor de betreffende prestaties in lijn liggen met de tarieven van vorig jaar.



Figuur 26 – Prijsmutaties dbc-zorgproducten

Bij het pakket 2016 is deze analyse ook uitgevoerd. Hierbij is destijds het effect van de significante prijsmutaties op de productiewaardeontwikkeling nader geduid. Daarvoor is gekeken naar die prestaties waar de prijsmutatie lager was dan 50% (het tarief 2016 is minder dan de helft van het tarief over 2015) of hoger dan 100% (het tarief 2016 is meer dan de twee keer het tarief over 2015). Deze analyse is dit jaar opnieuw uitgevoerd.

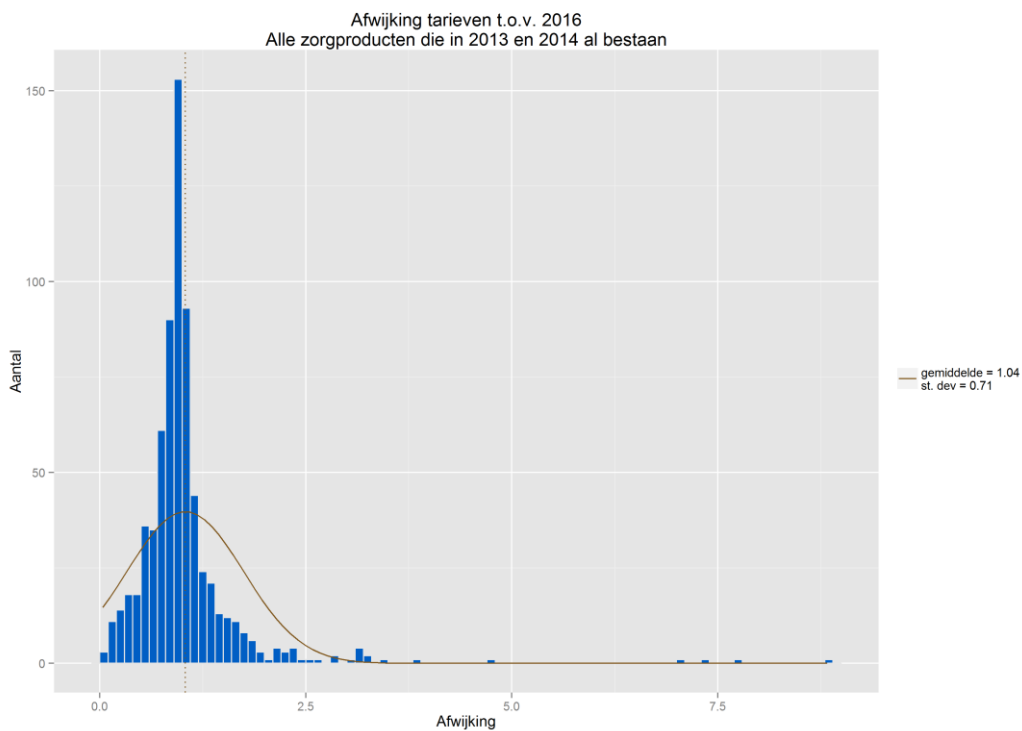
Er zijn 24 producten met een prijsmutatie lager dan 50% of hoger dan 100%. Vorig jaar betrof dit nog 77 producten. Van de huidige 24 producten hebben 20 producten een mutatie van meer dan 100%. De toename van de productiewaarde van deze producten (ten opzichte van de tarieven over 2016) tezamen bedraagt € 3,2 miljoen. De overige 4 producten (met een daling van meer dan 50% van het tarief ten opzichte van het tarief over 2016) hebben gezamenlijk een afname van de productiewaarde van € 951.678. Per saldo is het effect van deze significant muterende tarieven dus 2,2 miljoen positief. De analyse toont daarnaast aan dat het effect van deze producten op de landelijke productiewaarde heel beperkt is. De producten met een grote prijsmutatie komen landelijk dus heel beperkt voor. Dit wordt ook geïllustreerd in onderstaande figuur. In deze figuur zijn de prijsmutaties opnieuw weergegeven, maar vermenigvuldigd met de productaantallen. Daarmee wordt dus ook de productiewaarde aan de betreft prijsmutaties gekoppeld.



