

Tariefberekening ondersteunende specialismen

Versie 1.1

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	2
1 Inleiding	3
2 Tariefberekening ondersteuners	4
2.1 Methode op hoofdlijnen	4
2.1.1 Het uurtarief.....	4
2.1.2 De ondersteunernormtijd per zorgactiviteit.....	4
2.1.3 Het profiel.....	4
2.1.4 Berekening ondersteunerhonorarium.....	5
2.2 Aanpassing methode voor onvolkomenheden in de gegevens	5
2.2.1 Onbekende uitvoerder	6
2.2.2 Nieuw ondersteunend specialisme	6
2.2.3 Onvolledige aanlevering	7
2.3 Herijking compensatiefactor.....	7
2.3.1 Berekening compensatiefactor op basis van steekproef	7
2.3.2 Berekening landelijke referentiecapaciteit.....	8
2.3.3 Berekenen honoraria ondersteunende specialismen.....	9
2.3.4 Anesthesiologie	10
2.3.4.1 <i>Compensatiefactor anesthesiologie</i> 10	
2.3.4.2 <i>Allocatiemethode anesthesiologie tijdens prijsberekening</i> 10	
3 Honorariumontwikkeling 2010	12
3.1 Uitgangspunten prijs- en effectberekeningen.....	12
3.1.1 De prijzen zijn een prognose op basis van DIS-gegevens.....	12
3.1.2 Heldere impact bij constant productievolume.....	12
3.1.3 De impact van elke wijziging wordt apart geduid.....	12
3.2 Ontwikkeling ondersteunerhonoraria.....	13
3.2.1 Compensatiefactor 2009 en 2010.....	13
3.2.2 Wegvallen compensatie.....	13
3.2.3 Gebruik recentere profieldata	14
3.2.4 Nieuwe allocatie	14
3.2.4.1 <i>Effect toepassen uitvoerder van de zorgactiviteit</i> 15	
3.2.5 Toepassen nieuwe compensatiefactor.....	16
3.2.6 Totaal effect.....	17

1 INLEIDING

In dit document wordt de berekening van de DBC-tarieven voor de ondersteunende specialismen radiologie, nucleaire geneeskunde, klinische chemie, medische microbiologie, pathologische anatomie en anesthesiologie toegelicht. De berekeningsmethodiek is van toepassing voor de DBC-tarieven 2010. De methodiek voor anesthesiologie wijkt af van die van de andere ondersteunende specialismen, en wordt daarom in een aparte paragraaf beschreven.

Achtereenvolgens wordt in dit document beschreven wat in hoofdlijnen de methode is waarmee de tarieven berekend worden, en welke aanpassingen op deze methode noodzakelijk zijn geweest om om te gaan met onvolkomenheden in de gegevens. Tenslotte wordt een uitgebreide effectberekening toegelicht van de wijzigingen die in de ondersteunerhonoraria optreden in de tarieven 2010 ten opzichte van 2009.

Dit document betreft een aanvullende toelichting op hetgeen reeds is opgenomen in het verantwoordingsdocument bij de tarieven 2010¹.

¹ Het betreft hier "Gebruikersdocument uitlevering deel 2 (v20091109)" op de website van DBC-Onderhoud.

2 TARIEFBEREKENING ONDERSTEUNERS

Ondersteunende specialismen registreren geen eigen DBC's, maar registreren hun activiteiten binnen de DBC van het poortspecialisme. Het ondersteunerhonorarium maakt als aparte component deel uit van het DBC-tarief. Dit geldt alleen voor de DBC's in het A-segment; in het B-segment is het profiel, en daarmee het ondersteunerhonorarium, onderhandelbaar. In de navolgende paragrafen wordt toegelicht hoe de honoraria van de ondersteunende specialismen worden berekend. Anesthesiologie wordt apart behandeld, omdat voor dit specialisme een afwijkende berekeningswijze nodig is.

2.1 Methode op hoofdlijnen

De ondersteunerhonoraria worden per DBC berekend op basis van de volgende gegevens:

- Het uurtarief
- De ondersteunernormtijd per zorgactiviteit
- Het profiel van de DBC

De componenten worden in de tariefsberekening geaggregeerd tot een honorarium per DBC per ondersteunende specialisme.

2.1.1 Het uurtarief

Het generieke uurtarief voor medisch specialisten wordt jaarlijks door de NZa vastgesteld.

2.1.2 De ondersteunernormtijd per zorgactiviteit

Alle ondersteunende specialismen hebben een normtijd toegekend aan de zorgactiviteiten die zij uitvoeren. Deze normtijden per zorgactiviteit zijn tijdens de rondrekening in 2005 bepaald op basis van productiecijfers en capaciteitsgegevens van een specialisme.

