

# Toelichting op de honorariumberekening DBC-zorgproducten 2013

Versie ter publicatie van het DOT-pakket 2013



# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2. Honorariumberekening op hoofdlijnen</b>	<b>7</b>
<b>3. BKZ bedragen per specialisme</b>	<b>9</b>
3.1 Bepaling macrokader honoraria DOT 2013	9
3.1.1 BKZ MS (volume 2013, prijspeil 2013)	9
3.1.2 Geactualiseerde indeling vakgroepen	10
3.1.3 BKZ volume 2010, prijspeil 2013	12
3.1.4 Correcties op het BKZ (volume 2010, prijspeil 2013)	12
3.2 Verdeelsleutels van verschillende specialismen	13
3.2.1 Vaststelling aantal FTE per maatschap	14
3.3 BKZ bedrag per specialisme	15
3.3.1.1 Aansluiting met productiebestand	15
3.3.1.2 Correctie BKZ met uitvalfactor	16
<b>4. Productiebestanden</b>	<b>18</b>
4.1 Belangrijkste keuzes en aannames	18
4.2 Gebruikte gegevens	19
4.3 Methodiek	19
4.3.1 Opschalen zorgproduct aantallen	20
4.3.2 Toevoegen los declarabele- en IC productie	20
4.3.3 Splitsing productiebestand in vrijgevestigd en dienstverband	21
<b>5. Verdeelsleutels op basis van normtijden</b>	<b>22</b>
5.1 Keuzes en aannames	22
5.2 Gebruikte gegevens	23
5.3 Methodiek	23
5.3.1 Normtijdbepaling expertproducten en -activiteiten	23
5.4 Beoordeling Normtijden	24
5.5 Tariefseffect ontclustering	25
<b>6. Berekening honorariumbedragen</b>	<b>27</b>
6.1 Keuzes en aannames	27
6.2 Specifieke beleidsmatige aandachtspunten	28
6.2.1 Onverzekerde zorg	28
6.2.2 Tariefberekening Intensive Care	29
6.2.2.1 Uitvraag naar toedeling IC-productie	30
6.2.2.2 Aansluiting bij het vrijgevestigde kader	30
6.2.3 Tarieven klinisch geriatrische producten	31
6.3 Wijze van uitlijning met BKZ	31
6.3.1 Berekening expert- en uitsluitend dienstverband producten	33
<b>Bijlage 1. Schematische berekening BKZ</b>	<b>34</b>
<b>Bijlage 2. Rekenvoorbeeld honorariumberekening</b>	<b>35</b>



## 1. Inleiding

In dit document vindt u de toelichting bij de berekening van de honorariumbedragen van de DBC-zorgproducten 2013. Deze berekeningsmethodiek heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) afgestemd met brancheorganisaties<sup>1</sup>.

In hoofdstuk 2 wordt de methodiek op hoofdlijnen besproken, waarna achtereenvolgens de verschillende bouwstenen van de honorariumberekening worden beschreven. De totstandkoming van de budgetbedragen per specialisme is opgenomen in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 gaat in op de gehanteerde productiedataset en hoofdstuk 5 op de normtijden die gebruikt zijn als relatieve verdeelsleutel. Per onderdeel wordt eerst specifiek ingegaan op de gehanteerde aannames, bronnen en op de gemaakte keuzes waarna een algehele beschrijving volgt. In hoofdstuk 6 komen alle bouwstenen tenslotte samen en wordt de daadwerkelijke honorariumberekening weergegeven inclusief enkele specifieke aandachtspunten.

---

<sup>1</sup> Bij de totstandkoming van deze methodiek zijn diverse brancheverenigingen en onderhoudspartijen nauw betrokken geweest. De volgende partijen zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de klankbordgroep: Orde van Medisch Specialisten (de Orde), Wetenschappelijke Verenigingen (WV'en) van alle medisch specialismen met normtijd (poorter en ondersteuner), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), Zelfstandige Ziekenhuizen Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).



## 2. Honorariumberekening op hoofdlijnen

In dit hoofdstuk worden de uitgangspunten, criteria en aanpak beschreven die de NZa gehanteerd heeft bij het berekenen van de honorariumbedragen van DBC-zorgproducten.

De uitgangspunten bij de berekening van de honorariumbedragen zijn:

- Berekening van de honorariumbedragen vindt plaats binnen de kaders van het BKZ.
- Inwerkingtreding van de berekende tarieven vindt plaats op 1 januari 2013. De uitlevering van tarieven aan veldpartijen (release RZ13a) vindt plaats op 1 oktober 2012.
- Bijstelling van de honorariumbedragen van zorgproducten vindt op een zodanige wijze plaats, dat de onderlinge verhoudingen adequaat de verhoudingen in werklust weerspiegelen.

Om tot een zorgvuldige afweging te komen op welke wijze de honorariumbedragen kunnen worden berekend met inachtneming van de drie genoemde centrale uitgangspunten heeft de NZa een aantal aanvullende criteria opgesteld:

- De methodiek leidt tot betrouwbare uitkomsten.
- De methodiek is haalbaar en realistisch uitvoerbaar.
- De administratieve lasten zijn beperkt.

De berekening van de honorariumbedragen per zorgproduct is op hoofdlijnen in enkele stappen te verdelen die in onderstaande figuur worden weergegeven.

**Figuur 1. Schematische weergave berekening honorariumbedragen**



De figuur geeft de verschillende bronnen weer die nodig zijn om de uiteindelijke honorariumtarieven te berekenen. In de vierde stap komen de verschillende bronnen samen waarbij de honorariumbedragen in aansluiting met het Budgettair Kader Zorg voor Medisch Specialisten (BKZ MS) berekend worden.

Bovenstaande methodiek voor het berekenen van het honorariumbedrag per zorgproduct kan als volgt worden samengevat in de onderstaande deelformules:

Deel (1)

$$BKZ(\text{specialisme}(X)) = \frac{\text{aantal\_fte}(\text{specialisme}(X))}{\text{totaal\_aantal\_fte}} \times \text{beschikbare\_budgettaire\_middelen}$$

Deel (2)

$$\text{relatieve\_verdeelsleutel}(\text{zorgproduct}(i)) = \frac{\text{Productie\_}(\text{zorgproduct}(i)) \times \text{verdeelsleutel\_normtijden}(\text{zorgproduct}(i))}{\text{Totale\_som}(\text{productie} \times \text{verdeelsleutel\_normtijden})}$$

Deel (3)

$$\text{Honorarium component}(\text{zorgproduct}(i)) = \frac{BKZ(\text{specialisme}(X)) \times \text{relatieve\_verdeelsleutel}(\text{zorgproduct}(i))}{\text{aantal\_zorgproduct}(i)}$$

Uit bovenstaande formules komt naar voren dat het BKZ bedrag per specialisme, de toegekende normtijden aan de zorgproducten en de totale productieaantallen bepalend zijn voor de hoogte van het uiteindelijke honorariumtarief. In hoofdstuk drie tot en met vijf wordt aan deze inputvariabelen van de tariefberekening specifiek aandacht besteed.

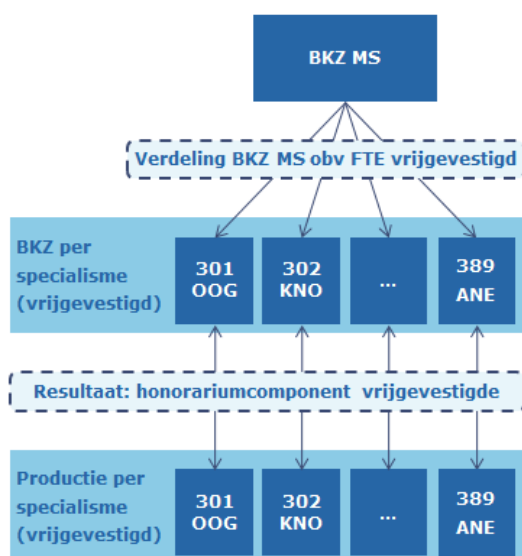


### 3. BKZ bedragen per specialisme

Dit hoofdstuk gaat in op de berekening van de BKZ bedragen per specialisme. Figuur 2 toont op hoofdlijnen de gehele berekening van de honorariumbedragen. De eerste stap hierin is dat het BKZ MS verdeeld wordt over de declarerende specialismen.

Bij het totstandkoming van de beschikbare middelen per medisch specialisme ten behoeve van de uiteindelijke berekening van de honorariumbedragen van DBC-zorgproducten dient allereerst het absolute macrokader voor 2013 te worden bepaald. In paragraaf 3.1 wordt toegelicht hoe dit macrokader is opgebouwd. In paragraaf 3.2 worden de verdeelsleutels van de specialismen bepaald, waarna in paragraaf 3.3 het uiteindelijke BKZ bedrag per specialisme wordt weergegeven zoals dat in de tariefberekening is meegenomen.

**Figuur 2. Schematisch overzicht honorariummethodiek**



#### 3.1 Bepaling macrokader honoraria DOT 2013

Bij de bepaling van de beschikbare middelen per medisch specialisme is het in het convenant<sup>2</sup> afgesproken budgettair kader voor vrijgevestigde medisch specialisten het uitgangspunt. De NZa heeft van het ministerie van VWS de hoogte van het BKZ bedrag ontvangen dat gehanteerd moet worden voor het berekenen van de honorariumbedragen DOT 2013. Dit bedrag is voor een aantal effecten gecorrigeerd ten opzichte van het afgesproken kader in het convenant, voordat de honorariumbedragen berekend kunnen worden. De stappen worden achtereenvolgens beschreven.

##### 3.1.1 BKZ MS (volume 2013, prijspeil 2013)

In het convenant is een kader beschikbaar gesteld van € 2.021 miljoen inclusief groei als gevolg van volumeontwikkelingen en geraamde indexering voor loon- en prijsbijstellingen. Dit BKZ MS is vastgesteld als

<sup>2</sup> Het convenant 'Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014'.

kader voor de vrijgevestigde productie in 2012. Hierbij is afgesproken dat de indexen voor loon- en prijsbijstellingen zoals gebruikelijk naar het werkelijke niveau worden nagecalculeerd. In figuur 3 zijn de berekeningsstappen weergegeven om het BKZ bedrag van volume- en prijsniveau 2012 om te zetten naar 2013. Hierbij wordt een nacalculatie doorgevoerd over 2012 en een voorcalculatorische index voor 2013 gehanteerd van 0,75%.

**Figuur 3: BKZ MS volume 2013, prijspeil 2013 (in miljoen euro's)**

<b>BKZ MS (volume 2012, voorcalc. prijspeil 2012) € 2021</b>	
Af: volume-indexatie 2012 (2,5%)	€ 1971,7
Af: voorcalculatorische prijsindex 2012 (0,7%)	€ 1958,0
<b>BKZ MS (volume 2011, prijspeil 2011)</b>	<b>€ 1958,0</b>
Bij: definitieve indexatie 2012 (1,29%)	€ 1983,4
Bij: volume-indexatie 2012 (2,5%)	€ 2032,9
<b>BKZ MS (volume 2012, definitief prijspeil 2012)</b>	<b>€ 2032,9</b>
Bij: voorcalculatorische prijsindex 2013 (0,75%)	€ 2048,2
Bij: volume-indexatie 2013 (2,5%)	€ 2099,4
<b>BKZ MS (volume 2013, voorcalc. prijspeil 2013)</b>	<b>€ 2099,4</b>

### 3.1.2 Geactualiseerde indeling vakgroepen

Tot en met 2011 is het budgettair kader voor medisch specialisten gebaseerd op de indeling lumpsum versus niet lumpsum, terwijl vanaf 2012 het BKZ MS enkel van toepassing is op de vrijgevestigde specialist. Deze verschillende indelingen sluiten niet exact op elkaar aan, omdat er in en voor 2007 specialisten in dienstverband waren waarbij het ziekenhuis voor deze specialisten de lumpsumvergoeding ontving. Om tot een correcte omvang en toepassing van het BKZ te komen, dient voor deze specifieke categorie specialisten in dienstverband een schoning van het macrokader plaats te vinden.