Figuur 27 – Prijsmutaties DBC-zorgproducten (in termen van productiewaarde)

*Overige zorgproducten*

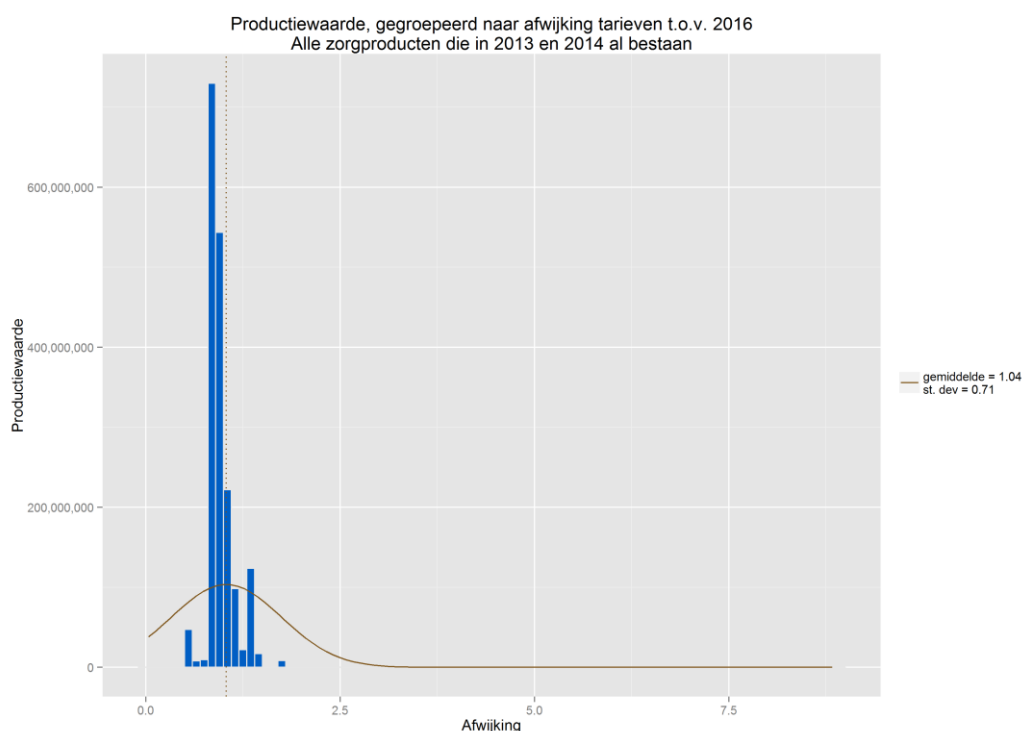
Een zelfde analyse is uitgevoerd voor de overige zorgproducten. In onderstaande figuur is voor de overige zorgproducten te zien dat het merendeel van de producten zich centreren rondom het prijsmutatie-effect van 1.



Figuur 28 – Prijsmutaties overige zorgproducten

Ook voor de overige zorgproducten is destijds bij het pakket 2016 deze analyse ook uitgevoerd, waarbij werd gekeken naar het effect van de significante prijsmutaties op de productiewaardeontwikkeling.

Er zijn 98 overige zorgproducten met een prijsmutatie lager dan 50% of hoger dan 100%. Vorig jaar betrof dit 158 producten. Van deze 98 producten hebben 36 producten een mutatie van meer dan 100%. De toename van de productiewaarde van deze producten (ten opzichte van de tarieven over 2016) tezamen bedraagt € 2,4 miljoen. De overige 62 producten (met een daling van meer dan 50% van het tarief ten opzichte van het tarief over 2016) hebben gezamenlijk een afname van de productiewaarde van € 3,8 miljoen. Per saldo is het effect van deze significant muterende tarieven bij overige zorgproducten dus 1,4 miljoen negatief. De analyse toont daarnaast aan dat het effect van deze producten op de landelijke productiewaarde heel beperkt is. De producten met een grote prijsmutatie komen landelijk dus heel beperkt voor, aangezien hier relatief weinig productiewaarde in omgaat. Dit wordt ook geïllustreerd in onderstaande figuur.