In enkele gevallen telt de normtijd van een zorgactiviteit niet mee voor het tarief. Dit is wanneer:

- de poortspecialist als ondersteuner een zorgactiviteit voor zijn eigen DBC uitvoert (bv de radioloog die een scan doet bij een radiologie DBC)
- een zorgactiviteit van een ondersteuner is uitgesloten bij bepaalde poorters. Dit is vooral bij poorters-voor-poorters het geval (bv een scopie bij een DBC van interne geneeskunde wordt door de internist gedaan, en niet door de gastro-enteroloog)

In deze situaties krijgt de ondersteunend specialist geen normtijd toegekend voor de zorgactiviteit bij de betreffende DBC.

2.1.3 Het profiel

Het profiel van een DBC wordt berekend met behulp van de in het DBC Informatie Systeem (hierna: DIS) geregistreerde gegevens. Voor elke DBC wordt bepaald:

- Welke zorgactiviteiten er voorkomen

- Bij hoeveel procent van de subtrajecten² die voorkomen (“percentage voorkomen”)
- Als ze bij een subtraject voorkomen, hoeveel keer de zorgactiviteit dan gemiddeld wordt uitgevoerd (“aantal keer geregistreerd”)
- Welke ondersteuner(s) de zorgactiviteit uitgevoerd hebben (“uitvoerder”)

Het landelijk gemiddelde profiel bij een DBC is berekend op basis van alle geregistreerde subtrajecten in DIS voor die DBC. Uit deze berekening volgt voor elke DBC wat een ondersteunend specialist landelijk gemiddeld gezien aan zorgactiviteiten heeft geregistreerd.

2.1.4 Berekening ondersteunerhonorarium

Het honorarium wordt voor elk ondersteunend specialisme apart berekend door vermenigvuldiging van:

$$\text{uurtarief} \times \text{normtijd zorgactiviteit} \times \text{percentage voorkomen} \times \text{aantal keer geregistreerd}$$

Dit wordt vervolgens over alle zorgactiviteiten in het profiel van de DBC opgeteld, om tot een honorarium per DBC te komen.

2.2 Aanpassing methode voor onvolkomenheden in de gegevens

Tot en met de tarieven van 2008 werden gegevens, geregistreerd in DIS in 2005 gebruikt om de profielen mee te berekenen. De data uit 2005 waren verre van perfect:

- **Onbekende uitvoerder:** van de zorgactiviteiten die wel waren geregistreerd, was in slechts 20% van de gevallen ook de uitvoerder ingevuld. Dit hield in dat het op basis van de data niet eenduidig vast te stellen was door welk specialisme een bepaalde zorgactiviteit is gedaan.
- **Nieuw ondersteunend specialisme:** het specialisme klinische chemie werd pas sinds 2009 als ondersteunend specialisme in de tarieven opgenomen. Tot en met 2008 was het tarief voor de klinisch chemici in de ziekenhuiskosten component opgenomen. De zorgactiviteiten van klinische chemie vertonen een grote overlap met de medisch microbiologen. Door het ontbreken van de uitvoerder, kon niet worden vastgesteld of een zorgactiviteit door klinische chemie of door medische microbiologie was gedaan.
- **Onvolledige aanlevering:** niet alle zorgactiviteiten die in het ziekenhuis werden gedaan, werden ook daadwerkelijk in DIS geregistreerd. Dit had een onderdekking in de profielen tot gevolg. Om te zorgen dat de ondersteunende specialismen geen honorariumomzet zouden verliezen, werd de compensatiefactor ingesteld.
- **Anesthesiologie:** het specialisme anesthesiologie registreert geen eigen zorgactiviteiten, maar heeft normtijden toegekend aan de (meest operatieve) zorgactiviteiten die door de poortspecialismen worden geregistreerd. Omdat niet in alle situaties een anesthesioloog bij de ingreep betrokken hoeft te zijn, is in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (hierna: NVA) een aparte systematiek voor het ondersteunend honorarium voor anesthesiologie bepaald.

² Een subtraject is een afgebakende periode binnen een zorgtraject van de patiënt waarover de geleverde zorg wordt gedeclareerd. Een subtraject wordt aan DIS aangeleverd met de bijbehorende DBC-prestatiecode en de uitgevoerde zorgactiviteiten.

Hieronder wordt puntsgewijs uitgelegd hoe met deze onvolkomenheden in de profielen is omgegaan, en hoe in de tarieven 2010 een verbetering tot stand is gebracht.

2.2.1 Onbekende uitvoerder

De prijsberekeningen voor de DBC-tarieven 2005 tot en met 2009 werden uitgevoerd ongeacht het uitvoerend specialisme van de zorgactiviteit, bij het berekenen van de ondersteuner-honoraria per DBC, vallend onder het compensatiemechanisme (zie ook par.2.2.3).

Meldde het DBC-profiel het 20 keer voorkomen van een bepaalde zorgactiviteit, waarbij slechts van 2 maal het uitvoerend specialisme bekend was, dan droeg toch 20 x de normtijd van deze zorgactiviteit bij aan het ondersteunerhonorarium van die DBC. Dit was mogelijk, omdat er in het verleden gerekend werd met een *referentiecapaciteit* voor de ondersteunerscompensatie: het compensatiemechanisme berekende lagere factoren als er – vanwege het loslaten van de koppeling op het uitvoerende specialisme – meer honorarium werd toegekend.