VWS heeft bij het bepalen van het BKZ MS 2012 gebruik gemaakt van de vakgroepindeling volgend uit het differentiatieonderzoek en de NZa-uitvraag. Om tot een correcte omvang van het BKZ MS voor vrijgevestigden te komen heeft de NZa ten behoeve van het BKZ MS 2012 voor de wijzigingen tussen deze indeling van 2008 en 2009 gecorrigeerd door een correctiepercentage van 4,08%<sup>3</sup> toe te passen op het budgettair kader ten behoeve van de honorariumberekening DOT 2012. De NZa heeft hierbij gebruik gemaakt van de vakgroepindeling die volgt uit de NZa-uitvraag<sup>4</sup>. Deze uitvraag heeft betrekking op omzetgegevens over het jaar 2009, terwijl voor de honorariumtarieven DOT 2013 brongegevens over 2010 gehanteerd worden. Ten behoeve van de tariefberekening DOT 2013 is de indeling van maatschappen

<sup>3</sup> In het convenant 'Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014' werd uitgegaan van een kaderbedrag van 183 miljoen euro, ofwel 9,03% dat beschikbaar is voor specialisten in dienstverband die in en voor 2007 in de lumpsumsystematiek werden bekostigd. Door de geactualiseerde indeling is dit percentage afgenomen.

<sup>4</sup> Om de omzetplafonds voor de vrijgevestigde medisch specialisten per 2012 te kunnen vaststellen heeft de NZa gegevens uitgevraagd bij alle zorginstellingen die medisch specialistische zorg verlenen en actief waren in de jaren waarin de gegevensuitvraag voorzag. Het gaat hierbij om zowel omzetten als overzichten van de actieve specialisten.

(vrijgevestigd versus dienstverband) daarom gebaseerd op de FTE gegevens van Dutch Hospital Data over het jaar 2010. Op het moment dat geen FTE gegevens van instellingen of maatschappen bekend zijn over 2010 is de indeling van de NZa-uitvraag over 2009 in stand gelaten.

Op basis van deze nieuwe indeling heeft de NZa het correctiepercentage ten behoeve van de tariefberekening DOT 2013 herzien naar 6,47%. Onderstaand wordt de berekening van dit percentage beschreven.

#### Werkwijze

Om het effect van de geactualiseerde indeling van vakgroepen op de hoogte van het te hanteren BKZ MS te bepalen, heeft de NZa onderstaande werkwijze gevolgd:

#### Stap 1

Per vakgroep wordt de honorariumomzet in 2009 vastgesteld op basis van de vakgroepindeling gebaseerd op de FTE gegevens van DHD. De omzetcijfers van 2009 worden gehanteerd omdat er geen omzetcijfers per vakgroep over 2010 bekend zijn;

#### Stap 2

Berekenen van de totale omzet in 2009 van alle vakgroepen die volgens de indeling, zoals gehanteerd in het differentiatiemodel onder categorie 1 en 2 vallen;

#### Stap 3

Berekenen van de totale omzet in 2009 van alle vakgroepen die volgens de geactualiseerde indeling uit de gegevens van DHD 2010 als vrijgevestigd worden aangemerkt;

#### Stap 4

Berekenen van de verhouding tussen de totale omzet 2009 van vrijgevestigden (stap 3) en de totale omzet 2009 van de vakgroepen in categorie 1 en 2 uit het differentiatiemodel (stap 2).

Onderstaande figuur brengt de resultaten van bovenstaande stappen in beeld.

**Figuur 4. Vergelijking honorariumomzet 2009 over aangepaste vakgroepindelingen**

Indeling volgens Differentiatiemodel	Vrijgevestigd	Dienstverband	Totaal
1. Vrijgevestigd	€ 1.997.910.290	€ 143.969.045	€ 2.141.879.334
2. Risico ziekenhuis, lumpsum	€ 97.482.705	€ 96.709.939	€ 194.192.644
3. Risico ziekenhuis, geen lumpsum	€ 22.160.849	€ 56.396.849	78.557.695
4. Loondienst	€ 21.753.533	€ 717.808.879	739.562.412
5. Gemengd	€ 31.297.869	€ 18.511.137	€ 49.809.006
6. Onbekend	€ 14.215.452	€ 40.063.970	€ 54.279.422
Totaal	€ 2.184.820.698	€ 1.073.459.815	€ 3.258.280.513

Uit de figuur blijkt dat de totale omzet 2009 van vakgroepen in categorie 1 en 2 van differentiatiemodel gelijk is aan 2.336,1 miljoen euro (geel gearceerd). De totale omzet 2009 door vrijgevestigde medisch specialisten, ingedeeld volgens de FTE gegevens 2010 bedraagt € 2.184,8 miljoen euro (groen gearceerd). Als laatste stap is de verhouding berekend: de totale omzet 2009 gerealiseerd door vrijgevestigden bedraagt 93,53% van de totale omzet 2009 van vakgroepen in categorie 1 en 2 van het differentiatiemodel.

Op basis van deze analyse moet het BKZ MS met 6,47% verminderd worden om het te hanteren BKZ MS 2012 aan te laten sluiten bij de geactualiseerde indeling van vakgroepen. Onderstaande figuur geeft het effect van deze berekening op het BKZ MS weer, zodat uiteindelijk een kader wordt berekend dat van toepassing is op vrijgevestigde productie. De figuur geeft ook een correctie voor middelen weer die beschikbaar zijn voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). VWS heeft aangegeven dat deze middelen niet via tarieven verzameld worden, waardoor het budgettaire kader wat in de tariefberekening wordt gehanteerd hiervoor verlaagd dient te worden.

**Figuur 5. Correctie vakgroepindeling en kwaliteitsgelden**

<b>BKZ MS (Volume 2013, prijspeil 2013)</b>		
Af: Correctie vakgroepindeling 2009 → 2010	6,47%	<b>€ 2099,4 mln.</b>
Af: Correctie middelen SKMS	€ 6,1	
<b>BKZ MS na correctie (volume 2013, prijspeil 2013)</b>		<b>€ 1957,5 mln.</b>

### 3.1.3 BKZ volume 2010, prijspeil 2013

De honorariumberekening gaat uit van gesloten DIS productiedata uit 2010. In de afspraken rond het kader is uitgegaan van een toegestane volumegroei in 2011, 2012 en 2013 van 2,5% per jaar. Om te zorgen dat de honorariumbedragen rekening houden met deze ruimte moet in de honorariumberekening deze groeirimte buiten beschouwing gelaten worden. Het bovengenoemde kader van € 1957,5 miljoen wordt daarom voor de tariefberekening afgeschaald naar € 1817,7 miljoen zoals voorgerekend in de onderstaande tabel.

**Figuur 6: Het te hanteren BKZ MS 2012 (in miljoenen euro's)**

<b>BKZ MS (volume 2013, prijspeil 2013)</b>	<b>€ 1957,5</b>
Af: volumegroei 2013 (2,5%)	€ 1909,7
Af: volumegroei 2012 (2,5%)	€ 1863,1
Af: volumegroei 2011 (2,5%)	€ 1817,7
<b>BKZ MS (volume 2010, prijspeil 2013)</b>	<b>€ 1817,7</b>

Dit bedrag heeft de NZa van het ministerie van VWS ontvangen als kader voor 2013 gebaseerd op volumeniveau 2010. In de volgende paragraaf worden een aantal berekeningsstappen toegevoegd aan het kader als gevolg van beleidsmatige keuzes in de tariefberekening DOT 2013.

### 3.1.4 Correcties op het BKZ (volume 2010, prijspeil 2013)

Vervolgens zijn nog een aantal correcties op het BKZ toegepast die samenhangen met beleidsmatige keuzes ten aanzien van onverzekerde zorg, intensive care en een tweetal aanpassingen als gevolg van nagekomen correcties over 2012 samenhangend met indexering en kwaliteitsgelden. De NZa verwijst u naar hoofdstuk 6 voor een toelichting op de wijziging inzake het generiek ophogen van het kader voor onverzekerde zorg (paragraaf 6.2.1) en de tariefberekening intensive care (paragraaf 6.2.2).

Daarnaast is in paragraaf 3.1.1 beschreven dat er een verschil bestaat tussen de voor- en nacalculatorische prijsindex over het jaar 2012. Voor het te laag geschatte voorcalculatorische percentage wordt gecompenseerd in de honorariumtarieven DOT 2013. In deze

compensatie is tegelijkertijd het eerder genoemde bedrag van 6,1 miljoen voor kwaliteitsgelden verwerkt die ten onrechte vorig jaar toegevoegd is aan de middelen die beschikbaar waren voor de tariefberekening. Deze inhaalcompensaties over 2012 worden verwerkt in het kader voor 2013. Onderstaande figuur toont het uiteindelijke macrokader wat verdeeld wordt over de verschillende specialismen.

**Figuur 7: Het te hanteren BKZ MS 2013 in miljoenen euro's**

<b>BKZ MS na correctie (volume 2013, prijspeil 2013)</b>	<b>€ 1817,7</b>
Bij: compensatie onverzekerde zorg berekening (0,36%)	€ 6,5
Bij: compensatie intensive care in berekening (0,5%)	€ 9,0
Bij: compensatie nacalculatie	€ 11,1
Af: correctie middelen SKMS in 2012	€ -6,1
<b>BKZ MS t.b.v. toedeling naar specialismen</b>	<b>€ 1838,3</b>

Uiteindelijk wordt bij de verdeling van het BKZ over de verschillende specialismen een kader gehanteerd van € 1838,2 miljoen. De totstandkoming van dit bedrag is in bovenstaande stappen uiteengezet. In bijlage 1 van dit document zijn de verschillende stappen volgtijdelijk weergegeven in een overzichtsbestand.

### 3.2 Verdeelsleutels van verschillende specialismen

Ten behoeve van de tariefberekening dient het macro beschikbare budgettaire kader, dat in de vorige paragraaf is berekend, verdeeld te worden over de verschillende specialismen. De onderstaande specialismen worden, net als in de honorariumberekening DOT 2012, niet meegenomen bij de verdeling van de macro beschikbare middelen:

- De specialismen 0309 (zenuw en zielsziekten), 0327 (revalidatiegeneeskunde), 0390 (klinische genetica), 1900 (audiologie) en 1100 (kaakchirurgie) worden in deze methodiek buiten beschouwing gelaten, aangezien voor deze specialismen geen aparte honorariumbedragen worden berekend.
- De consultatieve psychiatrie valt buiten het BKZ MS en wordt om deze reden niet in de berekening meegenomen. Voor het specialisme consultatieve psychiatrie is wegens het gebrek aan data over het beschikbare budget een andere methodiek gehanteerd ten aanzien van het tot stand komen van het specialisme specifieke budget. Het beschikbare budget wordt gebaseerd op de DBC-omzet van het specialisme in 2010.
- Voor intensivisten is geen apart budgettair kader berekend omdat dit type specialist geen eigen declaratietitel tot haar beschikking heeft. De tijdbesteding van de intensivist zit daarom verwerkt in de BKZ bedragen van de onderliggende moederspecialismen.

De verdeelsleutels van de specialismen voor de tariefberekening 2013 zijn op dezelfde manier bepaald als de verdeelsleutels die zijn gehanteerd voor de tariefberekening DOT 2012. Dit betekent dat de verdeelsleutels evenals vorig jaar zijn gebaseerd op de FTE (Full Time Equivalent) aantallen van de verschillende specialismen. De bron Dutch Hospital Data (DHD) is hierbij onverkort het uitgangspunt. Conform de afspraak met de klankbordgroep heeft dit jaar een extra verificatieslag plaatsgevonden op de bij DHD aangeleverde FTE aantallen. Deze geverifieerde gegevens zijn verwerkt in het uiteindelijk FTE bestand.

### 3.2.1 Vaststelling aantal FTE per maatschap

Voor de bepaling van het aantal FTE per specialisme is eerst een lijst met bestaande maatschappen bepaald op basis van DIS-data (productie aanwezig), DHD-data (FTE aanwezig) of de NZa uitvraag (capita of omzet aanwezig). Vervolgens is per maatschap het aantal FTE bepaald.

De basis voor de bepaling van het aantal FTE voor de honorariumberekening 2013 komt uit de geverifieerde FTE aantallen van DHD 2010. Gezien de fundamentele rol die de FTE aantallen in de honorariumberekening hebben, zijn instellingen medio 2012 in de gelegenheid gesteld de oorspronkelijk bij DHD aangeleverde aantallen te verifiëren. Uiteindelijk hebben 76 instellingen dit verificatieproces binnen de gestelde termijn doorlopen. De verzamelde gegevens zijn voorzien van een handtekening van het ziekenhuisbestuur en de stafmaatschap. Deze FTE aantallen zijn zonder aanpassingen door de NZa overgenomen in het definitieve FTE bestand voor de honorariumberekening 2013.

Voor de ziekenhuizen en UMC's die niet hebben deelgenomen aan het verificatietraject blijven de oorspronkelijk verzamelde FTE aantallen door DHD over het jaar 2010, zoals opgegeven in de Enquête Jaarcijfers, het uitgangspunt. Dit is bij de start van het verificatietraject ook gecommuniceerd aan instellingen.

