

## **Bijlage 8 bij beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'**

In artikel 18 van de beleidsregel zijn de uitgangspunten van het integrale tarief van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten toegelicht. Hierin is aangegeven dat in deze bijlage 8 de totstandkoming van dit tarief wordt toegelicht. In deze toelichting maken we onderscheid tussen de berekening van het kostendeel en het honorariumdeel.

### **1. Totstandkoming kostentarieven 2014 (ten behoeve van berekening integraal tarief)**

#### **1.1 Productprijsberekening volgens NZa kostprijsmodel**

De NZa heeft op 3 april 2012 besloten om het NZa-kostprijsmodel voor medisch specialistische zorg vast te stellen inclusief bijbehorende regelgeving.<sup>1</sup> Op basis hiervan zijn algemene ziekenhuizen en UMC's verplicht om kostprijzen aan te leveren. Deze kostprijsinformatie vormt de basis voor herijking van de kostendelen van tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment.

Door de kostprijzen toe te rekenen op productniveau, en de landelijke limitatieve zorgactiviteitentabel los te laten als verplichte kostendrager, bestaat de mogelijkheid voor zorgaanbieders om kosten toe te rekenen naar eigen kostendragers die gebaseerd zijn op de werkelijke bedrijfsvoering. In de productprijsberekening op basis van het NZa-kostprijsmodel wordt voor alle kostencategorieën uitgegaan van de werkelijke kosten (ook voor kapitaallasten).

In de nieuwe kostprijsberekening is de representativiteit<sup>2</sup> vergroot door het aanleveren van kostprijzen verplicht te stellen voor alle ziekenhuizen (algemene ziekenhuizen en UMC's).

#### **1.2 Representativiteit**

Op basis van de nadere regeling 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' zijn instellingen (algemene ziekenhuizen en UMC's) verplicht om de kostprijsinformatie over het gereguleerde segment aan te leveren, inclusief een assurancerapport of een rapport van bevindingen van de externe accountant.

#### **1.3 Accountantscontrole**

Op voorhand worden geen instellingen buiten de berekening gehouden. Echter wanneer uit het Assurance rapport of het rapport van bevindingen blijkt dat onvoldoende is gewaarborgd dat de kostprijsinformatie goed tot stand is gekomen, sluit de NZa de betreffende instellingen alsnog uit. De rapporten zijn door de NZa met dit doel beoordeeld (kwalitatief). Aan de accountants is gevraagd op een achttal onderwerpen/criteria hun bevindingen te geven. Dit zijn op hoofdlijnen de volgende criteria:

1. Aansluiting op jaarrekening 2012;
2. Aansluiting op de financiële administratie;

<sup>1</sup> Zie beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' op de website van de NZa.

<sup>2</sup> In het rapport 'Beoordeling DOT-pakket 2014 (RZ14a)' is toegelicht hoeveel instellingen zijn meegenomen in de totstandkoming van de tarieven voor het jaar 2014.

3. Adequate toelichting op uitgangspunten en veronderstellingen;
4. Consequente toepassing van de uitgangspunten en veronderstellingen;
5. Aansluiting productiegegevens op primaire registratiesystemen;
6. Relevante toelichting op omzetverantwoording en deelverantwoordingen;
7. Aanwezigheid van in opzet interne beheersmaatregelen;
8. Toepassing van plausibiliteitstoets van de berekende kostprijzen.

Kenmerk

Pagina  
2 van 17

#### 1.4 Methodiek productprijsberekening

Bij de berekening van de productprijzen volgens het NZa-kostprijsmodel neemt de NZa de mediaan van de aangeleverde kostprijzen per zorgproduct als uitgangspunt. Soms is dit echter niet mogelijk. Deze situaties zijn gedefinieerd en dit heeft geresulteerd in een beslisboom die de basis vormt voor de berekende productprijzen in het gereguleerde segment.

##### *Stap 1 – Op voorhand uitgesloten producten in het model*

Er zijn een aantal productgroepen waarvan wel kostprijsinformatie is aangeleverd, maar die niet meegenomen worden in het NZa-kostprijsmodel. Doorgaans geldt hier een ander tariefbeleid (bijv. lijstprijzen). Daarnaast sluit de NZa een aantal productgroepen uit, waarvoor in de eerstelijns of in de Care (AWBZ) tarieven worden bepaald. Het betreft bepaalde categorieën Overige Zorgproducten (onder andere paramedische zorg en dure geneesmiddelen) en de DBC-zorgproducten voor revalidatiezorg en Complex Chronisch Longfalen.

##### *Stap 2 – Is de productstructuur fundamenteel gewijzigd*

Het model wordt niet toegepast op prestaties die fundamenteel inhoudelijk zijn gewijzigd tijdens of na het jaar waarop de kostprijsinformatie ziet. Bijvoorbeeld: De kostprijzen over 2012 voor DBC-zorgproducten die na 2012 productstructuurveranderingen hebben ondergaan, worden niet meegenomen in de tariefberekening. Voor deze producten maakt de NZa gebruik van een terugvaloptie.

##### *Stap 3 – Zijn er kostprijzen beschikbaar*

Per product is onderzocht in hoeverre er van dat betreffende product kostprijsinformatie is aangeleverd. Voor een product waarvan geen kostprijsinformatie beschikbaar is, maakt de NZa gebruik van de terugvaloptie en is het NZa-kostprijsmodel niet van toepassing.