Daarnaast is er een groep zorgactiviteiten die door twee specialismen kan worden uitgevoerd: medische microbiologie en klinische chemie. Voor deze situatie is per 2008 door de NZa besloten om het voorkomen van de zorgactiviteiten volledig toe te rekenen aan het uitvoerend specialisme klinische chemie (het zgn. "prijsleiderschap klinische chemie"). Dit voorkwam dubbele honorering van deze groep zorgactiviteiten. De capaciteit die hierdoor bij de medisch microbiologen werd weggehaald, werd via het compensatiemechanisme aangevuld tot de oorspronkelijke referentiecapaciteit medische microbiologie.

Voor de tarieven van 2010 is een recentere dataset gebruikt, waar het veld uitvoerder voor 80% was ingevuld. Daarom is in de tarieven 2010 de berekeningswijze aangepast.

Dit achterhaalde het prijsleiderschap klinische chemie, omdat de honoraria nu op basis van het geregistreerde uitvoerende specialisme kunnen worden berekend. Wel blijkt dat de uitvoerder van een zorgactiviteit niet altijd een normtijd heeft voor de zorgactiviteit. Dit kan: sommige specialismen voeren de zorgactiviteiten in de rol van poortspecialist uit en worden dan al beloond via het poorthonorarium van de DBC.

Het effect van de aangepaste berekeningsmethode is zichtbaar gemaakt in hoofdstuk 3.

2.2.2 Nieuw ondersteunend specialisme

In 2008 is, omdat het veld uitvoerder niet of nauwelijks ingevuld was, gekozen om klinische chemie het prijsleiderschap te geven. Dit hield in dat bij alle zorgactiviteiten waarvoor klinische chemie een normtijd had vanuit de ronderekening, de aanname was dat deze ook door een klinisch chemicus werd uitgevoerd. Zodoende werden de medisch microbiologen niet gehonoreerd voor deze zorgactiviteiten, waar echter de compensatiefactor ervoor zorgde dat de omzet van de medisch microbiologen op het oude niveau bleef.

De honoraria voor klinische chemie werden ingevoerd per 2008, en deze vielen eveneens onder een compensatiefactor om onderdekking te compenseren. De per 2008 geïntroduceerde compensatiefactor is dan ook op basis van veel recent onderzoek tot stand gekomen.

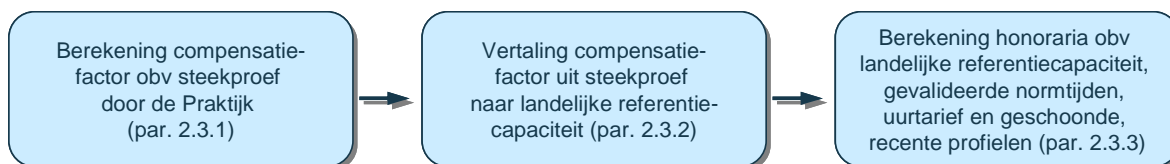
2.2.3 Onvolledige aanlevering

Daarnaast was het uitgangspunt dat in de recentere data de aanlevering vollediger zou zijn, zodat een herijking van de compensatiefactor op zijn plaats was. Uit het onderzoek van de Praktijk werd geconcludeerd dat de compensatiefactor op 2007 gegevens weliswaar lager was dan op 2005 gegeven, maar dat de profielen nog altijd niet volledig waren, en dat er dus opnieuw een compensatiefactor nodig was. De manier waarop dit is gedaan, en hoe de factor in de tarieven is verwerkt, wordt in de navolgende paragrafen toegelicht.

2.3 Herijking compensatiefactor

De honoraria van de specialismen radiologie, nucleaire geneeskunde, klinische chemie, medische microbiologie en pathologische anatomie worden op gelijke manier berekend. Voor anesthesiologie is een alternatieve berekeningswijze toegepast, omdat er bij dit specialisme niet een onder- maar een overdekking zit in de profielen. Het verdient de voorkeur om eerst de berekeningswijze 'algemeen' te lezen en daarna de specifieke toelichting voor anesthesiologie.

In 2009 is een onderzoek uitgevoerd naar de herijking van de compensatiefactor. Per ondersteunend specialisme is hieruit een compensatiefactor berekend om te zorgen dat onvolledige aanlevering van zorgactiviteiten in DIS niet tot omzetting van de ondersteuners leidt. Het onderzoek is op verzoek van DBC-Onderhoud uitgevoerd door De Praktijk. In het onderzoek is aan een representatieve steekproef van instellingen gevraagd gegevens uit het Ziekenhuis Informatie Systeem (hierna: ZIS) aan te leveren. Vervolgens heeft DBC-Onderhoud met de in het onderzoek door de Praktijk berekende factor de landelijke referentiec capaciteit berekend, en hiermee de landelijke honoraria berekend. In onderstaand schema zijn deze stappen weergegeven.



De op steekproef gebaseerde factor die in het onderzoek van de Praktijk is berekend, wordt hierna ook OFC_1 genoemd (in tegenstelling tot de landelijke compensatiefactor OCF_2 , beschreven in paragraaf 2.3.3 en verder).