Nadat bovenstaande stappen zijn uitgevoerd, blijken er een aantal maatschappen te zijn waarvan geen FTE data is ingevoerd, bijvoorbeeld omdat de betreffende instelling jaarlijks geen deelneemt aan de uitvraag van DHD, maar waarvan wel bekend is dat deze maatschappen bestaan. Dit leidt de NZa af uit de gegevensuitvraag over het jaar 2009 waar omzetcijfers zijn aangeleverd en uit de aanwezigheid van productiedata in DIS 2010. Voor deze maatschappen heeft de NZa de definitieve cijfers uit de honorariumberekening 2012 gehanteerd. Een uitzondering hierop zijn de maatschappen die in DHD 2009 kleiner zijn dan 0,1 FTE (minder dan 1 dagdeel). Een dergelijke grootte van een maatschap acht de NZa niet reëel waardoor deze maatschappen zijn uitgesloten van de tariefberekening.

Tot slot heeft de NZa bij twee instellingen nog enkele correcties doorgevoerd op maatschapniveau aangezien hier opvallende waarnemingen naar voren kwamen. Deze aanpassingen zijn doorgevoerd nadat hierover contact is opgenomen met de betreffende instellingen.

In onderstaande tabel is weergegeven welk deel van de aantallen FTE afkomstig is uit welke bron.

Bron	Aantal FTE VG	%	Aantal FTE LD	%
DHD 2010 geverifieerd	5.720,4	84%	4.378,4	74%
DHD 2010	949,6	14%	940,5	16%
DHD 2009	80,1	1%	571,6	10%
Extra correctie	46,6	1%	18,2	0%
	6.796,6	100%	5.908,7	100%

**Tabel 1. Weergave bronnen t.b.v. vaststelling FTE aantallen**

Op basis van de FTE aantallen van DHD over 2010 komen een aantal maatschappen naar voren met zowel specialisten in vrije vestiging als in dienstverband. Bij deze gemengde maatschappen heeft de NZa de productiedata naar rato meegenomen in de honorariumberekening. Een uitzondering hierop zijn de maatschappen waarbij één van de delen minder dan 0,1 FTE beslaat. Deze mengvormen heeft de NZa

samengevoegd tot een volledige maatschap. Dit betekent dat als een maatschap voor 9.95 FTE in vrije vestiging en 0.05 FTE in dienstverband is, de 0.05 FTE in dit voorbeeld ook aangemerkt wordt als vrijgevestigd.

In onderstaande tabel 2 wordt het aantal FTE per specialisme weergegeven. Op basis van het berekende BKZ bedrag van € 1838,3 miljoen (paragraaf 3.1) en het totaal aan vrijgevestigde FTE aantallen is het BKZ bedrag FTE € 270.474.

Omdat het BKZ MS enkel voor vrijgevestigden bestemd is, worden de gegevens van specialisten in dienstverband niet gebruikt in de tariefberekening. De FTE aantallen van specialisten in dienstverband zijn daarom enkel toegepast in de impactanalyses op de berekende tarieven. Voor de honorariumberekening dienen nog een tweetal correcties doorgevoerd te worden om te komen tot het beschikbare bedrag per specialisme.

agb omschrijving	Vrijgevestigd		Dienstverband	
	FTE 2010	sleutel 2010	FTE 2010	sleutel 2010
0300 Intensivisten			71,0	1,20%
0301 Oogheelkunde	316,3	4,7%	116,4	1,97%
0302 KNO-heelkunde	292,7	4,3%	114,9	1,95%
0303 Chirurgie	670,8	9,9%	356,8	6,04%
0304 Plastische chirurgie	129,2	1,9%	61,3	1,04%
0305 Orthopedie	401,3	5,9%	120,1	2,03%
0306 Urologie	249,5	3,7%	83,1	1,41%
0307 Gynaecologie	498,5	7,3%	281,5	4,76%
0308 Neurochirurgie	56,3	0,8%	86,0	1,45%
0310 Dermatologie	230,4	3,4%	95,8	1,62%
0313 Inwendige geneeskunde	732,0	10,8%	723,3	12,24%
0316 Kindergeneeskunde	45,8	0,7%	976,8	16,53%
0318 Maag-darm-leverziekten	238,7	3,5%	87,4	1,48%
0320 Cardiologie	535,6	7,9%	234,7	3,97%
0322 Longziekten	279,7	4,1%	150,8	2,55%
0324 Reumatologie	87,5	1,3%	113,3	1,92%
0326 Allergologie	8,8	0,1%	9,6	0,16%
0328 Thoraxchirurgie	35,4	0,5%	80,8	1,37%
0330 Neurologie	360,8	5,3%	294,9	4,99%
0335 Klinische geriatrie	14,8	0,2%	131,6	2,23%
0361 Radiotherapie	28,0	0,4%	176,0	2,98%
0362 Radiologie	647,4	9,5%	224,1	3,79%
0363 Nucleaire geneeskunde	70,1	1,0%	82,9	1,40%
0386 Klinische chemie	23,8	0,3%	211,0	3,57%
0387 Medische microbiologie	92,0	1,4%	140,2	2,37%
0388 Pathologie	107,6	1,6%	222,7	3,77%
0389 Anesthesiologie	643,9	9,5%	661,6	11,20%
	6.796,6	100,0%	5.908,7	100,0%

**Tabel 2. FTE aantallen per specialisme (vrijgevestigd en loondienst)**

### 3.3 BKZ bedrag per specialisme

In de honorariumberekening vindt een correctie plaats voor instellingen waarvan de productiedata niet meegenomen is in de tariefberekening en een correctie als gevolg van uitvalproducten.

#### 3.3.1.1 Aansluiting met productiebestand

In de honorariumberekening worden de berekende honorariumbedragen getoetst aan het beschikbare BKZ MS per specialisme. In deze berekening wordt een subset van het productiebestand meegenomen, namelijk de productie van instellingen waarvan de beschikbare data van voldoende kwaliteit is en representatief is voor de landelijke productie

(zie Gebruikersdocument uitlevering deel 2 v20120927). Voor een correcte toetsing aan het beschikbare BKZ MS is het daarom nodig een aangepast BKZ te bepalen op basis van de FTE aantallen van de maatschappen die in de productiedataset zijn opgenomen. Deze correctie vindt alleen plaats ten behoeve van de berekening. Het beschikbare BKZ bedrag per FTE blijft hierdoor ongewijzigd.

### 3.3.1.2 Correctie BKZ met uitvalfactor

De honorariumberekening maakt gebruik van productiegegevens uit het DIS (zie hoofdstuk 4 voor meer informatie). In het productiebestand leidt een aantal DBC trajecten bij conversie naar DOT zorgproducten niet af naar een per 2013 declarabel zorgproduct, maar ontstaat uitval. Met de introductie van de DOT-systematiek blijft in aanleg de mogelijkheid tot uitval bestaan. Gelet op het feit dat DOT hogere eisen stelt aan de kwaliteit van geregistreerde data, komt het voor dat trajecten, die voorheen gevalideerd, gedeclareerd en aan DIS aangeleverd konden worden, in DOT naar uitvalproducten afleiden.

DBC-Onderhoud beschrijft vijf verschillende categorieën uitval, analoog aan de zorgproducten: 'standaard', 'operatief', 'klinisch', 'conservatief' en 'overig'. Gelet op de aanname dat uitval in de huidige productiegegevens, door verbeterde registratie in 2013, af te leiden zal zijn tot declarabele zorgproducten, dient de waarde van de uitval ook uit de budgettaire middelen gehaald te worden, omdat de tarieven anders te hoog vastgesteld worden.

De uitvalproducten die volgens de standaardboom ingedeeld zijn in de categorie 'conservatief' en de conservatieve uitvalproducten in de categorie 'overig' zijn niet per definitie door verbeterde registratie declarabel te maken in 2013. De overige uitvalcategorieën bevatten (delen van) trajecten die in 2013 bij ongewijzigde registratie niet declarabel zijn, maar waarvan de verwachting is dat deze productie in 2013 door heraanleveringen aan de centrale grouper van DBC-Onderhoud wel tot een declarabel product gaan leiden (door correctie in de geregistreerde zorgactiviteiten). De omzet in termen van DOT ligt door verbeterde registratie (van onder andere nieuwe zorgactiviteiten) hoger dan waar in het productiebestand in de berekening vanuit is gegaan.

Doordat het onmogelijk is om op dit moment te voorspellen in welke zorgproducten deze DBC trajecten uiteindelijk terecht komen, is het niet mogelijk om hiervoor in de casemix, in termen van DOT, te corrigeren. In plaats daarvan wordt de hoogte van het BKZ per specialisme gecorrigeerd voor deze uitvalproducten in termen van DBC's. Dit leidt tot een vermindering van het BKZ bedrag per specialisme. De waarde van deze conservatieve uitval wordt niet uit de budgettaire middelen per specialisme gehaald. De uitvalfactor wordt als volgt berekend:

$$\text{Uitvalfactor per specialisme } x = \frac{\text{honorariumomzet uitgevallen zorgproducten specialisme } x}{\text{honorariumomzet totaal specialisme } x}$$

De totale omzet bestaat uit de som van de honorariumomzet van poorters en ondersteuners inclusief de honorariumomzet van uitvalproducten. Bij gebrek aan normtijden voor uitvalproducten verkrijgen de uitvalproducten een poorthonorarium op grond van de DBC-normtijd van de DBC's die in het uitvalproduct belanden. Als deze DBC trajecten slechts gedeeltelijk in het uitvalproduct belanden, dan wordt de bijbehorende normtijd verdeeld over de bijbehorende zorgproducten. Het ondersteunerhonorarium van de uitvalproducten is gebaseerd op het profiel van de uitvalproducten.



De specialisme specifieke uitvalfactoren staan weergegeven in onderstaande figuur 8. Hierbij is dus het uitgangspunt gehanteerd dat uitval als gevolg van de overgang van DBC's naar zorgproducten in 2013 volledig declarabel zal zijn, met uitzondering van de categorie 'conservatieve uitval'. Vanwege het feit dat het BKZ-uitlijningsproces is gebaseerd op de vrijgevestigde specialist, zijn de uitvalpercentages ook gebaseerd op het vrijgevestigde productiedata.

**Figuur 8. BKZ bedrag per vrijgevestigd medisch specialisme**

agb omschrijving	Totaal			Waarvan meegenomen in tariefberekening			
	FTE 2010	sleutel 2010	BKZ Totaal	FTE 2010	sleutel 2010	uitval perc.	BKZ na correctie
0301 Oogheelkunde	316,3	4,7%	85.550.054	307,3	4,50%	0,74%	82.500.538
0302 KNO-heelkunde	292,7	4,3%	79.169.436	282,9	4,20%	1,25%	75.563.857
0303 Chirurgie	670,8	9,9%	181.443.256	642,0	9,40%	1,20%	171.561.994
0304 Plastische chirurgie	129,2	1,9%	34.956.809	120,7	1,80%	0,49%	32.485.603
0305 Orthopedie	401,3	5,9%	108.543.542	387,7	5,70%	0,75%	104.075.068
0306 Urologie	249,5	3,7%	67.473.890	240,5	3,50%	1,02%	64.386.226
0307 Gynaecologie	498,5	7,3%	134.828.768	478,1	7,00%	1,58%	127.268.148
0308 Neurochirurgie	56,3	0,8%	15.231.143	50,3	0,70%	1,27%	13.432.362
0310 Dermatologie	230,4	3,4%	62.310.430	222,5	3,30%	0,16%	60.088.112
0313 Inwendige geneeskunde	732,0	10,8%	197.985.800	698,9	10,30%	1,29%	186.590.471
0316 Kindergeneeskunde	45,8	0,7%	12.390.679	45,6	0,70%	1,37%	12.164.868
0318 Maag-darm-leverziekten	238,7	3,5%	64.558.392	227,0	3,30%	0,62%	61.016.951
0320 Cardiologie	535,6	7,9%	144.858.159	511,6	7,50%	0,25%	138.032.903
0322 Longziekten	279,7	4,1%	75.639.675	269,2	4,00%	0,17%	72.692.728
0324 Reumatologie	87,5	1,3%	23.653.458	87,5	1,30%	0,05%	23.655.125
0326 Allergologie	8,8	0,1%	2.380.222	8,8	0,10%	0,00%	2.380.222
0328 Thoraxchirurgie	35,4	0,5%	9.574.985	30,4	0,40%	4,83%	7.825.624
0330 Neurologie	360,8	5,3%	97.583.700	343,2	5,00%	0,20%	92.644.679
0335 Klinische geriatrie	14,8	0,2%	4.003.101	14,8	0,20%	0,03%	4.002.020
0361 Radiotherapie	28,0	0,4%	7.571.299	23,2	0,30%	0,00%	6.274.887
0362 Radiologie	647,4	9,5%	175.108.619	624,1	9,20%	0,65%	167.704.134
0363 Nucleaire geneeskunde	70,1	1,0%	18.958.111	64,8	1,00%	0,54%	17.431.673
0386 Klinische chemie	23,8	0,3%	6.432.077	17,6	0,30%	1,03%	4.711.536
0387 Medische microbiologie	92,0	1,4%	24.879.389	85,4	1,30%	1,16%	22.831.211
0388 Pathologie	107,6	1,6%	29.105.724	102,3	1,50%	0,75%	27.461.727
0389 Anesthesiologie	643,9	9,5%	174.161.940	614,9	9,00%	2,06%	162.888.049
	6.796,6	100,0%	1.838.352.657	6.501,3	95,5%		1.758.470.290

In de tabel zijn de BKZ bedragen per specialisme weergegeven op basis van de FTE aantallen 2010 en het beschikbare kader van € 1.838,3 die in dit hoofdstuk zijn beschreven. Omdat een aantal ziekenhuizen op basis van onvolledigheid of kwaliteitscriteria niet meegenomen is in de productiedataset 2010, zijn deze FTE aantallen ook buiten beschouwing gelaten. Daarnaast is een percentage benoemd voor uitvalproducten die als gevolg van de overgang van DBC's naar zorgproducten.