##### *Stap 4 – Significante wijzigingen van het profiel*

In stap 2 wordt onderzocht in hoeverre prestaties inhoudelijk gewijzigd zijn na 2012. Er kunnen echter ook prestaties inhoudelijke gewijzigd zijn zonder dat de betreffende prestatiebeschrijvingen anders zijn geworden. Dit kan aan de orde zijn als de registratieregels fundamenteel zijn aangepast. Ook hier past de NZa de terugvaloptie toe.

##### *Stap 5 – Mediaan leidend bij 5 of meer waarnemingen*

Op het moment dat 5 of meer instellingen (waarnemingen) kostprijzen hebben aangeleverd, hanteert de NZa de mediaan in de productprijsberekening. Dit betekent dat de NZa alle beschikbare kostprijzen van het product rangschikt en de middelste waarneming de uiteindelijke productprijs oplevert die de basis vormt voor het kostenbedrag. Wanneer het aantal instellingen wat een kostprijs aanlevert beperkt is kan dit bij een grote spreiding in kostprijzen mogelijk tot onevenredige verschuivingen leiden wanneer de mediaan wordt toegepast.

*Stap 6 – Minder dan 5 waarnemingen, spreiding beperkt*

Het kan zijn dat er van een product wel kostprijzen zijn aangeleverd, maar dat dit minder dan 5 instellingen betreft. Voor deze producten wordt niet onverkort de mediaan gehanteerd, omdat een individuele uitbijter of extreme waarneming dan veel invloed kan hebben op de uiteindelijke productprijs. In deze gevallen analyseert de NZa of de aangeleverde instellingen een grote onderlinge spreiding kennen. Hiervoor berekent de NZa de CV-waarde per product. Op het moment dat de CV-waarde kleiner is dan 0.5 betekent dit dat de onderlinge spreiding beperkt is. In deze gevallen hanteert de NZa alsnog de mediaan, conform stap 5.

*Stap 7 – Minder dan 5 waarnemingen, spreiding groter*

Een CV-waarde groter dan 0.5 duidt erop dat de beperkte set met waarnemingen grote onderlinge spreiding vertoont. Om te voorkomen dat de kostprijs van een instelling met weinig productievolume een grote invloed heeft, berekent de NZa in dat geval een gewogen gemiddelde productprijs. Dit heeft als voordeel dat een foutieve aanlevering of registratieve fout een verwaarloosbaar effect heeft op de kostprijs.

De DBC-zorgproducten en overige zorgproducten binnen het gereguleerde segment zijn over de verschillende bovengenoemde stappen verdeeld.<sup>3</sup>

## **1.5** Productprijsberekening DBC-zorgproducten en overige zorgproducten terugvaloptie

Bij prestaties die in de beslisboom behoren tot stap 1 tot en met 4 wordt het NZa-kostprijsmodel niet toegepast. In dat geval past de NZa de terugvaloptie toe. Deze terugvaloptie betekent toepassing van de oude systematiek van productprijsberekening.

De productprijzen van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment waar het NZa-kostprijsmodel niet is toegepast, zijn als volgt berekend:

1. Kostprijsinformatie op het niveau van kostendragers (zorgactiviteiten) wordt berekend op basis van door de NZa vastgestelde calculatieprincipes en gecontroleerd middels een audit;
2. De kostprijzen worden aangeleverd aan DBC-Onderhoud, het privaatrechtelijk onderhoudsorgaan, door een referentiegroep van zorgaanbieders uit diverse instellingscategorieën;
3. De gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit worden door DBC-Onderhoud berekend;
4. Bij geen of onvoldoende kostprijsgegevens van zorgactiviteiten worden expertkostprijzen van zorgactiviteiten berekend;
5. De aangeleverde DIS-gegevens worden bewerkt en gecontroleerd. Dit gebeurt door in vijf stappen de data te bewerken, te weten: periodeselectie, schoning, representativiteitstoets, transformatie en simulatie;
6. De gemiddelde profielen per DBC-zorgproduct worden vastgesteld;
7. De kostprijzen en profielgegevens worden samengevoegd tot een productprijs;
8. Indien er minder dan vijf productprofielen aanwezig zijn, is sprake van een expertproduct en wordt er een experttarief berekend;
9. De NZa kan ook om andere reden besluiten een experttarief toe te passen, echter is er dan geen sprake van een expertproduct.

<sup>3</sup> In het rapport 'Beoordeling DOT-pakket 2014 (RZ14a)' is toegelicht welke DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in de genoemde stappen van de beslisboom vallen..

10. Het hele tariefberekenningsproces wordt geauditteerd door de accountant.

Kenmerk

**1.5.1** Kostprijzen zorgactiviteiten ten behoeve van terugvaloptie  
Zorgactiviteiten zijn gehanteerd als kostendrager door de referentiegroep instellingen die kostprijzen heeft berekend op basis van door de NZa vastgestelde calculatieprincipes en beoordeeld op juistheid middels een audit.

Pagina  
4 van 17

Op basis van aanleveringen van een referentiegroep van twintig algemene ziekenhuizen is van de zorgactiviteiten een gewogen gemiddelde kostprijs bepaald. Voor zorgactiviteiten waar geen waarnemingen van zijn uit deze referentiegroep instellingen, zijn kostprijzen van twee universitair medische centra (UMC's) gehanteerd. Bij de zorgactiviteiten waar na deze aanvulling nog geen kostprijs van aanwezig was, wordt gebruik gemaakt van een expertmethode. Afhankelijk van het type zorgactiviteit is één van de volgende methodieken toegepast:

- bepalen van een donor zorgactiviteit waarvan de kostprijs kan worden overgenomen;
- het overnemen van de (door de referentiegroep algemene ziekenhuizen berekende) kostprijs van een eerder boekjaar;
- het hanteren van een frequentie van gewogen gemiddelde kostprijs van de zorgprofielklasse (ZPK) en daarbinnen SubZPK waartoe de zorgactiviteit behoort;
- het hanteren van een frequentie gewogen gemiddelde kostprijs van de ZPK waartoe de zorgactiviteit behoort.