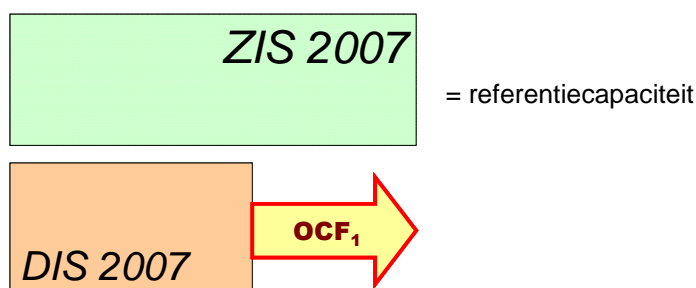
2.3.1 Berekening compensatiefactor op basis van steekproef

De aanpak die voor het onderzoek is gehanteerd, is in de onderstaande figuur schematisch weergegeven. Bij een aantal instellingen is een dataset uit het ZIS opgevraagd met alle zorgactiviteiten van de ondersteunende specialismen in het jaar 2007. De referentiec capaciteit is berekend door – gesommeerd over alle verschillende zorgactiviteiten – het aantal keer dat een zorgactiviteit met een bepaalde uitvoerder is geregistreerd in ZIS, te vermenigvuldigen met de normtijd³ van de zorgactiviteit. In formulevorm:

³ Dit betreft gevalideerde normtijden uit de rondrekening normtijden door Cap Gemini voorjaar 2007.

$$\text{Minuutvolume} = \sum_{\text{zorgactiviteiten, uitvoerders}} \text{aantal keer uitgevoerd} \times \text{normtijd per uitvoerend specialisme}$$

Dit minuutvolume is vergeleken met het minuutvolume die in DIS is geregistreerd voor dezelfde groep instellingen. Het minuutvolume in DIS is op dezelfde manier berekend: het aantal keer dat een zorgactiviteit is geregistreerd per uitvoerder, vermenigvuldigd met de normtijd van de zorgactiviteit, en gesommeerd over alle zorgactiviteiten.



Door de referentiecapaciteit te delen door het minuutvolume uit DIS wordt de compensatiefactor verkregen. De factor die in het onderzoek is berekend, is over zowel A- als B-segment⁴, en is gebaseerd op alle zorgactiviteiten in DIS en ZIS, uitgevoerd door het specialisme waarvoor de berekende compensatiefactor bedoeld is. Dezelfde zorgactiviteiten, uitgevoerd door een ander specialisme dan het 'te compenseren' specialisme worden bij de vergelijking buiten beschouwing gelaten.

2.3.2 Berekening landelijke referentiecapaciteit

De gebruikte gegevens voor het onderzoek betreft een steekproef – per specialisme 25%– 30% van de landelijke productie. Om tot een landelijk referentiepunt te kunnen komen voor de tariefberekening worden de volgende stappen uitgevoerd:

1. selecteren van een landelijk representatieve set DIS-data, waarbij de selectiecriteria gelijk blijven aan de selectiecriteria in het onderzoek; de onbekende uitvoerders bij een zorgactiviteit worden op basis van de verhoudingen onder de bekende uitvoerders aangevuld (zie ook par. 2.3.3).
2. berekenen van het in de geselecteerde DIS-data aanwezige minuutvolume, waarbij de berekeningswijze gelijk blijft aan de berekeningswijze in het onderzoek.
3. vermenigvuldiging van dit minuutvolume met de (op de steekproef gebaseerde) compensatiefactor uit het onderzoek; hierdoor wordt de totale referentiecapaciteit per ondersteunend specialisme bepaald.

⁴ Segmentering meenemen is:

- inhoudelijk onwenselijk: herdefiniëren B-segment wordt onmogelijk zonder herijking te herhalen;
- methodisch niet haalbaar: gegevensjaar 2007 heeft andere segmentering dan tariefjaar 2010;
- statistisch onwenselijk: variatie grootte B-segment per zorginstelling bedreigt representativiteit.

Alle navolgende stappen in de prijsberekening veranderen niets aan het op deze wijze vastgestelde landelijk minuutvolume per specialisme.

2.3.3 Berekenen honoraria ondersteunende specialismen

De prijsberekening beoogt een zo goed mogelijk toewijzing van de ondersteunerhonoraria per DBC te bereiken. Hiertoe wordt de DIS-data ontdaan van technische fouten, zoals bv. het negatieve aantal keer voorkomen van zorgactiviteiten of dubbel geregistreerde zorgactiviteiten, waarbij het dubbel geregistreerd staan van de zorgactiviteit evident is⁵. Bij de stap naar het DBC-profiel, wordt voor de aan DIS "leeg" aangeleverde DBC-productie⁶ aangenomen dat deze het gemiddelde profiel van de wel "gevulde" DBC-productie kennen.

Voorafgaand aan de stap naar de ondersteunerhonoraria per DBC wordt eveneens het onbekende uitvoerende specialisme aangevuld op basis van de verhoudingen onder de wél bekende uitvoerders.