Na verwerking van deze twee correcties ontstaan de BKZ bedragen per specialisme waar de productiedata per specialisme mee vergeleken is. De totstandkoming van de productiedataset wordt toegelicht in het volgende hoofdstuk.

## 4. Productiebestanden

Dit hoofdstuk beschrijft welke gegevens de basis vormen voor de berekening van de productie, en hoe de gegevens zijn bewerkt.

In de honorariumberekening wordt gebruik gemaakt van de productie die in het DIS is geregistreerd. Deze productie wordt opgeschaald en aangevuld met de gedeclareerde productie uit de IZiZ bestanden van zorgverzekeraars (zie paragraaf 4.3.2) Dit hoofdstuk gaat in op de totstandkoming van de bij de honorariumberekening gebruikte productiedataset.

### 4.1 Belangrijkste keuzes en aannames

Bij het opstellen van het productiebestand voor de berekening van de honorariumbedragen van DBC-zorgproducten zijn de volgende aannames en keuzes gemaakt:

- De berekening van de honoraria is gebaseerd op de geschoonde productie DIS Ronde 21, zowel de casemix (aantallen DBC's – voor de poortproductie) als de profielen (voor de ondersteunende productie). Ronde 21 bestaat uit afgesloten DBC's 2010. Structurele fouten zijn uit de dataset geschoond en daarna is het bestand representatief gemaakt voor de landelijke productie. Met dit bestand is een prognose gemaakt van de productie van DBC-zorgproducten, volgens de nieuwe registratieregels. Er is geen volumestijging in opgenomen. De dataset Ronde 21 wordt beschreven in het document 'Gebruikersdocument uitlevering deel 2 v20120927' bij de RZ13A ([www.dbc-onderhoud.nl](http://www.dbc-onderhoud.nl)).
- De zorgproduct casemix is per instelling opgeschaald tot aan het niveau van landelijk gedeclareerde productie met een factor op de DBC-productie. Deze factor is constant voor alle specialismen (zowel vrijgevestigd als in dienstverband) die binnen eenzelfde instelling actief zijn.
- Het percentage vrijgevestigde specialisten van een vakgroep geldt voor alle productie van die vakgroep. Dit houdt in dat er (bij gemengde vakgroepen) geen onderscheid wordt gemaakt binnen een vakgroep naar het soort productie dat door vrijgevestigde specialisten wordt gedaan en door specialisten in dienstverband.
- De ondersteunende productie is in het verleden niet volledig in DIS aangeleverd. In het project 'Herijking compensatiefactor ondersteunende specialismen 2012' zijn alle ondersteunende activiteiten opgevraagd uit het ZIS, zowel gekoppelde als niet aan een DBC gekoppelde activiteiten. Het verschil tussen de totale capaciteit (aantal \* normtijd) in ZIS en de capaciteit in DIS wordt gecorrigeerd door de ondersteunerscompensatiefactor. De 'Eindrapportage herijking compensatiefactor ondersteunende specialismen' beschrijft hoe de compensatiefactor is berekend ([www.dbc-onderhoud.nl](http://www.dbc-onderhoud.nl)).
- Productie van IC-zorgactiviteiten (zorgprofielklassen 18 en 19) en los declarabele zorgactiviteiten wordt bij geschat op basis van de gedeclareerde productie uit de IZiZ bestanden van zorgverzekeraars. De reden hiervoor is dat deze productie niet volledig aan DIS is geleverd.

- Indien op basis van representativiteitsanalyses<sup>5</sup> aanleiding ontstaat om niet-representatieve maatschappen uit te sluiten, wordt deze productiedata niet meegenomen in de tariefberekening.

## 4.2 Gebruikte gegevens

Het productiebestand is samengesteld uit de volgende brongegevens:

- Aantallen DBC's in de Ronde 21 dataset bestaande uit afgesloten DBC's 2010 in DIS.
- Ondersteunerscompensatiefactor per ondersteunend specialisme behorend bij Ronde 21 dataset en de normtijden uit de normtijdentabel 2012.
- Opschaalfactoren voor de DBC productie per instelling berekend op basis van de IZIZ bestanden van de zorgverzekeraars en DIS.
- Gedeclareerde DBC's, los declarabele verrichtingen en IC verrichtingen (ZPK 18 en 19) per instelling per specialisme, afkomstig uit de IZiZ bestanden van zorgverzekeraars. Via een aparte uitvraag door de NZa zijn de IC-verrichtingen herverdeeld over de verschillende poorters.
- Percentage vrijgevestigde specialisten per instelling per specialisme, op basis van de vakgroepentabel die beschreven is in hoofdstuk 3 (paragraaf 3.1). Hiervoor zijn de (gevalideerde) FTE aantallen het uitgangspunt.

De productstructuur voor Neurochirurgie (zorgproductgroep 972802 WBMV Neurochirurgie ) en voor Cardiothoracale chirurgie (CTC) (zorgproductgroep 979001) zijn opnieuw ontworpen. Via een groep van experts zijn aangepaste profielen (expertprofielen) per zorgproduct en een inschatting van de verwachte casemixverhouding (expert casemixverhouding) voorgesteld onder begeleiding van DBC-Onderhoud. Meer informatie over de wijze waarop dit is gedaan is te vinden in het "Gebruikersdocument uitlevering deel 2 v20120927".

## 4.3 Methodiek

Het productiebestand bestaat uit de prognose van de productie in DBC-zorgproducten, gebaseerd op de DBC's 2010 in de Ronde 21 dataset, volgens de registratieregels die vanaf 2012 gelden. De prognose is op detailniveau berekend; alle trajecten in de dataset zijn, per patiënt per diagnose, gesimuleerd<sup>6</sup>.

Het productiebestand geeft de aantallen DBC-zorgproducten weer per declaratiecode per specialisme per instelling. De ondersteunende productie per declaratiecode is hierin opgenomen via de profielen.

Aan dit bestand wordt in drie stappen een aantal elementen toegevoegd:

- 1. Opschalen zorgproductaantallen op basis van opschaalfactoren
- 2. Toevoegen los declarabele- en IC-productie,
- 3. Splitsing productiebestand in vrijgevestigde productie en productie van medisch specialisten in dienstverband.

In de volgende paragrafen gaan we nader op deze stappen in. Na deze stappen hebben we een compleet productiebestand voor de instellingen die de honorariumberekening zijn opgenomen.

---

<sup>5</sup> In het rapport 'Impactanalyse DOT honorariumtarieven 2013' worden de uitkomsten van de representativiteitsanalyses beschreven.

<sup>6</sup> Voor een beschrijving van het simulatieproces wordt verwezen naar het gebruikersdocument op de website van DBC-Onderhoud.

### 4.3.1 Opschalen zorgproduct aantallen

De productiecijfers uit het DIS liggen ten grondslag aan de honorariumbedragen per 2013. De methodiek waarmee de honoraria berekend wordt gaat uit van een volledig productiebestand. Immers, als de productie te hoog of te laag is, worden de honorariumbedragen te laag, respectievelijk te hoog berekend.

De omzet per instelling uit DIS wordt vergeleken met de omzet van dezelfde instellingen uit de schadelastcijfers van zorgverzekeraars over hetzelfde tijdvak (IZiZ). Deze schadelastcijfers betreffen de werkelijk gedeclareerde honoraria in 2010, en geven daarom ook een goed beeld van de werkelijke omzetten in dat jaar. Hierdoor ontstaat inzicht in de volledigheid van DIS, en daarmee van het productiebestand dat voor de honorariumberekening gebruikt wordt.

De totale omzet per instelling op basis van DIS-data is bepaald door de DBC's te waarderen tegen de vastgestelde honorariumbedragen voor het A-segment en de onderhandelde contractprijzen voor het B-segment. Op deze manier is de omzet in DIS met exact dezelfde honorariumbedragen berekend als gedeclareerde omzet uit de IZiZ bestanden. Verschillen in omzet tussen beide bronnen kunnen nu alleen een gevolg zijn van een verschil in aantallen. Hierbij is de 'onverzekerde zorg' buiten de omzetten gehouden.

Uit de 'IZiZ-omzet' en de 'DIS-omzet' is per instelling een factor berekend door het gemiddelde te nemen. In formule:

$$\text{Factor} = [(\text{'DIS-omzet'} + \text{'IZiZ-omzet'})/2] / \text{'DIS-omzet'}$$

Het komt voor dat instellingen in IZiZ meer omzet hebben dan in DIS, maar ook omgekeerd. De factoren kunnen daarom zowel groter als kleiner dan 1 zijn. De aantallen DBC-zorgproducten in het productiebestand uit DIS worden tenslotte, per instelling, met de (instellingsspecifieke) factor vermenigvuldigd.

### 4.3.2 Toevoegen los declarabele- en IC productie

De tweede stap is gericht op het compleet maken van het bestand met alle medisch specialistische productie.

Naast zorgproducten vallen ook los declarabele productie en Intensive Care (IC) productie binnen het BKZ MS. Los declarabele productie betreft bijvoorbeeld producten die aan de eerste lijn worden geleverd. De producten voor IC zijn ook apart declarabel, met de IC-behandeldag als basis. Bovenop deze basiseenheid is het mogelijk om een aantal toeslagen te declareren. De IC productie is in de vorm van zorgactiviteiten uit zorgprofielklassen 18 en 19 in het bestand met los declarabele producten opgenomen.

Er zijn sterke aanwijzingen dat de los declarabele productie en de IC productie onvolledig aan het DIS is geleverd. Voor enkele instellingen ontbreekt deze informatiestroom helemaal. Om deze reden zijn de aantallen los gedeclareerde producten uit het DIS niet als enige bron te gebruiken voor het samenstellen van een volledig productiebestand. Dit wordt opgelost door de omzet uit het DIS te middelen met de omzet los gedeclareerde producten uit IZiZ. Deze factor wordt op een vergelijkbare manier berekend als de factor voor de zorgproducten (LD staat voor Los Declarabel):

$$\text{Factor} = [(LD \text{ omzet IZiZ} + LD \text{ omzet DIS})/2] / LD \text{ DIS}$$

Het aantal los declarabele producten uit DIS wordt met deze factor per instelling bijgesteld en aan het productiebestand toegevoegd.

#### **4.3.3 Splitsing productiebestand in vrijgevestigd en dienstverband**

In de derde stap wordt de productie gesplitst in productie van vrijgevestigde specialisten en specialisten in dienstverband.

Omdat het BKZ MS alleen als kader wordt gehanteerd voor de productie van vrijgevestigde specialisten, moet het door specialisten in dienstverband uitgevoerde deel hierbuiten worden gehouden. Op patiëntniveau is niet te achterhalen of een zorgproduct door een specialist in dienstverband of door een vrijgevestigde medisch specialist is uitgevoerd. Daarom is per maatschap (specialisme per instelling) berekend welk gedeelte van de omzet door vrijgevestigde specialisten is uitgevoerd. In de meeste gevallen is het percentage 0% of 100%, maar in enkele gevallen komt het voor dat een maatschap bestaat uit zowel specialisten in dienstverband als vrijgevestigde specialisten, de zogenoemde gemengde maatschappen.