**1.5.2** DBC-zorgproductprofielen ten behoeve van terugvaloptie  
Voor de terugvaloptie is gebruik gemaakt van de DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 20 dataset en de DIS ronde 21 dataset.

De DIS Ronde 20 dataset is gebaseerd op DIS gegevens van afgesloten DBC-trajecten over de periode januari 2007 t/m oktober 2010. De Ronde 20 dataset bevat DIS gegevens die zijn aangeleverd door alle ziekenhuizen (UMC's, algemene en topklinische ziekenhuizen) en zorgaanbieders uit de andere categorieën instellingen zoals de categorale sectoren.

Van de DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 21 dataset is gebruik gemaakt bij het berekenen van de kostentarieven van DBC-zorgproducten uit de zorgproductgroepen klinische genetica, WBMV-zenuwstelsel, infertiliteit, cardiothoracale chirurgie, neonatologie, revalidatiegeneeskunde, kindergeneeskunde en kinderoncologie. Deze dataset is gebaseerd op DIS gegevens van afgesloten DBC-trajecten in 2010. De Ronde 21 dataset bevat DIS gegevens die zijn aangeleverd door alle ziekenhuizen (UMC's, algemene en topklinische ziekenhuizen) en zorgaanbieders uit de andere categorieën instellingen zoals de categorale sectoren.

Voor de productberekening zijn uit zowel de DIS Ronde 20 als DIS Ronde 21 dataset de profielen meegenomen van de volgende instellingscategorieën:

1. algemene ziekenhuizen;
2. topklinische ziekenhuizen;
3. UMC's;
4. epilepsiecentra;
5. revalidatiecentra;
6. audiologische centra;

7. radiotherapeutische centra.  
 8. Instellingen geriatrische revalidatiezorg  
 Van de overige instellingen uit het DIS, zoals de zelfstandige behandelcentra, zijn de profielen niet gebruikt voor de productprijsberekening.

Kenmerk

Pagina  
5 van 17

### **1.5.3** Kostprijzen DBC-zorgproducten categorale sectoren (revalidatie, epilepsie, audiologie, radiotherapie en geriatrische revalidatie)

Voor de categorale sectoren epilepsie, revalidatie, audiologie, radiotherapie en geriatrische revalidatie zijn specifieke zorgactiviteiten (kostendragers) beschikbaar. Voor de DBC-zorgproducten van deze specifieke categorale sectoren zijn de volgende kostprijzen gehanteerd:

1. DBC-zorgproducten revalidatie:  
 Vijftien van de 23 revalidatiecentra hebben kostprijzen op prijspeil 2009 aangeleverd. Van deze vijftien centra zijn er drie centra uiteindelijk niet meegenomen vanwege onvolkomenheden in de data.
2. DBC-zorgproducten radiotherapie:  
 Alle zes de radiotherapeutische centra en drie algemene ziekenhuizen (die alleen een deelaanlevering hebben gedaan van radiotherapie) hebben kostprijzen 2009 aangeleverd.
3. DBC-zorgproducten audiologie:  
 Elf van de dertien audiologische centra hebben kostprijzen 2008 aangeleverd.
4. DBC-zorgproducten epilepsie:  
 Beide epilepsie centra hebben kostprijzen 2009 aangeleverd.
5. DBC-zorgproducten geriatrische revalidatiezorg:  
 29 zorgaanbieders voor geriatrische revalidatiezorg hebben kostprijzen 2010 aangeleverd.

### **1.5.4** Kostprijzen DBC-zorgproducten Long/Astma

De kostprijzen voor de DBC-zorgproducten van de long/astma centra zijn tot stand gekomen op basis van kostprijsaanlevering door de zes derdelijns long/astma centra.

### **1.5.5** Kostprijzen DBC-zorgproducten expertproducten

Er is sprake van een expertproduct als er in de DIS-data minder dan vijf productprofielen aanwezig zijn van een DBC-zorgproduct. Voor de expertproducten binnen het gereguleerde segment wordt een experttarief berekend anders dan op basis van het gemiddelde profiel uit DIS. De NZa kan ook om andere reden besluiten een experttarief toe te passen, echter is er dan geen sprake van een expertproduct. Voor expertproducten in het vrije segment geldt een vrij kostenbedrag.

### **1.5.6** Kostprijzen DBC-zorgproducten topreferente kindergeneeskunde

Voor de kostdelen van de DBC-zorgproducten topreferente kindergeneeskunde (zorgproductgroepen 990116, 990216, 990316, 990416, 990516, 990616, 990716, 990816, 990916, 991016, 991116, 991216, 991316, 991416 en 991516) heeft de NZa gebruik gemaakt van de gemiddelde kostprijs van een verpleegdag, dagverpleging en consult uit de UMC's. Deze kostprijzen zijn verwerkt in de DBC-zorgproducten in plaats van de gemiddelde kostprijs van een verpleegdag, dagverpleging en consult uit de referentiegroep. Dit heeft geresulteerd in aangepaste kostenbedragen voor topreferente kindergeneeskunde.