Zorgactiviteit	Producent	Aantal	NwAantal
123456	Onbekend	5	0,0
123456	0313	2	2,5
123456	0386	8	10,0
123456	0387	10	12,5
		$\frac{25}{20} = 1,25$	

Nevenstaand voorbeeld toont hoe de 5 uitgevoerde zorgactiviteiten zonder een bekende uitvoerder verhoudingsgewijs worden 'uitgesmeerd' over de uitvoerders die wél bekend zijn (kolom 'NwAantal'). Het aantal uitgevoerde zorgactiviteiten blijft 25, de honorering verbetert bij deze DBC. Merk op dat niet al deze specialismen een normtijd hoeven te hebben voor deze zorgactiviteit. Als een specialisme geen aparte normtijd voor een zorgactiviteit heeft, wordt deze in het ondersteunerhonorarium dus niet meegerekend.

Vervolgens wordt –per specialisme- de eerder bepaalde referentiecapaciteit gedeeld door het totaal aantal minuten in de profielen van alle DBC's. De uitkomst is de tweede compensatiefactor, die wordt toegepast op de berekende ondersteunerminuten per DBC.

Referentie capaciteit landelijk

De compensatiefactor OCF_2 uit de prijsberekening wijkt af van de factor OCF_1 uit het onderzoek van de Praktijk, omdat de onderdekking door de profielverbetering al is afgenomen.

Minuten uit de Profielen
en Casemix 2010

OCF_2

Tenslotte wordt het ondersteunerhonorarium per DBC berekend met de formule:

⁵ Schoning en calibratie van de data hebben tot gevolg dat ca. 85% van de in DIS geregistreerde data voor de tariefberekening wordt gebruikt.

⁶ Onder "leeg" wordt verstaan: die DBC's waarbij de bij de DBC uitgevoerde zorgactiviteiten bij aanlevering aan de DIS zijn weggevallen, zodat het lijkt of er voor de patiënt geen enkele zorgactiviteit is uitgevoerd.

$$\text{Ondersteunerhonorarium} = \text{ondersteunertijd per DBC} \times \text{uurtarief} \times \text{OCF}_2$$

Het effect van alle wijzigingen (herijkte compensatiefactor, nieuwe profielen, nieuwe berekeningswijze met uitvoerder) leidt tot flinke verschuivingen in de tarieven. Het effect op omzetten wordt in hoofdstuk 3 toegelicht.

2.3.4 Anesthesiologie

2.3.4.1 Compensatiefactor anesthesiologie

De zorgactiviteiten waarvoor een normtijd van anesthesiologie is toegekend, worden niet door de anesthesioloog zelf geregistreerd, maar door de poortspecialist (vaak de chirurg). In niet alle gevallen is er ook een anesthesioloog bij betrokken, terwijl er wel een zorgactiviteit met normtijd anesthesiologie geregistreerd is. Hierdoor heeft anesthesiologie een overdekking in de DIS. Dit heeft tot gevolg dat de vergelijking DIS/ZIS niet volstaat. Voor anesthesiologie wordt daarom gerefereerd aan de OK-registratie, waar wel is vastgelegd of de zorgactiviteit door een anesthesioloog in uitgevoerd.

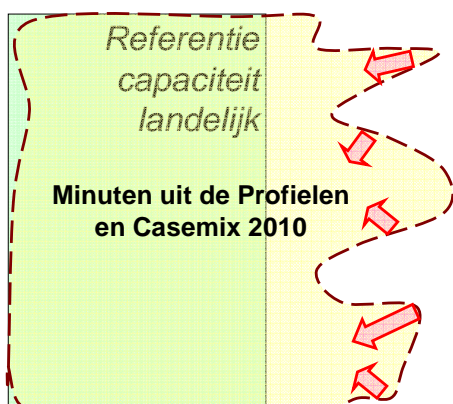
De herijking van de compensatiefactor anesthesiologie is gedaan door de productie uit de DIS te vergelijken met de productie in de OK-registratie. De NVA heeft de operationele zorgactiviteiten aangewezen die in beide verzameling voorkomen.



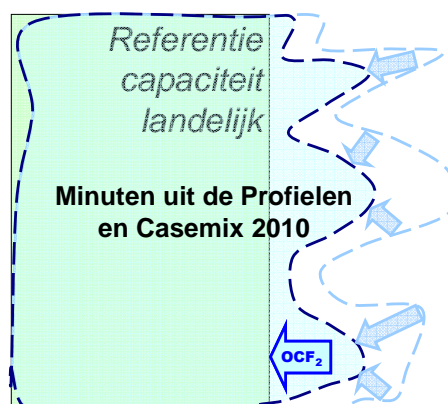
2.3.4.2 Allocatiemethode anesthesiologie tijdens prijsberekening

De compensatiefactor voor anesthesiologie is – omdat deze alleen voor OK-productie geldt – alleen van toepassing op de in dagverpleging en klinische opname uitgevoerde DBC's, en alleen op de door de NVA daartoe aangewezen zorgactiviteiten. Voorafgaand aan de prijsberekening wordt de referentiecapaciteit anesthesiologie berekend met deze criteria. Alle zorgactiviteiten vallend buiten de compensatie, worden conform de profielen en op basis van de uitvoerder vergoed.