In voorkomende gevallen wordt de totale productie van de maatschap met behulp van dit percentage opgesplitst. Als maatschap X in instelling Y honderd keer een bepaalde declaratiecode heeft vastgelegd, en het percentage vrije vesting (op basis van de omzetverdeling) 70% is, dan wordt aangenomen dat deze declaratiecode 70 keer is uitgevoerd door een vrijgevestigde specialist.

## 5. Verdeelsleutels op basis van normtijden

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de normtijden zijn gebruikt in de honorariumberekening. Naast het budget en de productie is dit de derde component van de berekening. De normtijden spelen hierin de rol van *verdeelsleutels*: ze bepalen de verhouding van de werklast van producten ten opzichte van elkaar. De medisch specialisten hebben hun inschatting van de normtijden van zorgproducten en zorgactiviteiten ingevuld in het normtijdentraject<sup>7</sup>. De methodiek van berekening met haar keuzes en aannames wordt hieronder uitgelegd.

### 5.1 Keuzes en aannames

Bij het opstellen van de verdeelsleutels op basis van de normtijden zijn de volgende aannames en keuzes gemaakt:

- De normtijden die door de medisch specialisten zijn ingevoerd in de *normtijdentool* of die zijn aangeleverd als expertnormtijd worden ongewijzigd verwerkt in de verdeelsleutels.
- De normtijden van de ondersteunende specialismen zijn, per specialisme, via het zorgproductprofiel (aantal maal normtijd) opgeteld tot een zorgproductnormtijd.
- De specialismen die horen bij de grootste producenten (tot 70%) mogen een zorgproduct normeren.
- Een specialisme mag 90% van zijn productie normeren.
- Alle specialismen die een bepaalde zorgactiviteit uitvoeren mogen deze normeren.
- Alle scopieën worden als ondersteunende verrichtingen gezien, inclusief de scopieën die door poorters voor hun eigen zorgproducten worden uitgevoerd. Deze uitzondering is nodig omdat het uitgangspunt 'één poortnormtijd per zorgproduct' geen recht doet aan verschillen in werklast bij scopieën tussen heelkunde, interne geneeskunde en gastro-enterologie. Door de scopieën apart in de honoraria op te nemen als ondersteunend werk, met een normtijd per specialisme, wordt dit ondervangen. Dit betekent dat de zorgproducten waar een scopie bij hoort exclusief de tijd voor een scopie moet worden genormeerd.
- Producten worden in principe ontclusterd aangeboden in het normtijdentool. Op verzoek van wetenschappelijke verenigingen kunnen vanwege medisch inhoudelijke redenen zorgproducten geclusterd worden. Het gaat hierbij veelal om dezelfde zorg. Deze clustering zorgt ervoor dat zorgproducten na de BKZ-uitlijning hetzelfde honorarium krijgen. Voorwaarde is wel dat wetenschappelijke verenigingen het er onderling over eens moeten zijn dat een dergelijk product clustering verdiend. Voor de optimale vrijheid in het declaratieverkeer worden de zorgproducten na het bepalen van het honorarium weer ontclusterd. Gezien de beleidswijziging op dit punt ten opzichte van de honorariumberekening DOT 2012 geeft paragraaf 5.5 een overzicht van de effecten van het ontclusteren.

---

<sup>7</sup> Voor een complete toelichting op het normtijdentraject, zie het 'Verantwoording normtijdentraject RZ13a'.

## 5.2 Gebruikte gegevens

De normtijdentabel 2012 uit het normtijdentraject vormt de basis voor de verdeelsleutels. Deze tabel bevat:

- Een normtijd per specialisme per zorgproduct voor poortspecialismen;
- Een normtijd per specialisme per zorgactiviteit voor ondersteunende specialismen;
- Een normtijd per specialisme per expertproduct voor poortspecialismen;
- Een normtijd per specialisme per overig product.

## 5.3 Methodiek

Het uitgangspunt voor het berekenen van de verdeelsleutels is de normtijdentabel. De normtijdentabel is gevuld met de tijd in minuten die door de medisch specialisten aan elk product is gegeven in het normtijdentraject 2012. De poortspecialisten hebben een tijd per zorgproduct ingevuld en de ondersteunende specialisten tijd per zorgactiviteit. Ook de los declarabele verrichtingen en de verrichtingen van poortspecialisten voor andere specialisten konden van een tijd worden voorzien. Aan het eind van het normtijdentraject is er geconstateerd dat er nog zorgproducten en zorgactiviteiten waren die geen normtijd hadden. Waar mogelijk zijn deze aangevuld met de ingeleverde expertnormtijden en eventuele stelposten voor overige verrichtingen.<sup>8</sup>

De honorariumberekening start met het bepalen van een specialisme-specifieke normtijd per declaratiecode. Hiervoor wordt voor de poortspecialismen de normtijd per declaratiecode per specialisme uit de normtijdentabel gebruikt.

De normtijd per declaratiecode voor de ondersteunende specialismen wordt berekend uit de profielen per declaratiecode. De profielen zijn inclusief de ondersteunerscompensatiefactor. De specialismespecifieke factoren zijn in 2012 opnieuw bepaald over het gegevensjaar 2010<sup>9</sup>. Op de ondersteunersprofielen zijn de bewerkingen van toepassing die ook in eerdere uitleveringen zijn verwerkt<sup>10</sup>.

De dataset die ten grondslag ligt aan de profielen ('Ronde21 dataset') bestaat uit afgesloten DBC's 2010 in DIS, en is dezelfde als voor de kostentarieven RZ13a.<sup>11</sup>

### 5.3.1 Normtijdbepaling expertproducten en -activiteiten

Voor een aantal zorgproducten bevat de dataset minder dan zes geregistreerde trajecten. In het normtijdentraject hebben deze producten een normtijd gekregen op basis van expert opinie door de specialisten of de NFU of zijn de tarieven berekend op basis van oude normtijden die gekoppeld kunnen worden aan een gelijk product.

Soms kunnen meerdere specialismen een expertproduct of -activiteit leveren. In dat geval heeft elke wetenschappelijke vereniging een

---

<sup>8</sup> Een gedetailleerde beschrijving hiervan kunt u vinden in het

'Verantwoordingsdocument normtijdentraject RZ13a'.

<sup>9</sup> Zie eindrapport herijking compensatiefactor ondersteunende specialisme 2012

<sup>10</sup> Zie notitie honorariumberekening ondersteunende specialismen

<sup>11</sup> Voor een toelichting van de dataset verwijzen wij naar het "Gebruikersdocument uitlevering deel 2 v20120927" bij de RZ13A.

normtijd toegekend aan het expertproduct of -activiteit. Wanneer de wetenschappelijke verenigingen verschillende normtijden hebben ingevuld en daar geen overeenstemming over hebben kunnen bereiken, zijn de verschillende expertnormtijden in gelijke verhouding (dat wil zeggen ongewogen gemiddeld) gebruikt in de honorariumberekening.

## 5.4 Beoordeling Normtijden

Na het toekennen van de normtijden door wetenschappelijke verenigingen zijn de normtijden beoordeeld door de NFU en DBC-Onderhoud. De NFU heeft advies uitgebracht over de normtijden aan de wetenschappelijke verenigingen. Zij zijn gevraagd voor deze rol als extra waarborg voor het toekennen van normtijden op zorgproducten die in de academische setting worden uitgevoerd. De (eind)verantwoordelijkheid voor het toekennen van de normtijden blijft bij de wetenschappelijke verenigingen liggen. De NFU heeft zich vooral geconcentreerd op Kindergeneeskunde, Cardiopulmonale/thoraxchirurgie en Neurochirurgie. De productstructuur van deze drie specialismen is met ingang van 2013 sterk veranderd. Daarnaast is er speciale aandacht geweest voor Interne geneeskunde en Heelkunde. Bij Heelkunde was met name de transplantatiechirurgie een aandachtspunt.

Tijdens de beoordelingsfase heeft DBC-Onderhoud twee soorten rapportages toegestuurd. De eerste rapportage betreft een vergelijking tussen de normtijden van vorig jaar en de toegekende normtijden van dit jaar. Deze vergelijking kan gemaakt worden omdat het normtijdentool een tweede jaar openstaat en dat met dezelfde productstructuur DOT gewerkt wordt. Bij afwijking van meer dan 20% in de vergelijking tussen 2012 en 2011 werden zorgproducten gemarkeerd. Aan wetenschappelijke verenigingen is gevraagd om voor deze producten nog expliciet naar deze normtijden te kijken.

Daarnaast is gekeken hoeveel van het aantal gesignaleerde afwijkingen een normtijd van "0" heeft gekregen. Indien een specialisme een normtijd van "0" toekent, kan het zijn dat het product of de zorgactiviteit niet meer van toepassing is of obsoleet is. Ook voor deze producten is aan de betreffende wetenschappelijke vereniging gevraagd nog expliciet naar de toegekende normtijd te kijken.

Een tweede rapportage is meer gericht op een inhoudelijke beoordeling. Op hoofdlijnen is de verwachting dat zorgproducten die later in de beslisboom worden uitgevraagd een lagere normtijd krijgen. Zorgproducten die een variant kennen met 'klinisch zonder dagen' zouden logischer wijs niet meer normtijd moeten hebben dan het zorgproduct 'met klinische dagen'. DBC-Onderhoud heeft een rapportage opgesteld van zorgproducten waarbij afgeweken werd van de bovenstaande verwachting. Het kan zijn dat er inhoudelijk redenen zijn om hiervan af te wijken. De rapportage is expliciet ter verificatie voorgelegd aan de wetenschappelijke verenigingen. Wetenschappelijke verenigingen zijn daarna in de gelegenheid gesteld om de onderlinge verhouding tussen producten aan te passen.

Het merendeel van de specialismen heeft, nadat ze op de hoogte gesteld zijn van de constatering, een aangepaste normtijd toegekend. Met name de grote afwijkingen zijn hierdoor gecorrigeerd.



## 5.5 Tariefseffect ontclustering

In de honorariumberekening DOT 2012 zijn producten, waar op basis van medisch inhoudelijke kennis geoordeeld is dat dit vergelijkbare zorg betreft, ondergebracht in productclusters. Dit leidde in de honorariumberekening tot één gewogen gemiddeld clustertarief voor de betreffende zorgproducten. Omdat deze werkwijze problemen opleverde in het declaratieverkeer is besloten om voor de berekening DOT 2013 de clustering van producten los te laten. Deze paragraaf beschrijft wat het tariefseffect is van het loslaten van de clusters. De clusters die op verzoek van wetenschappelijke verenigingen in stand zijn gelaten, zijn in onderstaande analyse buiten beschouwing gelaten.

Er zijn in totaal 420 zorgproducten die voorheen in 43 clusters zijn ondergebracht. Deze producten hebben per 2013 een uniek honorariumtarief per zorgproduct in plaats van het gewogen clustertarief. Dit brengt de mogelijkheid met zich mee dat min of meer vergelijkbare zorg een verschillende prijs krijgt. Onderstaande tabel 3 toont de grootste spreidingsfactoren tussen het hoogste en het laagste tarief van producten die voorheen in dezelfde cluster zijn ondergebracht. Dit zijn allemaal clusters waar voorheen een groot aantal zorgproducten zijn ondergebracht. Dit maakt de kans op variatie groter, aangezien één uitbijter direct leidt tot een hoge factor.

De variatie aan tarieven wordt veroorzaakt door de verschillende normtijden die specialismen toekennen aan het zorgproduct. Naast verschil in normtijd kan het uurtarief van de betreffende specialismen verschillen.