Figuur 29 – Prijsmutaties overige zorgproducten (in termen van productiewaarde)

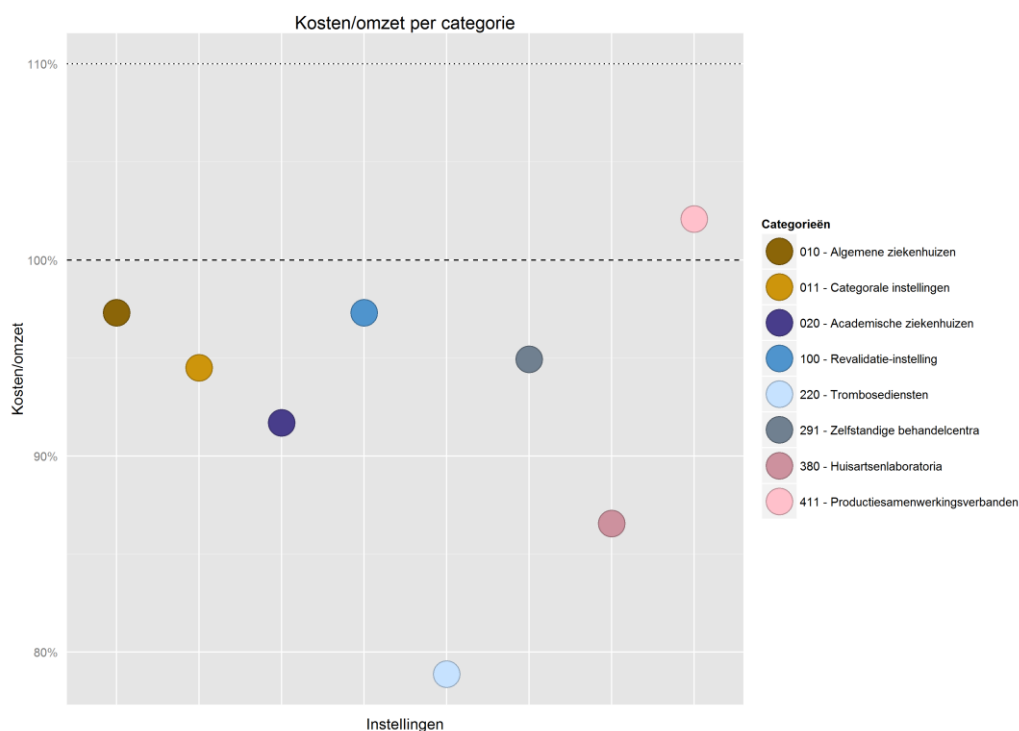
Voor de overige zorgproducten en de dbc-zorgproducten tezamen is het effect van de significante afwijkingen met € 0,8 miljoen positief. In totaal zijn er 122 producten die in deze analyse zijn beoordeeld. Vorig jaar betrof de selectie van significant afwijkende producten op totaalniveau 235 producten. Het aantal producten die grote tariefmutaties kennen is, mede als gevolg van de aanpassing naar het meerjaarsgemiddelde én de toegenomen robuustheid en stabiliteit in de kostprijsaanleveringen, afgenomen.

#### 4.4.4 Analyse spreiding naar categorieën

Op macroniveau sluiten de totale kosten in principe aan bij de totale verwachte productiewaarde, omdat we bij de tariefberekening uitgaan van de gewogen gemiddelde kostprijs. In de vorige paragraaf is als gevolg van de beoordeling echter besloten om voor een aantal producten een tariefindexatie in plaats van een tariefherijking door te voeren. Dit betekent niet meer dat alle totale kosten door instellingen voor medisch specialistische zorg over 2014 zijn beslag krijgen in de



tarieven. Omdat de producten waar uiteindelijk besloten is tot tariefindexaties primair een tariefdaling zouden kennen, valt hieruit op te maken dat de aangeleverde gemiddelde kostprijzen over 2014 voor deze producten lager liggen dan de historische tarieven 2016. Aangezien uiteindelijk voor deze producten, hoofdzakelijk CCL en infertiliteit, besloten is te indexeren, vindt een overdekking van de kosten plaats door de gehele set met tarieven. Ook het besluit om de tariefdaling voor de prestatie 'IC-dag zwaar' in twee tranches door te voeren, draagt hieraan bij. De tarieven over 2017 zijn daarmee op totaalniveau meer dan gemiddeld genomen kostendekkend. De te verwachten productiewaarde op basis van de nieuwe tarieven 2017 ligt op macroniveau dus hoger dan de totaal aangeleverde kosten op basis van de kostprijsaanleveringen 2014.