Met de NVA is eveneens afgesproken dat de *ondersteunertijd anesthesiologie per DBC* nooit meer kan bedragen dan 1,2 keer de normtijd van de poortspecialist. Waar de normtijd van de anesthesioloog meer dan factor 1,2 maal de poortnormtijd bedraagt, wordt deze tijdens de prijsberekening afgetopt.



1. Plafond opleggen van 1,2 x poorthonorarium

2. Minuutvolume is al kleiner: OCF_2 stijgt iets

Dit beperkt de overdekking en bevordert reële verhoudingen in de honoraria anesthesiologie.

Waar het schonen van de dubbele registratie gebeurt

De referentiec capaciteit Anesthesiologie is gebaseerd op alle geregistreerde zorgactiviteiten in DIS. De door DBC-onderhoud uitgevoerde schoning van de dubbel voorkomende zorgactiviteiten vindt alleen plaats gedurende het proces van het opstellen van de DBC-profielen, en alleen daar waar de dubbele registratie zeer duidelijk herkenbaar is.

Gevolg hiervan is dat:

- De referentiec capaciteit niet onterecht lager uitvalt;
- Er in de DBC-profielen al een deel van de overdekking verdwenen is.
In bovenstaand figuur is het gele gebied bij aanvang al iets kleiner.

De profielschoning gebeurt bij de zorgactiviteiten met als producent Anesthesie, waardoor de Anesthesisten in de profielen als producent te weinig *lijken* voor te komen.

Door toepassing plafond en schonen komt de tweede compensatiefactor anesthesiologie hoger te liggen dan de eerste factor uit het onderzoek van de Praktijk.

3 HONORARIUMONTWIKKELING 2010

In de DBC-tarieven van 2010 zijn meerdere wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van de tarieven 2009. In het verantwoordingsdocument bij de tarieven 2010 is een effectberekening opgenomen, waarin de wijzigingen al deels apart inzichtelijk worden gemaakt. Dit hoofdstuk is een gedetailleerder uitwerking van de effectberekeningen in het verantwoordingsdocument, specifiek voor de ondersteuners.

3.1 Uitgangspunten prijs- en effectberekeningen

Ter verduidelijking van de totstandkoming van de prijs- en effectberekeningen wordt eerst een aantal uitgangspunten besproken.

3.1.1 De prijzen zijn een prognose op basis van DIS-gegevens

Een zo recent en zo volledig mogelijke selectie van één jaar "gesloten DBC's" uit de DIS leidt tot een dataset, waarop de profielen en casemix per DBC worden gebaseerd. Omdat de prijzen in de toekomst gaan gelden en er geen gegevens 'uit de toekomst' kunnen worden opgevraagd is het nodig de dataset te voorzien van de juiste DBC-coderingen, volgens welke de geregistreerde trajecten per patiënt zouden worden vastgelegd in de toekomst, zoals bv. het jaar 2010. Dit proces wordt de *DBC-transformatie* genoemd. In de prognose zijn geen aannames voor productiegroei verwerkt.

De totale productie in de gebruikte dataset wordt het *productievolume* genoemd.

3.1.2 Heldere impact bij constant productievolume

Door het productievolume bij het berekenen van meerdere prijslijsten constant te houden, zijn alle optredende effecten terug te leiden op de spaarzame wijzigingen die in elke prijslijst extra zijn verwerkt, bovenop de wijzigingen die in eerdere prijslijsten al zijn verwerkt. Ontwikkelingen in het DBC-volume is dus buiten deze effectberekening gehouden.

Het vertrekpunt voor de impactanalyse en het duiden van de effecten zijn de goedgekeurde uitgeleverde tarieven 2009 en het productievolume behorende bij de tariefberekening 2010. Het productievolume is vastgesteld op de in 2007 afgesloten DBC-productie uit de DIS, getransformeerd naar de productstructuur 2010, maar zonder prognoses over productiegroei. Dit geeft een beeld van de landelijke omzetten bij huidige tarieven.

3.1.3 De impact van elke wijziging wordt apart geduid

Elke verandering die zich voordoet heeft zijn eigen impact. Door –uitgaand van het vertrekpunt– steeds 1 wijziging in de berekening door te voeren, en daarmee de omzetverandering te bepalen, is de impact van elke verandering apart inzichtelijk en kan het aandeel daarvan in de totale verandering geduid worden.

3.2 Ontwikkeling ondersteunerhonoraria

Navolgende paragrafen schetsen de ontwikkeling van de ondersteunerhonoraria in het A-segment voor de ondersteunende specialismen, waarbij er voor geconstateerde onder- of overdekking in de registratie gecompenseerd wordt.