Clustercode	Aantal zorgproducten	Clustertarief	Min. tarief	Max. tarief	Factor
ch9	21	€ 60,48	€ 24,94	€ 229,80	9,21
ch25	19	€ 460,77	€ 157,65	€ 709,82	4,50
ch23	20	€ 380,13	€ 157,65	€ 581,28	3,69
ch10	21	€ 202,30	€ 94,00	€ 297,30	3,16
ch5	15	€ 67,84	€ 49,88	€ 157,66	3,16
ch26	14	€ 419,32	€ 157,66	€ 492,02	3,12

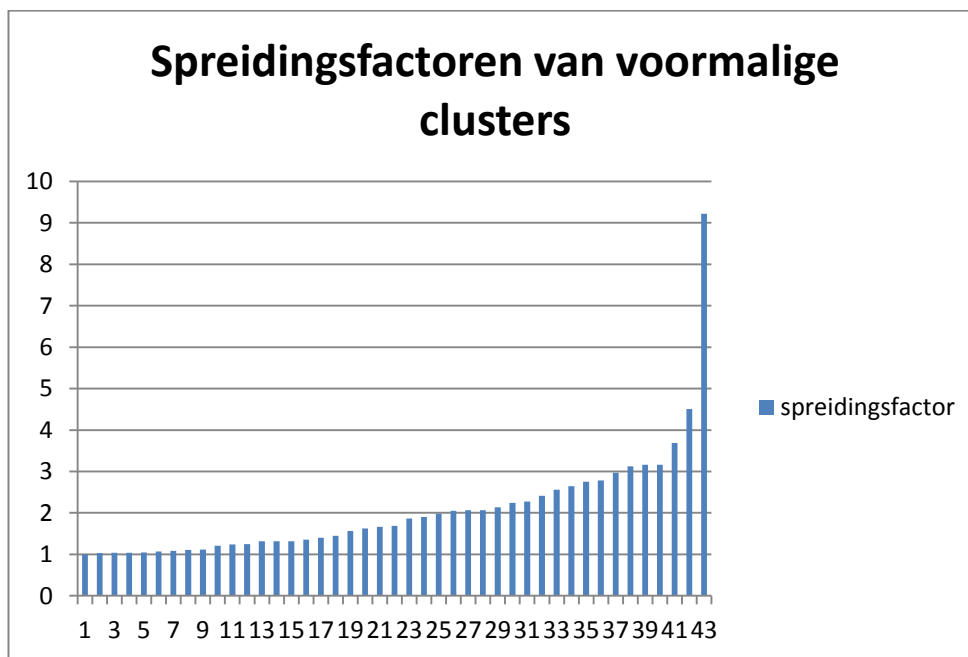
**Tabel 3: Grote spreidingsfactoren clusterproducten**

In tabel 4 zijn de producten ondergebracht met de kleinste spreiding tussen het hoogste en het laagste tarief binnen de clusters. Deze clusters kennen een beperktere omvang, waarbij opvalt dat het oorspronkelijke clustertarief door de betreffende individuele zorgproducten wordt benaderd.

Clustercode	Aantal zorgproducten	Clustertarief	Min. tarief	Max. tarief	Factor
huid2	9	€ 81,87	€ 82,60	€ 88,23	1,07
so6	2	€ 211,43	€ 207,91	€ 217,97	1,05
ec10	2	€ 405,44	€ 395,20	€ 410,54	1,04
ec11	2	€ 1008,41	€ 997,58	€ 1034,48	1,04
ec4	2	€ 882,50	€ 917,01	€ 946,99	1,03
ec12	2	€ 88,43	€ 88,23	€ 88,25	1,00

**Tabel 4: Kleine spreidingsfactoren clusterproducten**

In figuur 9 zijn de factoren voor alle 43 voormalige clusters gecategoriseerd. Hierbij valt op dat 25 clusters een spreidingsfactor kleiner dan 2,0 kennen en er 12 clusters zijn met een factor tussen de 2,0 en 3,0. Tot slot zijn er nog 6 clusters, ook weergegeven in tabel 1, die een factor boven de 3,0 kennen.



**Figuur 9: Spreidingsfactoren per cluster**

Uiteindelijk valt uit de clusteranalyse af te leiden dat er een groot aantal zorgproducten zijn waarbij het besluit om producten ontclusterd aan te bieden in het normtijdentool een relatief klein tariefseffect hebben. Hoe groter het aantal zorgproducten wat een cluster bevat, hoe groter de spreiding in de tarieven per zorgproduct. De oorzaak hiervoor is dat één uitbijter een grote invloed heeft op de hoogte van de factor.

## 6. Berekening honorariumbedragen

In hoofdstuk 2 is de methodiek op hoofdlijnen beschreven. Daarin is beschreven dat het BKZ bedrag per specialisme verdeeld wordt over de zorgproducten per specialisme, waarbij wetenschappelijke verenigingen haar producten van een onderlinge waardesleutel kunnen voorzien door middel van het normtijdentool. De onderdelen die in de hoofdstukken 3, 4 en 5 zijn beschreven vormen de input bij de berekening van de honoraria. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke stappen er hebben plaatsgevonden om van de losse componenten (BKZ per specialisme, productiebestand en verdeelsleutels) tot honoraria te komen.

In paragraaf 6.1 worden de gemaakte keuzes en aannames benoemd. Paragraaf 6.2 beschrijft enkele specifieke beleidskeuzes ten opzichte van de algemene methodiek. In paragraaf 6.3 worden de technische wijze van de uitlijning met het budgettair kader beschreven.

### 6.1 Keuzes en aannames

De keuzes en aannames bij het berekenen van de honoraria zijn:

- De totale honorariumomzet per specialisme sluit na de berekeningen aan op het BKZ per specialisme.
- Alle zorgproducten en zorgactiviteiten krijgen één poorthonorarium. Daarnaast kunnen er per zorgproduct een honorarium per ondersteunend specialisme zijn, en poort-voor-poort honoraria per specialisme. Dit laatste is productie die door een poortspecialist binnen een DBC-zorgproduct van een andere poortspecialist wordt uitgevoerd.
- Het honorarium wordt berekend op het niveau van declaratiecodes. In voorgaande jaren kwam het voor dat meerdere zorgproducten geclusterd zijn naar één declaratiecode. Voor de tarieven per 2013 is het besluit genomen om producten te ontclusteren. Dit betekent dat producten ook ontclusterd aangeboden zijn in het normtijdentool, tenzij wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk hebben verzocht de clusters in stand te laten (zie paragraaf 5.5).
- Het honorarium wordt berekend voor die specialismen die ook daadwerkelijk een normtijd hebben mogen toekennen (zie paragraaf 5.1).
- Bij gedeelde zorgproducten wordt een gewogen gemiddelde berekend over de specialismen. Er wordt gewogen naar casemix aantallen (vrijgevestigd plus loondiensters).
- Indien een specialisme productie heeft voor een bepaald zorgproduct en een normtijd van 0 heeft toegekend dan wordt de productie in het proces van uitlijning gewaardeerd met het gewogen gemiddelde tarief van de andere specialismen.
- Het proces van uitlijning vindt plaats in een bepaalde volgorde. Specialismen met de meest gedeelde omzet met andere specialismen worden als eerste vastgezet. Het tarief van gedeelde zorgproducten worden op deze manier door een bepaald specialisme vastgezet (zie paragraaf 6.3 en het berekeningsvoorbeeld van dit iteratieproces in de bijlage 2).
- Gedeelde zorgproducten die een niet tariefbepalend specialisme kennen (een specialisme heeft door geringe productie geen normtijd mogen toekennen) worden vastgezet in het iteratieproces door het eerste tariefbepalende specialisme.
- Expertproducten waarvan geen productie bekend is, worden niet in de BKZ-berekening opgenomen. Voor deze producten bestaat wel een normtijd maar geen productie. Voor deze producten wordt het

- gemiddelde 'tarief' van het bijbehorend specialisme(n) genomen. Het gemiddelde betreft dus een ongewogen gemiddelde.
- Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) heeft geoordeeld de korting op de honorariumtarieven 2010 terecht is doorgevoerd met uitzondering van de korting voor rijbewijskeuringen en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Deze korting had niet doorgevoerd mogen worden omdat deze activiteiten niet onder het budgettair kader vallen. De onterecht doorgevoerde korting in 2010 en 2011 worden door de NZa middels een incidentele compensatie gecorrigeerd in de honoraria die per 1 januari 2012 tot en met 31 december 2013 gelden.
  - Door vertekening van productregistratie op de intensive care heeft de NZa in de tarieven per 1 januari 2013 een aantal beleidsmatige correcties doorgevoerd op de bronnen in de tariefberekening.
  - De minuutprijs van interne geneeskunde is toegepast op de tarieven van klinische geriatrie producten vanwege onderlinge vertekening in de productiedataset.
  - Het BKZ MS wordt met 0,36% opgeschaald ter compensatie van het meenemen van onverzekerde zorg in de productiedataset. Een dergelijke opschaling maakt dat in de tariefberekening de tarieven voor verzekerde zorg op voorhand aansluiten bij het budgettair kader.

## 6.2 Specifieke beleidsmatige aandachtspunten

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de berekening van de honoraria in zijn werk gaat. In de bijlage vindt u ter illustratie een uitgewerkt voorbeeld van het iteratieproces. Om de honoraria te berekenen is het BKZ per specialisme verdeeld over de zorgproducten en zorgactiviteiten per specialisme. Dit is gebeurd volgens de verdeelsleutel uit het normtijdentraject en de productieaantallen uit het productiebestand.

In aanvulling op deze algehele methodiek heeft de NZa een aantal beleidskeuzes doorgevoerd in de berekening van de honorariumtarieven DOT 2013. In paragraaf 6.2.1 (onverzekerde zorg), 6.2.2 (tariefberekening intensive care) en paragraaf 6.2.3 (tariefberekening klinisch geriatrie) worden deze beleidsmatige wijzigingen ten opzichte van de berekening van vorig jaar beschreven.

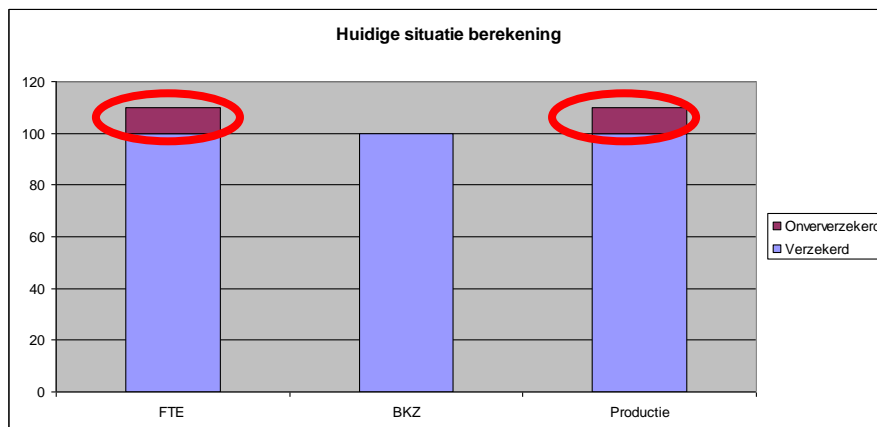
### 6.2.1 Onverzekerde zorg

Zoals eerder beschreven is het uitgangspunt van de tariefberekening dat het BKZ bedrag per specialisme, op basis van FTE aantallen van DHD, verdeeld worden over zorgproducten van de specialismen op basis van de productiedataset DIS 2010. In de DHD FTE data wordt geen onderscheid gemaakt tussen de tijd die aan verzekerde en onverzekerde zorg wordt besteed. Als gevolg hiervan krijgt elk specialisme een meso-BKZ toegewezen waarin ook budget is opgenomen voor de onverzekerde zorg. Omdat de verhouding voor verzekerde en onverzekerde zorg verschillend is tussen de specialismen, lijken bepaalde specialismen hierdoor bevoordeeld te worden.

Een belangrijke kanttekening is echter dat, naast de FTE's, ook in de productiedata geen onderscheid gemaakt wordt tussen verzekerde en onverzekerde zorg. De in de tariefberekening meegenomen productieaantallen in het DIS bevatten dus ook onverzekerde productie die uiteindelijk niet ten laste van het BKZ gedeclareerd zal worden. Hoe groter het aandeel onverzekerde zorg bij een specialisme is, hoe groter het aandeel van de productie dat wel meegenomen wordt in de tariefberekening maar uiteindelijk niet gedeclareerd gaat worden ten laste van het BKZ. Dit zorgt ervoor dat de tarieven generiek te laag

worden bepaald. Een deel van het BKZ wordt namelijk toegerekend aan productie die nooit gedeclareerd kan worden ten laste van dit kader.

**Figuur 10 – Berekeningssituatie onverzekerde zorg**



Bovenstaande figuur geeft deze situatie grafisch weer. In de methodiek worden teveel FTE aantallen meegenomen doordat ook de tijdbesteding ten behoeve van onverzekerde zorg wordt meegenomen. Aangezien ook de productie in het DIS is meegenomen, betekent dit niet direct een tariefseffect tussen specialismen onderling. De gehanteerde aanname hierbij is dat de productiviteit voor tijdbesteding aan verzekerde en onverzekerde zorg identiek is. De NZa heeft geen aanleiding om deze aanname in twijfel te trekken.

Omdat met teveel productie is rondgerekend in de BKZ-uitlijning, wordt een deel van het BKZ dus toegerekend aan onverzekerde zorg. Het zou beleidsmatig het meest zuiver zijn om per specialisme alleen het deel van de FTE's mee te nemen dat aan verzekerde zorg wordt besteed en daarnaast alleen de verzekerde productie te gebruiken. Dit is echter niet mogelijk omdat niet bekend is welk deel van de FTE's zich exact met onverzekerde zorg bezighoudt. Ook aan de kant van de productie zijn de onverzekerde DBC's niet te identificeren, aangezien deze informatie verloren is gegaan bij de simulatie van DBC's naar DBC-zorgproducten (DOT).