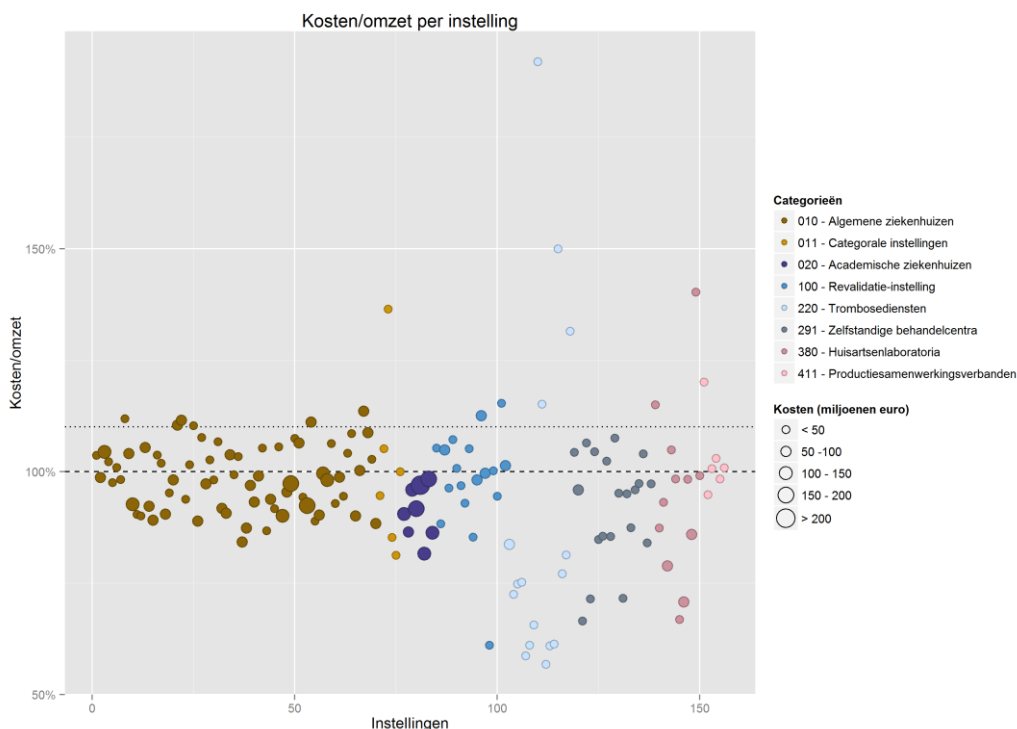


Figuur 30 – Prijsmutaties aansluitfactor per categorie

Op categorieniveau, het type instelling, hebben we in de vorige paragraaf een spreiding laten zien rondom het landelijke gemiddelde. Per categorie is gekeken of er sprake is van een verwacht tekort of overschot. In de vorige paragraaf kwamen de algemene ziekenhuizen, de revalidatiecentra en de productiesamenwerkingsverbanden uit op een percentage dat hoger ligt dan de stippellijn van 100%. Voor de productiesamenwerkingsverbanden is dat nog steeds het geval. De algemene ziekenhuizen en de revalidatiecentra kennen als gevolg van de tariefaanpassingen een aansluitfactor onder de 1. Ook deze gehele categorie kan op categorieniveau haar totale kosten dekken met de tarieven.

Hoewel op macroniveau en op categorieniveau de totale kosten afgedekt worden, hoeft dit nog niet zo te gelden voor elke afzonderlijke instelling. Daarom hebben we vervolgens de individuele instellingen bekeken. Hier zien we dat ongeveer de helft van de instellingen de gewogen gemiddelde kostprijzen het totaal aan instellingskosten dekken. Deze instellingen bevinden zich onder de 100%-grens.

Met name bij de trombosediensten valt de spreiding binnen de categorie op. Hoewel de spreiding binnen deze categorie groot is, kunnen we op basis van de aangeleverde informatie geen uitspraak doen of dit komt door een afwijkende patiëntenpopulatie of door vervuiling in de kostprijsaanlevering.