De ondersteunerhonoraria 2009 wijzigen sterk. Niet alleen de herijking van de compensatiefactor speelt hierbij een rol, tevens is er een invloed van het gebruik van de recentere DIS-data.

Opschalen omzet

DBC-onderhoud schoont gegevens die incorrect of onvolledig aangeleverd zijn. Zo zijn er in de ronde 16 gegevens 11 zorginstellingen geschoond, met als gevolg dat het geschoonde productievolume kleiner is dan het landelijke productievolume. De omzetgegevens uit de prijs- en effectberekeningen passen bij het geschoonde productievolume. Het opschalen van omzetten om deze te kunnen aansluiten bij landelijke ontwikkelingen gebeurt door te vermenigvuldigen met de factor die bestaat uit het totale landelijke productievolume gedeeld door het geschoonde productievolume.

Voor de DIS-data selectie ronde 16 is de factor 1,168314815.

3.2.1 Compensatiefactor 2009 en 2010

In de prijsberekening voor de tarieven 2009 en 2010 werden per specialisme de factor uit de eerste en laatste kolom toegepast op de ondersteunerhonoraria. In deze paragraaf is hieraan gerefereerd als OCF₂.

	Factor 2009	Factor uit onderzoek	Factor 2010
Radiologie	1,50	1,14	1,08
Nucleaire geneeskunde	2,28	1,20	1,14
Klinische chemie	1,31	1,28	1,21
Medische microbiologie	2,99	1,31	1,17
Pathologische anatomie	2,40	1,28	1,23
Anesthesiologie	1,02	0,77	0,92

De factor uit het onderzoek van de Praktijk (eerder OCF₁ genoemd) is gebruikt om het minuutvolume per specialisme te berekenen, die vervolgens tijdens de prijsberekening werd ingezet als referentiec capaciteit.

3.2.2 Wegvallen compensatie

De tarieven 2009 zijn gebaseerd op de oude compensatiefactor. Deze factor vervalt.

	Omzet 2009	Wegvallen compensatie	Wegvallen compensatie
Radiologie	182,7	-33%	121,7
Nucleaire geneeskunde	22,7	-56%	9,9
Klinische chemie	41,9	-24%	31,9
Medische microbiologie	50,6	-67%	17,0
Pathologische anatomie	56,1	-58%	23,4
Anesthesiologie	134,9	-2%	132,5

Het effect van het wegvallen van de oude factor is berekend door de omzet 2009 te delen door de oude factor. Het resultaat hiervan is de omzet zoals die in de DIS was geregistreerd.

3.2.3 Gebruik recentere profieldata

Selectie van recentere gegevens uit de DIS, waarmee de DBC-profielen en vervolgens de prijzen worden berekend, leidt tot nieuwe omzetcijfers. Het aantal geproduceerde DBC's wordt hier gelijk gehouden, zodat verschillen alleen aan recentere profielen toe te wijzen zijn. De nieuwe profielen zijn gebaseerd op afgesloten DBC's in 2007, getransformeerd naar productstructuur 2010.

	Wegvallen compensatie	Nieuwe data	Nieuwe data
Radiologie	121,7	8%	131,5
Nucleaire geneeskunde	9,9	11%	11,0
Klinische chemie	31,9	18%	37,5
Medische microbiologie	17,0	5%	17,7
Pathologische anatomie	23,4	2%	23,8
Anesthesiologie	132,5	-16%	111,4

Bij het introduceren van de nieuwe profielen blijft de berekeningswijze van de prijzen gelijk. Dit betekent dat oa. het prijsleiderschap klinische chemie en de allocatie anesthesiologie (beide noodzakelijk in de tarieven 2008-2009) toegepast zijn tijdens de prijsberekening. Het effect dat zichtbaar wordt is de verandering in omzet door alleen recentere profielgegevens te gebruiken, zonder de berekeningsmethodiek aan te passen.

3.2.4 Nieuwe allocatie

In de vorige stap werden recentere profielen gebruikt voor de tariefberekening. In deze recentere dataset is de uitvoerder veel vaker geregistreerd dan in de periode het geval was. Tot en met 2009 werd dit in de tariefberekening ondervangen door aannames te doen over de uitvoerder (zie paragraaf 2.2.1). Met het preciezer bekend worden van de uitvoerder van de zorgactiviteit is - inclusief bijschatten van de resterende onbekende uitvoerder - de toewijzing van de honoraria exacter. Hierdoor is het prijsleiderschap van klinische chemie niet meer nodig.

De allocatie voor anesthesiologie wijzigt eveneens: de compensatie is alleen nog van toepassing op klinische of dagbehandeling- DBC's, op zorgactiviteiten die ook in de OK-registratie vastliggen. Voor de uitgevoerde zorgactiviteiten, vallend buiten deze criteria, geldt de berekening van ondersteunerhonoraria, zoals die ook van toepassing is bij de poorters in de rol van ondersteuner. Dit laatste doet de anesthesiologie honoraria iets dalen.