Het schonen van FTE's en productie voor onverzekerde zorg blijkt dus niet haalbaar, vanwege het ontbreken van het inzicht in de exacte aantallen. Omdat de NZa de berekening van de honorariumtarieven zo zuiver mogelijk wil uitvoeren en de onverzekerde zorg geen onderdeel uitmaakt van het BKZ, heeft de NZa ervoor gekozen om het macro BKZ bedrag wat in de tariefberekening 2013 wordt gehanteerd op te schalen met het percentage (0,36%) onverzekerde zorg op basis van DIS 2010. Deze opschaling maakt dat in de tariefberekening de tarieven voor verzekerde zorg op voorhand aansluiten bij het BKZ.

### 6.2.2 Tariefberekening Intensive Care

Bij de verdeling van de macro beschikbare middelen heeft de NZa het uitgangspunt gehanteerd dat alleen de declarerende (hierna: moederspecialismen) een BKZ bedrag toegewezen krijgen aangezien dit op voorhand ook aansluit bij de specialismen die opgenomen zijn in de DIS declaratiedata. De intensivisten zijn geen zelfstandig declarerend specialisme, waardoor IC productie geregistreerd wordt op naam van de onderliggende moederspecialismen. Hierbij heeft de NZa het uitgangspunt gehanteerd dat deze FTE aantallen ook (impliciet) meegenomen worden door DHD binnen de FTE aantallen van de

moederspecialismen. In dat geval treedt namelijk geen tariefvertekening op voor de moederspecialismen. Gedurende 2012 heeft de NZa het signaal ontvangen dat de registratie op de IC niet aansluit bij de tijdbesteding en betrekkingvorm van de verschillende moederspecialismen. Naar aanleiding van deze signalen heeft de NZa onderstaande twee beleidsmatige wijzigingen doorgevoerd in de honorariumtarieven DOT 2013.

#### *6.2.2.1 Uitvraag naar toedeling IC-productie*

Indien er sprake is van registratievertekening ontstaat een scheve vergelijking tussen de productiedata per specialisme en de BKZ bedragen per specialisme in de tariefberekening. De NZa heeft daarom de instellingen, die IC productie geregistreerd hebben in de DIS dataset 2010, verzocht de toedeling van de IC-productie naar de diverse specialismen te beoordelen en indien nodig gecorrigeerde verhoudingsgetallen aan te leveren aan de NZa.

#### *6.2.2.2 Aansluiting bij het vrijgevestigde kader*

In de honorariumberekening wordt uitgegaan van vrijgevestigde specialisten omdat het BKZ MS ook enkel van toepassing is op vrijgevestigden. Daarom wordt enkel de productiedata van vrijgevestigde specialisten, op basis van de indeling naar maatschappen, meegenomen in de BKZ-uitlijning. Omdat intensivisten geen zelfstandig declarerend specialisme zijn, registreren zij hun producten op de onderliggende moederspecialismen. Wanneer de onderliggende moederspecialismen in vrije vestiging zijn terwijl de intensivist in dienstverband van het ziekenhuis is, wordt deze loondienstproductie wel meegenomen in de tariefberekening. Het gevolg hiervan is dat IC-productie van intensivisten in loondienst een drukkend effect heeft op het BKZ MS.

Op het moment dat deze specialisten in dienstverband, en in dezelfde mate, ook meegenomen zijn bij de betreffende moederspecialismen in het FTE bestand van DHD, treedt geen specialismenspecifiek tariefseffect op. Dit betekent echter wel dat productie van specialisten in dienstverband meegenomen wordt in de tariefberekening, waardoor een deel van het kader niet gevuld wordt door de vrijgevestigde productie. Daarom heeft de NZa het kader generiek met 0,5% opgehoogd om ervoor te zorgen dat de tarieven aansluiten bij het BKZ MS op basis van de vrijgevestigde productie. De verhoging van het budgettair kader is beschreven in paragraaf 3.1.

Zolang én de productie én de FTE's onderdeel zijn van de tariefberekening is het geheel in balans. Het blijkt echter dat een deel van de intensivisten in loondienst apart is gecategoriseerd in het bestand van DHD, in de categorie 300 'overige specialisten'. Deze categorie is in de tariefberekening 2012 en 2013 buiten beschouwing gelaten en is daardoor niet meegenomen in de BKZ-verdeling. Op het moment dat de productiedata wel meegenomen wordt bij de onderliggende vrijgevestigde moederspecialismen treedt een specialismenspecifiek tariefseffect op. Daarom wordt in de honorariumberekening DOT 2013 deze productie ook buiten beschouwing gelaten.

In het impactanalyserapport beschrijft de NZa de effecten van de beleidskeuze voor intensive care.

### 6.2.3 Tarieven klinisch geriatrische producten

Als eerder gecommuniceerd worden de beschikbare budgettaire middelen per specialisme verdeeld over de verschillende producten per specialisme op basis van de productiedataset DIS 2010. Ondanks de zuivere toepassing van deze methodiek leiden misregistraties in de gehanteerde bronnen tot vertekening in de honorariumtarieven van klinisch geriatrische DBC's. Een oorzaak van deze registratieproblematiek is dat internisten met een aantekening ouderengeneeskunde ook DBC's van klinische geriatrie hebben geregistreerd. Op basis van een nadere analyse naar de ervaren registratieproblematiek en de verwevenheid tussen beide specialismen heeft de NZa besloten om de tarieven voor klinische geriatrie te verhogen voor 2012.

Deze oplossing hield in dat de honorariumtarieven voor de klinische geriatrie werden herzien door het specialisme interne geneeskunde als uitgangspunt te nemen, vanwege de sterke onderlinge verwevenheid. Hoewel binnen de gehanteerde methodiek geen gevalideerd uurtarief en gevalideerde normtijden zijn bepaald, is het technisch wel mogelijk om een fictieve minuutprijs per specialisme uit te rekenen. In deze incidentele oplossing is de hoogte van de fictieve minuutprijs van interne geneeskunde toegepast op de tarieven van klinisch geriatrische DBC's.

Omdat het niet mogelijk is gebleken om op korte termijn een structurele oplossing te bereiken voor de ervaren registratieproblemen, heeft de NZa de oplossing die verwerkt is in de tarieven voor 2012 ook doorgevoerd in de honorariumtarieven DOT 2013. Dit betekent dat het fictieve uurtarief van interne geneeskunde opnieuw toegepast is op de klinisch geriatrische producten.

### 6.3 Wijze van uitlijning met BKZ

In het rekenproces wordt de totale omzet per specialisme aangesloten met het BKZ per specialisme. Dit vindt plaats in een aantal stappen omdat sommige producten gedeeld worden door meerdere specialismen. Belangrijk uitgangspunt is dat het poorthonorarium en de losdeclarabele zorgactiviteiten specialisme overstijgend zijn. De ondersteunerhonoraria en poort-voor-poorthonoraria blijven specialisme specifiek.

Een belangrijk doel van de uitlijning is om gedeelde zorgproducten, die door meerdere specialismen worden uitgevoerd, te voorzien van een uniform tarief. Om dit te realiseren worden de honorariumtarieven in een specifieke volgorde uitgelijnd. Met onderstaande stappen wordt deze berekening beschreven.

#### Stap 1: eerste initiële uitlijning

Eerst wordt de totale productie per specialisme berekend op basis van de normtijden en de aantallen (poort, ondersteunend en los declarabel) per specialisme en per declaratiecode. Het totale BKZ bedrag per specialisme wordt verdeeld over de productie per specialisme. Hierbij wordt nog geen rekening gehouden met gedeelde producten. Uit de berekening volgt een specialisme specifiek honorarium per declaratiecode. Het gemiddeld fictief uurtarief per specialisme is hiermee ook berekend.

#### Stap 2: Gewogen gemiddelde berekening

In de volgende stap wordt het gewogen gemiddelde poorthonorarium berekend voor alle gedeelde declaratiecodes. Dit is nodig omdat elk specialisme een eigen verdeelsleutel bij de producten heeft ingevuld en er maar één poorthonorarium per declaratiecode moet komen. De omzet per specialisme sluit nu niet noodzakelijk meer aan op het BKZ, omdat door het middelen van de poorthonoraria van gedeelde producten voor

sommige specialismen de omzet wat hoger wordt, en voor andere wat lager.

#### Stap 3: Bepaling van volgorde van uitlijning

Vervolgens wordt de volgorde van uitlijning bepaald tussen de specialismen. Het specialisme met verhoudingsgewijs de meeste omzet in gedeelde producten wordt als eerste uitgelijnd, gevolgd door het specialisme wat daarna de meeste omzet in gedeelde producten heeft, enzovoorts. De volgorde wordt in deze stap bepaald en blijft daarna vaststaan.

#### Stap 4: 1e iteratieronde

In deze stap worden de tarieven van de gedeelde zorgproducten en los declarabele zorgactiviteiten die een niet tariefbepalend specialisme kennen vastgezet. Een niet tariefbepalend specialisme heeft tijdens het normtijdentraject geen normtijd aan het zorgproduct of los declarabele zorgactiviteit mogen toekennen door een te geringe productieomvang ten opzichte van de andere producerende specialismen.

De volgorde die in stap 3 is bepaald wordt in deze stap toegepast. Elk specialisme wordt in een zogeheten iteratie vastgezet. De gedeelde zorgproducten worden zodoende in een bepaalde volgorde vastgezet. In elke iteratie worden vergelijkbare berekeningen uitgevoerd.

- Iteratie 1: de omzet voor het specialisme met de meeste omzet in gedeelde producten wordt vergeleken met het BKZ van dat specialisme. Hiermee wordt een factor ( $BKZ/omzet$ ) berekend. Deze factor wordt op alle declaratiecodes die dat specialisme produceert en heeft mogen normeren, toegepast. De honoraria van deze declaratiecodes staan nu vast. Voor alle specialismen wordt opnieuw de omzet berekend.
- Iteratie 2: Het specialisme dat als tweede de meeste gedeelde producten heeft, wordt hierna vergeleken met het BKZ. De declaratiecodes die al vast staan, kunnen niet meer worden aangepast. De omzet die het specialisme in de vastgezette declaratiecodes heeft, worden buiten de vergelijking gelaten. Hetzelfde bedrag blijft buiten het voor dat specialisme resterende BKZ. De factor die hieruit volgt wordt op alle (niet in een eerdere iteratie vastgezette) declaratiecodes van specialisme 2 toegepast, indien specialisme 2 deze ook heeft mogen normeren. De honoraria van deze declaratiecodes staan nu ook vast.
- Iteratie 3 en verder: alle volgende specialismen worden – gelijk aan iteraties 1 en 2 – aangesloten met hun deel van het BKZ, door de honoraria van nog niet vastgezette steeds met een factor aan te passen.

Aan het eind van deze iteratieronde zijn alle tarieven van de gedeelde zorgproducten en los declarabele zorgactiviteiten vastgezet die een niet tariefbepalend specialisme kennen. Belangrijk om op te merken is dat het zorgproduct wat een niet tarief bepalend specialisme kent pas vastgezet wordt in een iteratie waarbij een specialisme normtijd heeft mogen toekennen. Met andere woorden het gedeelde zorgproduct mag niet worden vastgezet in een iteratie van een specialisme die niet de normtijd heeft mogen toekennen.

#### Stap 5: 2<sup>e</sup> iteratieronde

Dit is een herhaling van de eerste iteratieronde maar dan voor de overige producten. In de eerder vastgestelde iteratievolgorde worden de overige gedeelde zorgproducten en losdeclarabele zorgactiviteiten in een bepaalde volgorde vastgezet. In bijlage 2 volgt een uitgebreidere omschrijving.



### **6.3.1 Berekening expert- en uitsluitend dienstverband producten**

Tenslotte worden ook de honoraria voor de expertproducten (casemix kleiner dan 6) toegevoegd. Hiervoor is het aansluiten met het BKZ van niet van toepassing. Voor de expertproducten worden de in het normtijdentract aangeleverde normtijden gebruikt en het (afgeleide) uurtarief voor de betreffende specialismen. Op deze manier wordt voor een expertproduct per specialisme een (tussen)tarief bepaald. Het uiteindelijke tarief is het (ongewogen) gemiddelde van deze specialisme specifieke (tussen) honorariumbedragen.