### **1.5.7** Experttarieven DBC-zorgproducten topreferente kinderoncologie

De kostentarieven van de DBC-zorgproducten topreferente kinderoncologie (990116005, 990116009, 990116010, 990116014, 990116015, 990116016, 990116019, 990116020, 990116022,

990116023, 990116025, 990116027 en 990116029) zijn vastgesteld als experttarief op basis van een separaat kostprijsonderzoek van het Institute of Medical Technology Assessment (iMTA).

Kenmerk

Pagina

6 van 17

#### **1.5.8** Kostprijzen DBC-zorgproducten neurochirurgie en cardiochirurgie

Voor het berekenen van de kostentarieven van DBC-zorgproducten neurochirurgie (zorgproductgroep 972802) en cardiochirurgie (zorgproductgroep 979001) is een nieuwe referentiegroep samengesteld, die kostprijzen heeft aangeleverd op basis van boekjaar 2010. Deze referentiegroep bestaat uit een meer representatieve vertegenwoordiging van de centra die bijzondere neurochirurgie en cardiothoracale zorg leveren. Deze kostprijzen zijn verwerkt in de DBC-zorgproducten in plaats van de kostprijzen uit de referentiegroep. Dit heeft geresulteerd in aangepaste kostenbedragen voor neurochirurgie en cardiochirurgie.

#### **1.5.9** Experttarieven DBC-zorgproducten kinderdialyse

De kostentarieven van de DBC-zorgproducten kinderdialyse (990016020, 990016041, 990016053, 990016042, 990016054, 990016072, 990016043, 990016055, 990016074, 990016095, 990016096, 990016108 en 990016109) zijn vastgesteld als experttarief op basis van een separaat kostprijsonderzoek van de sectie kindernefrologie van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK).

#### **1.5.10** Kapitaallasten in terugvaloptie

Aan de productprijzen berekend volgens de terugvaloptie wordt een standaard kapitaallastenpercentage toegepast.

#### **1.5.11** Medisch specialistische zorg

Aan de productprijzen berekend volgens de terugvaloptie is het standaard kapitaallastenpercentage toegevoegd. In tabel 1 is het gehanteerde percentage weergegeven.

Tabel 1. Overzicht kapitaallastenpercentage

Naam	Index
Kapitaallasten	1,08695652

#### **1.5.12** Geriatrische revalidatiezorg

Voor de geriatrische revalidatiezorg is een gedifferentieerde opslag voor kapitaallasten in de tarieven opgenomen. De kapitaallasten opslag voor de dagbehandeling en het polikliniekbezoek betreft een opslag per uur berekend aan de hand van het gemiddelde zorgprofiel. De kapitaallastenopslag voor de verpleegdagen en afwezigheidsdagen betreft de normatieve huisvestingscomponent (NHC) per dag. Deze is ook berekend op basis van het gemiddelde profiel. De NHC wordt voor bestaande zorgaanbieders<sup>4</sup> gefaseerd ingevoerd ingevolge de Beleidsregel Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) bestaande zorgaanbieders. In de DBC-zorgproduct tarieven is de volledige NHC opgenomen en deze wordt ieder jaar met 2,5% geïndexeerd. Gezien de vormgeving van het overgangstraject kan over dit onderdeel van de beleidsregelwaarde voor bestaande zorgaanbieders niet onderhandeld worden. In tabel 2 wordt aangegeven welk aandeel de NHC heeft in de beleidsregelwaarden, zodat hier in de onderhandelingen rekening mee gehouden kan worden.

<sup>4</sup> Zorgaanbieder die geriatrische revalidatiezorg biedt en die daartoe voor 1 januari 2012 productieafspraken heeft gemaakt met een zorgkantoor.

Tabel 2. NHC kapitaallastenopslag voor geriatrische revalidatiezorg

DBC-zorgproduct code	DBC-zorgproduct omschrijving	Declaratie code	Tarief 2015 (incl. NHC)	Tarief NHC
998418022	Diagnosen CVA   Klin 29-56   Maximaal 39 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E388	€ 11.130,61	€ 1.501,42
998418026	Overige diagnoses   Klin 29-56   Maximaal 27 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E390	€ 10.655,53	€ 1.489,02
998418029	Diagnosen CVA   Klin 15-28   Maximaal 20 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E392	€ 5.680,67	€ 771,72
998418032	Overige diagnoses   Klin 15-28   Maximaal 14 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E394	€ 5.581,07	€ 774,99
998418034	Diagnosen CVA   Klin 1-14   Maximaal 7 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E396	€ 2.315,79	€ 234,82
998418036	Overige diagnoses   Klin 1-14   Maximaal 5 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E397	€ 1.976,91	€ 250,37
998418043	Diagnosen CVA   Klin 57-91   Maximaal 75 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E464	€ 19.288,52	€ 2.623,94
998418045	Diagnosen CVA   Klin 29-56   >84 behandeluren klin/ ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E465	€ 19.086,97	€ 1.826,77
998418046	Diagnosen CVA   Klin 29-56   Tussen 52 en 84 behandeluren klin/ ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E466	€ 13.766,05	€ 1.693,38
998418047	Diagnosen CVA   Klin 29-56   Tussen 39 en 52 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E467	€ 14.156,69	€ 1.613,94
998418048	Diagnosen CVA   Klin 15-28   >58 behandeluren klin/ ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E468	€ 13.928,43	€ 863,88
998418049	Diagnosen CVA   Klin 15-28   Tussen 26 en 58 behandeluren klin/ ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E469	€ 10.294,33	€ 860,66
998418050	Diagnosen CVA   Klin 15-28   Tussen 20 en 26 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E470	€ 6.927,35	€ 807,85
998418051	Diagnosen CVA   Klin 1-14   >45 behandeluren	14E471	€ 10.310,51	€ 375,60