Figuur 31 – Aansluitfactor per instelling

In het kader van de analyse naar de spreiding van de kostprijzen hebben we ook opnieuw gekeken naar de CV-waardes. De CV-waarde geeft de mate van kostenhomogeniteit in de afzonderlijke kostprijsaanleveringen weer. Hoe lager de cv-waarde, hoe homogener de aangeleverde kostprijzen zijn.

In onderstaande tabel<sup>25</sup> is de verdeling van de cv-waarde van DBC-zorgproducten en de overige zorgproducten weergegeven, ingedeeld in 3 verschillende klassen (kleiner dan 0,5; tussen 0,5 en 1; groter dan 1). Deze tabel hebben we in paragraaf 4.3 ook weergegeven bij de kostprijzen voor de concepttarieven. Nadien is een aantal kostprijswaarnemingen geschoond uit de dataset en zijn bepaalde producten geïndexeerd. Dit leidt uiteindelijk tot een verbetering van de CV-waardes van de resterende producten. Uit onderstaande tabel blijkt dat ruim 94% van alle producten een cv-waarde kleiner dan 1 heeft. Dit is een verbetering ten op zichte van de 2016 tarieven, waar ongeveer 88% van de zorgproducten een cv-waarde had kleiner dan 1. Voor de DBC-zorgproducten geldt zelfs dat 98% van de producten een cv-waarde kleiner dan 1 heeft.

Categorie	CV-waarde < 0,5	0,5 < CV-waarde < 1	CV-waarde > 1	Totaal
DBC-zorgproducten	584	104	14	702
Overige zorgproducten	410	200	60	670
Totaal	994	304	74	1372

Tabel 32 – Beoordeling CV-waarden van de aangeleverde kostprijzen

<sup>25</sup> Als gevolg van de beoordeling is besloten dat er één OZP (declaratiecode "079992: huisbezoek tarief") per 2017 vervangen wordt door twee nieuwe prestaties ("079986: Periodiek huisbezoek" en "079987: Incidenteel huisbezoek"). Dit zorgt er voor dat het aantal OZP's waar we de tarieven herijken op basis van de aangeleverde kostprijzen, en dus een CV-waarde kunnen berekenen, afneemt van 671 naar 670. Dit verklaart het verschil tussen Tabel 9 en Tabel 32.

#### 4.4.5 Algehele conclusie

Op grond van de nadere regel (NR/CU-261) 'Registratie en aanlevering kostprijsmodel medisch specialistische zorg' hebben instellingen kostprijzen over het jaar 2014 aangeleverd van zorgproducten die in 2014 onderdeel vormden van het gereguleerde segment. Deze kostprijzen zijn verwerkt in de tarieven indien de betreffende producten na 2013 inhoudelijk niet gewijzigd zijn. Voor productstructuurwijzigingen per 2017 zijn de tarieven op basis van een alternatieve berekeningswijze bepaald.

De aangeleverde kostprijzen zijn vanuit verschillende invalshoeken beoordeeld. Hierbij is onder andere gekeken naar de homogeniteit, onderlinge spreiding en representativiteit. Hieruit concluderen we dat we de aangeleverde kostprijzen over 2014 voor zowel de overige zorgproducten als de dbc-zorgproducten kunnen verwerken in de tarieven voor 2017. De uitgevoerde analyses gaven op een aantal onderdelen aanleiding om af te wijken van de generieke rekenmethodiek. Die wijzigingen zijn in paragraaf 3 toegelicht.

Per saldo dalen de tarieven op macroniveau ten opzichte van 2016. De oorzaak hiervan is primair gelegen in de lagere gemiddelde kostprijzen die door instellingen zijn aangeleverd ten opzichte van aangeleverde kostprijzen over het jaar 2013.