	Nieuwe data	Nieuwe allocatie	Nieuwe allocatie
Radiologie	131,5	-11%	117,4
Nucleaire geneeskunde	11,0	-29%	7,9
Klinische chemie	37,5	-35%	24,4
Medische microbiologie	17,7	14%	20,3
Pathologische anatomie	23,8	-13%	20,6
Anesthesiologie	111,4	-4%	106,6

Het loslaten van de tot en met 2010 gehanteerde aannames over de uitvoerder, leidt bij de meeste specialismen tot een daling van de omzet. De omzet daalt, omdat de productie van zorgactiviteiten met een geregistreerde uitvoerder die geen normtijd voor de betreffende zorgactiviteit heeft, niet langer in het honorarium van de ondersteunende specialismen is meegeteld. Alleen voor medische microbiologie stijgt de omzet, vanwege het wegvallen van het prijsleiderschap bij klinische chemie. Hoe groot het effect van het loslaten van de aannames en toepassen van de werkelijk geregistreerde uitvoerder is, wordt hieronder getoond.

3.2.4.1 Effect toepassen uitvoerder van de zorgactiviteit

De volgende tabel toont hoe het minuutvolume per ondersteuner met een onderdekking verdeeld is over de uitvoerders van de zorgactiviteit op basis van de in DIS geregistreerde gegevens.

	Eigen	Gedeeld	Andere	Onbekend
Radiologie	89%		11%	0%
Nucleaire geneeskunde	68%		29%	3%
Klinische chemie	57%	13%	16%	14%
Medische microbiologie	31%	41%	15%	13%
Pathologische anatomie	78%		12%	10%

De tabel komt tot stand door

1. De normtijden van een specialisme met het DBC profiel te combineren;
2. Het minuutvolume op te tellen waar de uitvoerder:
 - a. dezelfde is als het ondersteunende specialisme (Eigen);
 - b. bekend en ongelijk is aan het ondersteunende specialisme (Andere/Gedeeld);
 - c. onbekend is;
3. De cijfers worden gepresenteerd als percentages;

Bij radiologie, nucleaire geneeskunde en pathologische anatomie blijkt een deel van de zorgactiviteiten uitgevoerd door een andere uitvoerder dan de ondersteuner zelf. De

'onbekende' productie wordt in de prijsberekening naar rato verdeeld over de productie waar de uitvoerder bekend is, zoals eerder in dit document beschreven.

De kolom "gedeeld" toont voor klinische chemie en medische microbiologie (waar een overlap in zorgactiviteiten is) welk percentage van het minuutvolume met de nieuwe toewijzing op grond van de uitvoerder, er bij medische microbiologie respectievelijk klinische chemie komt te liggen, dus juist bij het andere specialisme. Productieverschillen tussen klinische chemie en medische microbiologie maken de percentages kruiselings niet vergelijkbaar.

Het toewijzen van het honorarium op basis van de geregistreerde uitvoerder verklaart de grote daling van onder andere de honoraria klinische chemie: niet alle zorgactiviteiten waarbij zij een normtijd hebben blijken ook uitgevoerd door klinische chemie. 13 % van wat er eerst volledig aan klinische chemie werd toegewezen door het prijsleiderschap, behoort toch toe aan medische microbiologie, naast dat 16 % van de productie door andere specialismen lijkt te zijn uitgevoerd.

3.2.5 Toepassen nieuwe compensatiefactor

Na het toevoegen van de nieuwe berekeningsmethode met toewijzing van het honorarium op basis van de uitvoerder, wordt de eerder bepaalde referentiecapaciteit gedeeld door het totaal aantal minuten van alle DBC's. De uitkomst is de tweede compensatiefactor, welke wordt toegepast op de berekende ondersteunerminuten per DBC.

	Nieuwe allocatie	Nieuwe compensatie	Nieuwe compensatie
Radiologie	117,4	8%	126,7
Nucleaire geneeskunde	7,9	14%	8,9
Klinische chemie	24,4	21%	29,5
Medische microbiologie	20,3	17%	23,7
Pathologische anatomie	20,6	23%	25,4
Anesthesiologie	106,6	-8%	98,4

Het procentuele effect is gelijk aan de hoogte van de compensatiefactor.

3.2.6 Totaal effect

De wijzigingen leiden cumulatief tot een daling op de honoraria. Inclusief de toepassing van de generieke tariefmaatregel leidt dit tot onderstaande dalingen van de omzetten in het A-segment⁷.

	Omzet 2009	Cumulatief effect	Nieuwe compensatie	Tariefmaatregel	Tariefmaatregel	Totaal effect
Radiologie	182,7	-31%	126,7	-13%	110,2	-40%
Nucleaire geneeskunde	22,7	-61%	8,9	-13%	7,8	-66%
Klinische chemie	41,9	-30%	29,5	-13%	25,7	-39%
Medische microbiologie	50,6	-53%	23,7	-13%	20,6	-59%
Pathologische anatomie	56,1	-55%	25,4	-13%	22,1	-61%
Anesthesiologie	134,9	-27%	98,4	-13%	85,6	-37%

⁷ Deze cijfers sluiten aan bij het Gebruikersdocument deel 2 (v20091109).