Producten die alleen door specialisten in dienstverband worden gedaan, worden bij de verdeling van het BKZ op basis van de verdeelsleutels op dezelfde wijze van een honorarium voorzien.

## Bijlage 1. Schematische berekening BKZ

In onderstaand figuur beschrijft alle stappen die zijn gezet om een juiste hoogte van het budgettair kader te komen (zie ook paragraaf 3.1).

### BKZ Medisch Specialisten

Ten behoeve van de tariefberekening

BKZ MS Ziekenhuisdeel	2012			2012			2013		
	Voorlopige indexatie			Definitieve indexatie			Voorlopige indexatie		
	%	Δ	Σ	%	Δ	Σ	%	Δ	Σ
<b>Prijs jaar t-1, volume t-1</b>			<b>1.958,0</b>			<b>1.958,0</b>			<b>2.032,9</b>
<b>Indexaties over jaar t</b>	<i>Teruggerekend</i>								
Prijsindexatie	0,70%	13,7	1.971,7	1,29%	25,4	1.983,4	0,75%	15,2	2.048,2
Volumindexatie	2,50%	49,3	2.021,0	2,50%	49,6	2.032,9	2,50%	51,2	2.099,4
<b>Prijs jaar t, volume t</b>			<b>2.021,0</b>			<b>2.032,9</b>			<b>2.099,4</b>
<b>Correcties</b>									
Af: Lumpsumcorrectie	-4,08%	-82,4	1.938,6	-4,08%	-82,9	1.950,0	-6,47%	-135,8	1.963,6
Af: SKMS	Niet van toepassing		1.938,6	-0,31%	-6,1	1.943,9	-0,31%	-6,1	1.957,5
<b>Prijs jaar t, volume t, correctie lumpsum</b>			<b>1.938,6</b>			<b>1.943,9</b>			<b>1.957,5</b>
<i>Correctie t.o.v. 2012 voorlopig na indexatie</i>					5,9	0,27%		16,9	0,97%
Tariefberekening	2012			2012			2013		
	Voorlopige indexatie			Definitieve indexatie			Voorlopige indexatie		
	%	Δ	Σ	%	Δ	Σ	%	Δ	Σ
<b>Prijs jaar t, volume t, correctie lumpsum</b>			<b>1.938,6</b>			<b>1.943,9</b>			<b>1.957,5</b>
<b>Correctie volumegroei</b>									
Af: groei in t	-2,50%	-47,3	1.891,3	-2,50%	-47,4	1.896,5	-2,50%	-47,7	1.909,7
Af: groei in t-1	-2,50%	-46,1	1.845,2	-2,50%	-46,3	1.850,2	-2,50%	-46,6	1.863,1
Af: groei in t-2	-3,31%	-69,4	1.775,8	-3,88%	-69,4	1.780,9	-2,50%	-45,4	1.817,7
<b>Prijs jaar t, volume t-3</b>			<b>1.775,8</b>			<b>1.780,9</b>			<b>1.817,7</b>
<i>Correctie t.o.v. 2012 voorlopig na indexatie</i>					5,0	0,28%		41,9	2,36%
<b>Enmalige correcties tariefberekening</b>									
Bij: IC	Niet van toepassing		-	Niet van toepassing		-	0,50%	9,0	1.826,7
Bij: Onverzekerd	Niet van toepassing		-	Niet van toepassing		-	0,36%	6,5	1.833,3
Bij: Compensatie nacalculatie t-1	Niet van toepassing		-	Niet van toepassing		-	0,64%	5,0	1.838,3
<b>Prijs jaar t, volume t-3, incl correcties</b>			<b>1.775,8</b>			<b>1.780,9</b>			<b>1.838,3</b>
<i>Correctie na correcties</i>					5,0	0,28%		62,3	3,52%
Indexatie	2012			2012			2013		
	Voorlopige indexatie			Definitieve indexatie			Voorlopige indexatie		
	%	Δ	Σ	%	Δ	Σ	%	Δ	Σ
Indexatiecijfers									
Loon (OVA) 0,63	0,70%			0,64%			0,75%		
Materieel (Prijs Particuliere Consumptie, CEP) 0,37	0,70%			2,41%			0,75%		
<b>Gemiddeld</b>	<b>0,70%</b>			<b>1,29%</b>			<b>0,75%</b>		
<i>Cumulatief effect met correctie voorlopige indexatie</i>					0,53%			1,35%	
<i>Cumulatief effect zonder correctie voorlopige indexatie</i>					1,23%			2,05%	

## Bijlage 2. Rekenvoorbeeld honorariumberekening

In onderstaand voorbeeld is de berekening voor de situatie met drie specialismen uitgewerkt. Voor de eenvoud is aangenomen dat elk specialisme elk product 1 keer uitvoert, dus een casemix van 1. Hierdoor kunnen we rekenen met de bepaling 'honorarium = omzet'.

In stap 1 is voor alle drie de specialismen het BKZ verdeeld over hun totale productie, berekend met de normtijden die elk specialisme heeft toegekend. In stap 2 zijn de honoraria van de gedeelde producten gemiddeld. De uitgangssituatie in figuur 1 begint ná stap 2 van het rekenproces.

**Figuur 1. Uitgangssituatie rekenvoorbeeld**

Productnummer	berekend honorarium na stap 2		
	spc A	spc B	spc C
1	186		
2	117		
3	138		
4	196		
5	32		
6	9		
7	199		
8	160		
9	73		
10	195	195	
11	68	68	68
12	72	72	
13	143	143	
14		149	
15		16	
16		206	
17		167	
18		146	146
19		27	27
20			130
21			2
22			120
23			80
24			153

De omzet per specialisme wordt berekend met het totaal van de kolom met honoraria van elk specialisme. Hierbij is aangenomen dat elk specialisme elk product 1 keer levert. Zie figuur 2.

**Figuur 2. Omzetberekening in stap 3 van het rekenvoorbeeld**

	<b>spc A</b>	<b>spc B</b>	<b>spc C</b>
BKZ per specialisme:	1.600	1.100	750
Berekende omzet totaal:	1.588	1.189	726
Omzet gedeeld:	478	651	241
% gedeeld	30%	55%	33%
volgorde	3	1	2

De omzet per specialisme sluit in na stap 2 niet aan op het BKZ-deel voor het specialisme. Dit komt doordat bij het berekenen van één gemiddeld poorthonorarium van gedeelde producten de omzet voor sommige specialismen toeneemt, en voor andere daalt.

In stap 3 wordt de omzet van producten die elk specialisme deelt met andere specialismen berekend. Het percentage van de totale omzet dat in gedeelde productie zit, bepaalt de volgorde waarin de iteraties in stap 4 worden gedaan. Specialisme B heeft de meeste gedeelde omzet, en komt als eerste aan de beurt voor het rekenproces. Daarna specialisme C, en tenslotte specialisme A.

Nu volgen de iteraties in stap 4. In figuur 3 staat de berekening van de eerste iteratie. De honoraria van de grijs gearceerde producten worden in deze iteratie stap vastgezet.

**Figuur 3. Iteratie 1 in stap 4 van de honorariumberekening, rekenvoorbeeld**

<b>iteratie 1</b>		<b>factor: 0,925</b>		
<b>Productnummer</b>	<b>spc A</b>	<b>spc B</b>	<b>spc C</b>	
1	186			
2	117			
3	138			
4	196			
5	32			
6	9			
7	199			
8	160			
9	73			
10	180	180		
11	63	63	63	
12	67	67		
13	132	132		
14		138		
15		15		
16		191		
17		154		
18		135	135	
19		25	25	
20				130
21				2
22				120
23				80
24				153
	<b>spc A</b>	<b>spc B</b>	<b>spc C</b>	
<b>berekende omzet voor iteratie 1</b>	1.588	1.189	726	
<b>BKZ</b>	1.600	1.100	750	
<b>berekende omzet na iteratie 1</b>	1.552	1.100	708	

In iteratie 1 worden de honoraria van alle producten die door specialisme B worden geleverd aan met een factor aangepast, zodat de totale omzet van specialisme B precies gelijk is aan het BKZ-deel van specialisme B. De factor is 0,925, berekend door  $1100/1189$  (BKZ van specialisme B gedeeld door de berekende omzet voor iteratie 1 van specialisme B). De honoraria van deze producten staan nu vast. Voor elk specialisme wordt opnieuw de omzet (som van de kolom per specialisme) berekend, deze staat onderaan de figuur 3.

Nu volgt iteratie 2, waarin de berekening herhaald wordt voor specialisme C.

**Figuur 4. Iteratie 2 in stap 4 van de honorariumberekening, rekenvoorbeeld**

iteratie 2		factor: 1,087		
Productnummer	spc A	spc B	spc C	
1	186			
2	117			
3	138			
4	196			
5	32			
6	9			
7	199			
8	160			
9	73			
10	180	180		
11	63	63	63	
12	67	67		
13	132	132		
14		138		
15		15		
16		191		
17		154		
18		135	135	
19		25	25	
20				141
21				2
22				130
23				87
24				166
	<b>spc A</b>	<b>spc B</b>	<b>spc C</b>	
<b>berekende omzet voor iteratie 2</b>	1.552	1.100	708	
<b>BKZ</b>	1.600	1.100	750	
<b>berekende omzet na iteratie 2</b>	1.552	1.100	750	

De licht gearceerde honoraria staan na de eerste iteratie vast. De donkergrijs gearceerde honoraria zijn in iteratie 2 bepaald. Dit zijn de producten die door specialisme C worden geleverd, en die nog niet zijn vastgezet in iteratie 1.

De factor voor iteratie 2 wordt als volgt berekend:

$$\text{Factor} = \frac{\text{BKZ spc C totaal} \text{ -/ - omzet spc C in producten die vast staan}}{\text{omzet spc C in producten die nog niet vast staan}}$$

De zorgproducten van specialisme C waarvan het honorarium al vast staat, zijn ZP11, ZP18 en ZP19. Voor alle zorgproducten die nog niet vast staan, wordt de omzet van specialisme C uit figuur 4 berekend.

Dan wordt de factor:

$$\frac{750 \text{ -/ - } (63 + 135 + 25)}{(130 + 2 + 120 + 80 + 153)} = \frac{527}{485} = 1,086$$

Deze factor wordt toegepast op de honoraria van zorgproducten 20 t/m 24.

Tenslotte volgt iteratie 3. Hierin vindt een herhaling plaats van de berekening, nu voor de producten die alleen nog door het laatste specialisme, specialisme A, worden uitgevoerd. Licht gearceerd zijn weer de honoraria die bij het begin van iteratie 3 al vast staan, en donkergrijs gearceerd de honoraria die in iteratie 3 worden bepaald.

**Figuur 5. Iteratie 3 in stap 4 van de honorariumberekening, rekenvoorbeeld**

iteratie 3		factor: 1,043		
Productnummer	spc A	spc B	spc C	
1	194			
2	122			
3	144			
4	204			
5	33			
6	9			
7	208			
8	167			
9	76			
10	180	180		
11	63	63	63	
12	67	67		
13	132	132		
14		138		
15		15		
16		191		
17		154		
18		135	135	
19		25		25
20				141
21				2
22				130
23				87
24				166
	<b>spc A</b>	<b>spc B</b>	<b>spc C</b>	
<b>berekende omzet voor iteratie 3</b>	1.552	1.100	750	
<b>BKZ</b>	1.600	1.100	750	
<b>berekende omzet na iteratie 3</b>	1.600	1.100	750	

De factor wordt op dezelfde manier berekend als in iteratie 2:

$$\begin{aligned}
 & \frac{\text{BKZ spc A totaal -/- omzet spc A in producten 10 t/m 13}}{\text{omzet spc A in producten 1 t/m 9 (na iteratie 2)}} \\
 = & \frac{1600 \text{ -/- } (180+63+67+132)}{(186 + 117+138+196+32+9+199+160+73)} = 1,043
 \end{aligned}$$

Tenslotte wordt de factor op de resterende honoraria van zorgproducten 1 t/m 9 toegepast.

Bovenstaande uitwerking is van toepassing indien alle specialismen normtijd hebben mogen toekennen aan de zorgproducten. Voor de RZ13A verloopt de berekening in een tweetal iteratieronden. In de 1<sup>e</sup> iteratieronden worden de tarieven van de gedeelde zorgproducten die een niet tarief bepalend specialisme kennen vastgezet. De 2<sup>e</sup>

iteratieronde is een herhaling van de eerste iteratieronde maar dan voor de overige producten. In de eerder vastgestelde iteratievolgorde worden de tarieven van de overige gedeelde zorgproducten en losdeclarabele zorgactiviteiten in een bepaalde volgorde vastgezet (zie 6.3).