Het macro-effect van de verwachte productiewaarde is op totaal niveau een daling van € 127,5 miljoen. De totale productiewaarde, op basis van de geconverteerde productieaantallen uit de aangeleverde kostprijzen, voor deze set aan producten daalt immers van € 4.410,0 miljoen naar € 4.282,5 miljoen. De tariefdaling betreft daarmee procentueel gezien 2,89%. Deze tariefdaling slaat hoofdzakelijk neer bij de overige zorgproducten (-5,32%) en wordt voor het grootste gedeelte verklaard door de daling van de tarieven voor intensive care en een tweetal tarieven binnen de eerstelijnsdiagnostiek (INR-bepaling en het ordertarief). Omdat de tarieven voor intensive care zorg de afgelopen jaren niet zijn aangepast, voor deze producten voor het eerst gebruik wordt gemaakt van dit kostprijsmodel en de aangeleverde kostprijzen voor deze producten omvangrijk en homogeen is, acht de NZa deze tariefaanpassing uitlegbaar. Daarnaast heeft de NZa de grootste effecten binnen deze productgroep gemitigeerd, bijvoorbeeld door de daling van de prestatie IC-dag zwaar gefaseerd door te voeren.

Bij het bepalen van de te verwachten productiewaarde zijn enkel de geschoonde productieaantallen, exclusief de productuitbijters en de afgekeurde accountantsverklaringen, meegenomen. Daarnaast is alleen ingezoomd op de te herijken producten. Producten die geïndexeerd worden vallen buiten deze analyses. Het uiteindelijke effect op het gereguleerde segment, met inbegrip van de te indexeren producten, zal dus procentueel gezien lager uitvallen. Ook nieuwe producten per 2017 vallen buiten deze analyse.

Bij de bepaling van de gemiddelde tariefdaling van 2,89% en bij alle in dit rapport uitgevoerde analyses is nog geen rekening gehouden met de toepassing van het tariefprincipe 'vergoeding gederfd rendement eigen vermogen'. De VGREV vormt een opslag op alle tarieven voor medisch specialistische zorg van 1,47% en voor de medisch specialistische revalidatiezorg van 1,94%. Hierdoor wordt de tariefdaling, na toepassing van de VGREV voor een gedeelte gemitigeerd. Het effect van de VGREV op de tarieven is € 65,5 miljoen. Het daadwerkelijke generieke tariefeffect, na correctie voor de VGREV, ligt daarmee op circa € - 62,0 miljoen (-1,41%).

Per product(groep) kunnen de effecten echter wel afwijkend van de landelijke trend, harder neerslaan. De NZa heeft alle afzonderlijke product(groep)en beoordeeld en acht de tariefmutaties verdedigbaar en uitlegbaar.

In bijlage 1 bij dit beoordelingsrapport heeft de NZa kengetallen en statistische informatie bijgevoegd van het kostprijsonderzoek. Dit biedt de gelegenheid om per product de CV-waarde en variatie in kostprijzen na te gaan. In bijlage 2 bij dit

beoordelingsrapport heeft de NZa de informatieproducten voor de afslag geneesmiddelen bijgevoegd.

## Bijlage 1 : Kengetallen en statistiek

In bijlage 1 is een overzicht met kengetallen, met onder andere spreidingsinformatie per product, opgenomen ter ondersteuning bij de totstandkoming van mogelijke afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders over het hanteren van het max-maxtarief. Dit bestand betreft een separaat bijgevoegd Excelbestand. In dit document wordt een korte toelichting gegeven bij dit Excelbestand.

### *Aanleiding*

Zoals in het rapport is toegelicht, wordt per 1 januari 2016 het max-maximumtarief ingevoerd in de medisch specialistische zorg. Deze max-maxtarieven worden mogelijk gemaakt om innovatie en specifieke kwaliteitsafspraken verder te ondersteunen. Ook leent deze ruimte zich ervoor om kruissubsidiering tussen het vrije en gereguleerde segment te voorkomen.

De enige voorwaarde voor het in rekening brengen van het max-maxtarief is in alle gevallen een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar over de toepassing van het aanvullende maximum. De maximumtarieven kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd. Het max-maxtarief is van toepassing op het gehele gereguleerde segment met uitzondering van de add-on geneesmiddelen, stollingsfactoren en een beperkte set prestaties die op grond van de tarieven in de eerste lijn van een tarief voorzien worden. De NZa stelt in haar publieke regelgeving geen andere voorwaarden op, anders dan de bovengenoemde schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar. Eventuele aanvullende voorwaarden die gelden om het aanvullende maximum (ten hoogste 10%) in rekening te brengen zijn ter lokale invulling aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Deze aanpak sluit aan bij de wijze waarop het max-maxtarief in eerstelijnssectoren en de curatieve GGZ is ingevuld.