	klin/ ambulant   Geriatrische revalidatiezorg				Kenmerk
998418052	Diagnosen CVA   Klin 1-14   Tussen 13 en 45 behandeluren klin/ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E472	€ 6.721,58	€ 406,68	Pagina 8 van 17
998418053	Diagnosen CVA   Klin 1-14   Tussen 7 en 13 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E473	€ 3.017,72	€ 341,75	
998418060	Overige diagnoses   Klin 57-91   Maximaal 52 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E479	€ 18.560,79	€ 2.646,75	
998418062	Overige diagnoses   Klin 29-56   >59 behandeluren klin/ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E480	€ 17.531,18	€ 1.769,12	
998418063	Overige diagnoses   Klin 29-56   Tussen 36 en 59 behandeluren klin/ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E481	€ 15.294,12	€ 1.676,17	
998418064	Overige diagnoses   Klin 29-56   Tussen 27 en 36 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E482	€ 12.372,78	€ 1.652,90	
998418065	Overige diagnoses   Klin 15-28   >41 behandeluren klin/ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E483	€ 9.560,75	€ 872,82	
998418066	Overige diagnoses   Klin 15-28   Tussen 18 en 41 behandeluren klin/ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E484	€ 9.166,74	€ 878,87	
998418067	Overige diagnoses   Klin 15-28   Tussen 14 en 18 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E485	€ 6.561,18	€ 852,92	
998418068	Overige diagnoses   Klin 1-14   >32 behandeluren klin/ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E486	€ 7.193,75	€ 402,43	
998418069	Overige diagnoses   Klin 1-14   Tussen 9 en 32 behandeluren klin/ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E487	€ 5.704,22	€ 424,08	
998418070	Overige diagnoses   Klin 1-14   Tussen 5 en 9 behandeluren   Geriatrische revalidatiezorg	14E488	€ 2.860,12	€ 368,19	
998418071	Diagnosen CVA   Klin >=92   Geriatrische revalidatiezorg	14E518	€ 31.811,19	€ 4.299,79	
998418072	Diagnosen CVA   Klin 57-91   >75 behandeluren klin/ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E519	€ 24.020,12	€ 2.859,02	



998418073	Overige diagnoses   Klin >=92   Geriatrische revalidatiezorg	14E520	€ 29.795,60	€ 4.215,42	Kenmerk Pagina 9 van 17
998418074	Overige diagnoses   Klin 57-91   >52 behandeluren klin/ ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E521	€ 22.599,59	€ 2.843,57	
998418075	Diagnosen CVA   >32 behandeluren ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E522	€ 5.375,27	€ 0,00	
998418076	Diagnosen CVA   6 tot maximaal 32 behandeluren ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E523	€ 2.130,71	€ 0,00	
998418077	Diagnosen CVA   Maximaal 5 behandeluren ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E524	€ 338,96	€ 0,00	
998418079	Overige diagnoses   >23 behandeluren ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E525	€ 4.552,68	€ 0,00	
998418080	Overige diagnoses   5 tot maximaal 23 behandeluren ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E526	€ 1.822,99	€ 0,00	
998418081	Overige diagnoses   Maximaal 4 behandeluren ambulant   Geriatrische revalidatiezorg	14E527	€ 264,54	€ 0,00	

### 1.6 Kostenbedragen add-ons Intensive Care

De basis voor de kostentarieven van de add-ons Intensive Care zijn kostprijsgegevens 2009 van 38 ziekenhuizen, ingedeeld in kostensoorten. Omdat deze prestaties per 2014 worden aangepast wordt het NZa-kostprijsmodel niet toegepast, maar wordt gebruik gemaakt van het reeds eerder uitgevoerde onderzoek.

Tabel 3. IC behandel dag add-ons Intensive Care

Prestatie	Aantal instellingen in referentiegroep 2006	Aantal instellingen in referentiegroep 2009
IC-dag licht	4	9
IC-dag middel	5	9
IC-dag zwaar	12	20

De kostprijzen zijn vervolgens berekend door de totale kosten van de IC te delen door de productie eenheden van de IC. Hierbij is een frequentie gewogen normatieve kostprijs verhouding ingerekend voor de behandel dag, opnametoeslag, beademingstoeslag en dialysetoeslag van respectievelijk 20 : 5 : 4 : 3.

Bovendien is de productie genormeerd naar een bezettingsgraad van 80%. De bezettingsgraad van de IC bestaat uit:  
 Bezettingsgraad = Aantal IC-behandel dagen / (Aantal beschikbare bedden \* 365)

Dit betekent dat voor een ziekenhuis met bezettingsgraad x de gehele productie is gecorrigeerd met de factor (% / x). Bij een ziekenhuis met een bezettingsgraad van onder de 80% resulteert dat in een hogere productie en daarmee een lagere kostprijs. Evenzo leidt omgekeerd de

normering voor een ziekenhuis met een bezettingsgraad van boven de 80% tot een productieverlaging en daarmee een hogere kostprijs. Bij het normeren is er met een maximum bezettingsgraad van 100% gerekend.

Kenmerk

Pagina

10 van 17

De norm van 80% is gebaseerd op de CBO Richtlijn 2006.<sup>5</sup>

### **1.7** Kostenbedragen add-ons MICU transport

De kostentarieven van prestaties voor Mobile Intensive Care Unit (MICU) transport (190132, 190133) zijn aangepast op basis van een separaat kostprijsonderzoek bij 5 MICU-centra. Deze herijking vloeit voort uit de aanpassing van de kostentarieven van de overige add-ons IC per 2012.