### *Toelichting Excelbestand*

In het Excelbestand (Bijlage 1\_Kengetallen en statistiek.csv) zijn 16 kolommen opgenomen. In kolom A tot en met E is het zorgproduct omschreven. In kolom F is weergegeven op welke wijze het tarief is bepaald. Indien het tarief geïndexeerd is, omdat van het product geen kwalitatief bruikbare kostprijsinformatie beschikbaar was, zijn de resterende kolommen in het bestand leeg gebleven. In kolom O en kolom P is achtereenvolgens het maximumtarief per 2017 en het max-maximumtarieven opgenomen.

In kolom G is het aantal instellingen opgenomen die kostprijzen hebben aangeleverd. Indien er minder dan 5 waarnemingen zijn, is geen aanvullende statistiek uitgeleverd. Hiervoor is gekozen omdat kostprijsaanleveringen anders herleidbaar (kunnen) zijn naar individuele instellingen. Om die reden zijn productievolumes en het gewogen gemiddelde ook niet opgenomen in het overzicht.

In kolom H tot en met L is specifieke statistiek per product opgenomen over de kostprijsaanleveringen met boekjaar 2014, waaruit spreidingsinformatie is af te lezen. In kolom H staat het gewogen gemiddelde, in kolom I is het 1e kwartiel weergegeven, kolom J geeft de mediaan weer en kolom M geeft het 3e kwartiel weer. In kolom L is tot slot de CV-waarde weergegeven. Deze aanvullende informatie geeft inzicht in de spreiding van de aangeleverde kostprijzen per product en kan als input gebruikt worden voor de onderhandelingen over het max-maximumtarief.

In het beoordelingsrapport is toegelicht dat een aantal producten een toeslag heeft ontvangen voor fertiliteitshormonen, voedingssupplementen en voor interventieradiologie. Daarnaast is een afslag voor geneesmiddelenkosten doorgevoerd. In kolom O en P zijn deze toeslagen, voor die producten waar dit van toepassing is, opgenomen inclusief VGREV percentage.

## Bijlage 2: Informatieproduct afslag geneesmiddelen

In het huidige add-onbeleid komt het vaak voor dat geneesmiddelen bij meerdere indicaties worden verstrekt, waarvan sommigen de add-onstatus hebben en anderen niet. Geneesmiddelen die worden verstrekt bij indicaties die niet op de add-onlijst voorkomen, mogen niet als add-on worden gedeclareerd. In dat geval zijn de kosten van het geneesmiddel onderdeel van het dbc-zorgproduct in het vrije of gereguleerde segment.

Vanaf 1 januari 2017 wordt het add-on beleid voor geneesmiddelen en stollingsfactoren gewijzigd en moeten alle add-on geneesmiddelen, ongeacht de indicatie, als add-on worden gedeclareerd. Om dubbele bekostiging te voorkomen dienen de tarieven 2017 voor dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment en in het vrije segment gecorrigeerd te worden door middel van een afslag. In het gereguleerde segment heeft de NZa dit verwerkt in de tarieven voor 2017. De methode voor de berekening van de afslag is gebaseerd op het principe dat de NZa voor elke add-on een unieke zorgactiviteitcode heeft vastgesteld die zorgaanbieders moeten registreren als een geneesmiddel is ingezet bij een indicatie die niet op de add-on lijst staat. De geneesmiddelen afslag wordt alleen berekend indien de betreffende zorgactiviteitcode 5 of meer keer voorkomt binnen de combinatie dbc-zorgproductcode / zorgactiviteitcode / categorie zorgaanbieder. Door de toepassing van dit representativiteitscriterium wordt de afslag geneesmiddelen per zorgproduct niet bepaald door één of een paar subtrajecten.

Om het veld inzicht te geven bij welke dbc-zorgproducten de tarieven worden gecorrigeerd en door welk geneesmiddel dit wordt veroorzaakt, wordt het 'Informatieproduct geneesmiddelen' uitgeleverd. Dit informatieproduct bestaat uit twee verschillende tabellen:

- Geneesmiddelen Berekening afslag per zorgproduct
- Geneesmiddelen Spreiding geneesmiddelenkosten tussen instellingen