### **1.8** Kostenbedragen add-ons dure en weesgeneesmiddelen

De kostenbedragen zijn gebaseerd op de lijstprijs per milligram (mg), per megabecquerel (MBq) of per unit (E) per toedieningsvorm. Dit betekent dat de NZa de lijstprijs omrekent naar de prijs per mg, per MBq of per E per toedieningsvorm. De NZa stelt één keer per jaar het maximumtarief vast op basis van de lijstprijzen. De ijkdatum voor de tarieven van jaar t is de lijstprijs (apotheek inkoopprijs, AIP) van 1 april van jaar t-1. De add-on maximumtarieven zijn inclusief 6% BTW.

De kostenbedragen van dure en weesgeneesmiddelen worden gebaseerd op de lijstprijs per milligram of per unit van de goedkoopste aanbieder en omgerekend vanuit de goedkoopste verpakkingseenheid.

### **1.9** Kostenbedragen logopedie

Voor de kostenbedragen logopedie wordt verwezen naar de beleidsregel Logopedie.

### **1.10** Kostenbedragen prenatale screening

Voor de kostenbedragen prenatale screening wordt verwezen naar de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek.

### **1.11** Kostenbedragen stollingsfactoren

De tarieven van de stollingsfactoren zijn gebaseerd op de lijstprijzen per verpakkingseenheid. De maximumtarieven worden één keer per jaar vastgesteld op basis van de lijstprijzen.

De ijkdatum voor de tarieven van jaar t is de lijstprijs (apotheek inkoopprijs, AIP) van 1 april van jaar t-1.

### **1.12** Kostenbedragen MRI

Voor de prestaties MRI (81093, 82490, 83190, 83290, 83390, 84090, 85090, 87090, 88090, 89090) zijn naast de kostprijzen uit ziekenhuizen ook de kostprijzen van vijf zelfstandige behandelcentra betrokken in de tariefberekening.

### **1.13** Kostenbedragen prenatale diagnostiek

Voor de prestaties prenatale diagnostiek is in de tariefberekening alleen gerekend met instellingen die een WBMV-vergunning hebben voor deze zorg. Dit heeft voor 3 prestaties tot een hoger tarief geleid (191114, 191117, 191118).

---

<sup>5</sup> CBO-richtlijn Intensive Care 2006, p13 – 17.

**1.14** Trendmatige aanpassing

Kenmerk

Pagina  
11 van 17

De kostenbedragen van de DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. De trendmatige aanpassing voor jaar t wordt gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de nacalculatie op de indices jaar t-1. De index wordt berekend als het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten.

De in de kostenbedragen begrepen loonkosten worden aangepast op basis van de door de Minister van VWS aangegeven overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA).

De aanpassing van de materiële kosten in jaar t wordt gebaseerd op gegevens uit de tabel 'middelen en bestedingen' van het Centraal Economisch Plan (CEP).

<i>Calculatieschema</i>	
A.) Eindcalculatie jaar t:	
	$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t}}{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t-1}} - 1$
B.) Structurele doorwerking afwijking jaar t-1:	
	$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t-1 in prijzen t-1}}{(\text{particuliere consumptie jaar t-1 in prijzen t-2}) \times (1 + \text{eindcalculatie t-1})} - 1$
C.) Totale aanpassing jaar t:	$[(1+A) \times (1+B)] - 1.$

Tabel 4. Overzicht prijsindex

Naam	Index
Prijsindex 2010	1,0156
Prijsindex 2011	1,014
Prijsindex 2012	1,0316
Prijsindex 2013	1,0193
Prijsindex 2014	1,0314
Prijsindex 2015	1,0115

Uitzonderingen hierop vormen de kostenbedragen van de overige zorgproducten voor:

- Add-ons dure en weesgeneesmiddelen
- Stollingsfactoren
- Prenatale screening
- Logopedie
- Scen-consultatie
- Verpleging in thuissituatie
- Bijzondere tandheelkunde

Voor de afronding van de tarieven wordt verwezen naar de beleidsregel 'afronding tarieven'.

Behoudens een aantal uitzonderingen, behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment.<sup>6</sup>

## **2. Totstandkoming honorariumtarieven 2014 (ten behoeve van berekening integraal tarief)**

### 2.1 Maximumtarief in het vrije segment

Voor de honorariumbedragen gelden met ingang van 1 januari 2012 maximumtarieven in zowel het gereguleerde als het vrije segment.

### 2.2 Integrale tarieven

Een groot deel van de zorgproducten van (geriatische) revalidatiezorg, klinische genetica, audiologie en zenuw- en zielsziekten hebben alleen een kostenbedrag (integrale tarieven). Voor deze zorgproducten zijn geen aparte honorariumbedragen berekend.

### 2.3 Algemene uitgangspunten honorariumberekening

De honorariumbedragen worden vastgesteld op basis van de macro beschikbare budgettaire middelen. Het Budgettaire Kader Zorg voor vrijgevestigde medisch specialisten (hierna: BKZ MS) is leidend voor de berekening van de honorariumbedragen per zorgproduct.

Producten die alleen door specialisten in dienstverband worden verricht, worden op dezelfde wijze van een honorariumbedrag voorzien als de honorariumbedragen die ook door vrijgevestigde specialisten worden verricht.

Bijstelling van honorariumbedragen van zorgproducten vindt op een zodanige wijze plaats, dat de onderlinge verhouding van honorariumbedragen adequaat de verhoudingen in werklust tussen zorgproducten weerspiegelen.

Honorariumtarieven worden berekend op het niveau van declaratiecodes. Elk zorgproduct en elke los declarabele zorgactiviteit dient één poorthonorarium te krijgen. Binnen een DBC-zorgproduct van een poortspecialisme dient de productie van een ondersteunend specialisme een apart honorariumbedrag te krijgen.

### 2.4 Wijze van berekening honorariumbedragen DBC-zorgproducten

Het honorariumdeel van landelijke productprijzen wordt berekend door de beschikbare middelen in het BKZ MS te verdelen over de verschillende specialismen. Vervolgens wordt het totale BKZ bedrag per specialisme verdeeld over de DBC-zorgproducten per specialisme, gebruik makend van de verdeelsleutels uit het normtijdentraject.

De berekening van de honorariumbedragen per zorgproduct is onderstaand schematisch weergegeven. De verschillende berekeningsstappen worden in de volgende artikelen op hoofdlijnen beschreven.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Met uitzondering van de overige zorgproducten 'extramuraal dieetadviesing', 'fysiotherapie' en 'oefentherapie'.

<sup>7</sup> Voor een meer uitvoerige en technische toelichting op de gehanteerde methodiek wordt verwezen naar het document 'Toelichting op de honorariumberekening DBC-zorgproducten 2013'.



Figuur 1: Schematische weergave berekening tarieven (stap 1 t/m 4)

### 2.4.1 Bepaling BKZ bedrag per specialisme (stap 1)

#### *Budgettair Kader Zorg (BKZ)*

Het uitgangspunt bij de berekening van de honorariumbedragen is dat vaststelling plaatsvindt binnen de kaders van het BKZ MS. Het BKZ MS heeft alleen betrekking op medisch specialistische zorg geleverd door vrijgevestigde medisch specialisten.

Het BKZ MS is vastgesteld als kader voor het jaar waar de tariefberekening betrekking op heeft. In de tariefberekening wordt het budgettair kader vergeleken met de historische productiedata. De toegestane volumegroei in de tussenliggende jaren dient in de tariefberekening in mindering gebracht te worden door de groei ruimte van het budgettair kader af te schalen.

#### *Toedeling BKZ naar specialismen*

Voor de bepaling van het BKZ bedrag per medisch specialisme wordt gebruik gemaakt van aantallen FTE (Full Time Equivalent) per specialisme.

Voor het specialisme consultatieve psychiatrie is wegens het gebrek aan data over het beschikbare budget een andere methodiek gehanteerd ten aanzien van de totstandkoming van het specialisme specifieke budget. Het beschikbare budget voor consultatieve psychiatrie wordt gebaseerd op de 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.

In de tariefberekening wordt een subset van het totale productiedataset meegenomen, namelijk de productie van instellingen waarvan de beschikbare data van voldoende kwaliteit is. De BKZ bedragen per specialisme dienen daarom afgestemd te worden op de instellingen die in het productiebestand zijn opgenomen. Deze correctie op het BKZ per specialisme vindt plaats met behulp van een BKZ bedrag per FTE.

In de hoogte van de BKZ bedragen per specialisme dient uitsluitend voor uitval gecorrigeerd te worden indien aannemelijk is dat de betreffende uitvallende zorgproducten niet tot declaratie kunnen leiden.

Kenmerk

Pagina

14 van 17

#### **2.4.2 Bepaling productiedataset (stap 2)**

De gebruikte productiedataset is data die in het DIS wordt geregistreerd. De geschoonde en landelijke representatieve DIS-data is opgeschaald en aangevuld met gedeclareerde productie uit de IZIZ bestanden van zorgverzekeraars. De productie van expertproducten wordt niet meegenomen in de rondrekening met het BKZ MS.

De productie van ondersteunende specialismen wordt opgeschaald met behulp van de meest actuele en beschikbare ondersteunerscompensatiefactor zoals deze berekend is uit de gegevensvraag van het Ziekenhuis Informatiesysteem (ZIS).

Per vakgroep is inzichtelijk welk deel van de omzet door vrijgevestigde specialisten is uitgevoerd. Op basis van deze verhouding wordt bepaald welk deel van de productie door vrijgevestigde specialisten wordt uitgevoerd en daardoor meegenomen wordt in de tariefberekening.

#### **2.4.3 Verdeelsleutels (stap 3)**

##### *Relatieve waardering*

Normtijden dienen, in de vorm van verdeelsleutels, de onderlinge verhouding in werklust tussen de producten te weerspiegelen. Wetenschappelijke verenigingen worden in de gelegenheid gesteld alle zorgactiviteiten, zorgproducten, expertproducten en overige zorgproducten te normeren.

De normtijden van de ondersteunende specialismen zijn per specialisme via het zorgproductprofiel opgeteld tot een zorgproductnormtijd.

##### *Normtijdentool*

De normtijdentabel is het uitgangspunt in het berekenen van de verdeelsleutels. De normtijden worden ongewijzigd verwerkt tot deze verdeelsleutels. De specialismen die horen bij de grootste uitvoerders normeren een zorgproduct.

Zorgproducten worden in principe ontclusterd aangeboden in het normtijdentool. Op verzoek van wetenschappelijke verenigingen kunnen vanwege medisch inhoudelijke redenen zorgproducten geclusterd worden. Deze clustering zorgt ervoor dat zorgproducten na de BKZ-uitlijning hetzelfde honorariumbedrag krijgen. Voorwaarde is wel dat wetenschappelijke verenigingen onderling akkoord zijn dat een product clustering verdient. Voor de optimale vrijheid in het declaratieverkeer worden de zorgproducten na de honorariumberekening weer ontclusterd.

#### **2.4.4 Berekenen honorariumtarief per zorgproduct (stap 4)**

##### *Methodiek honorariumbedragen DBC-zorgproducten*

Bovenstaande deelvariabelen leiden gezamenlijk tot een honorariumbedrag per zorgproduct. In de berekening wordt het BKZ bedrag per specialisme verdeeld over de DBC-zorgproducten per

specialisme, op basis van de productieaantallen en de verdeelsleutels uit het normtijdentraject.<sup>8</sup>

Kenmerk

Pagina

15 van 17

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)

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

### Specialisme overstijgende producten

De honorariumbedragen voor specialisme overstijgende producten worden aan elkaar gelijk gesteld. Dit betekent dat voor producten die door meerdere specialismen geproduceerd worden eenzelfde honorariumbedrag van toepassing is.

### Trendmatige aanpassing

De honorariumbedragen van de DBC-zorgproducten worden jaarlijks trendmatig aangepast met de dan geldende loon- en prijsbijstelling. Deze wordt berekend door de jaarlijkse cumulatieve verhoging voor loon- en prijsbijstellingen van het macrobudget voor de vrijgevestigd medisch specialisten ambtshalve te verwerken in de honorariumbedragen.

## 2.5 Honorariumbedragen overige zorgproducten

De honorariumbedragen ten aanzien van de overige zorgproducten worden op identieke wijze als de DBC-zorgproducten bepaald, dit voor zover een separaat honorariumcomponent deel uit maakt van het product.

Voor de prestaties rijbewijskeuringen (119027 t/m 119030) geldt een maximumtarief. Het tarief is consistent met de andere prestaties en tarieven voor rijbewijskeuringen die gelden in de curatieve zorg en is daarvan afgeleid.

Het tarief van de rijbewijskeuring is een integraal tarief (ook al is het technisch gezien als honorariumcomponent geduid). De andere tarieven in de curatieve zorg zijn namelijk ook integraal en kennen geen onderscheid in kosten en honorarium. Alle onderzoeken/verrichtingen die worden uitgevoerd in het kader van de rijbewijskeuring, vallen binnen die prestatie.

Er mag dus geen ander zorgproduct in rekening worden gebracht wanneer in het kader van de rijbewijskeuring een onderzoek/verrichting wordt uitgevoerd.

## 2.6 Ondersteunende specialismen in het vrije segment

In het B-segment dienen zowel de honorariumcomponenten voor ondersteunende specialismen, als componenten van het te declareren

<sup>8</sup> Voor een complete toelichting op het normtijdentraject, zie het "Verantwoordingsdocument normtijdentraject RZ13a" van DBC-Onderhoud.

DBC-bedrag, op lokaal niveau berekend en uit onderhandeld te worden door de afgesproken profielen af te zetten tegen de vastgestelde maximum honorariumbedragen per zorgactiviteit. De (maximum) honorariumbedragen binnen het vrije segment voor de poortspecialismen stelt de NZa per DBC-zorgproduct vast.

Kenmerk

Pagina  
16 van 17

## 2.7 Honorariumbedragen kaakchirurgie

### 1. Algemene uitgangspunten honorariumberekening

De honorariumbedragen worden vastgesteld op basis van het BKZ. Het vastgestelde BKZ voor mondziekten en kaakchirurgie in het jaar 2014 is leidend voor de berekening van de honorariumbedragen per kaakchirurgische zorgprestatie.

Honorariumbedragen worden berekend op het niveau van zorgprestaties.

### 2. Wijze van berekening honorariumbedragen kaakchirurgie

De honorariumbedragen kaakchirurgie zijn berekend door het BKZ te verdelen over de verschillende kaakchirurgische zorgprestaties, gebruik makend van de productie (aantallen prestaties) en relatieve weging van de prestaties. In artikel 3 tot en met 6 staat het hierbij gehanteerde rekenmodel. Een gedetailleerde berekening van de honorariumbedragen van de kaakchirurgische zorgprestaties is weergegeven in het 'Toelichting op de honorariumberekening kaakchirurgie'.<sup>9</sup>

### 3. Totaal puntenaantal

Als relatieve weging per prestatie worden de toegekende punten per prestatie ten opzichte van het totaal aantal toegekende punten gebruikt in combinatie met het relatieve aantal gedeclareerde prestaties. De punten per prestatie dient de onderlinge verhouding in werklust tussen de prestaties te weerspiegelen.

De totale punten worden berekend door het totaal aantal prestaties te vermenigvuldigen met de punten per prestatie en dit te sommeren over alle prestaties.

Totaal aantal punten =  $\sum$  (aantal declaraties per prestatie \* punten per prestatie)

### 4. Puntwaarde

De puntwaarde van de kaakchirurgische zorgprestaties wordt bepaald door de formule:

$$\text{Puntwaarde} = \frac{\text{BKZ}}{\text{totaal aantal punten}}$$

De structurele puntwaarde van de prestaties niveau jaar 2014 bedraagt € 2,62.

### 5. Honorariumbedrag kaakchirurgie

De hoogte van het maximum honorariumbedrag per zorgprestatie wordt bepaald door de formule:

$$\text{Honorariumbedrag (prestatie } x) = \text{puntwaarde} * \text{punten per prestatie}$$

<sup>9</sup> Zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl)



## 6. Uitzonderingen

Artikel 5 is niet van toepassing op de prestaties 230001, 239022, 239023 en 239024. Deze prestaties niet geïndexeerd met de OVA-percentage.

### 6.1 Vacatiegelden

Het bedrag voor vacatiegelden is in mindering gebracht met het percentage waarmee de puntwaarde van 2014 ten opzichte van 2011 is verminderd.