

Bijlage bij beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg

In hoofdstuk III 'Tarieven' van de beleidsregel zijn de uitgangspunten van het integrale tarief van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten toegelicht. Hierin is aangegeven dat in deze bijlage 1 de totstandkoming van de tarieven wordt toegelicht.

De NZa heeft een kostprijsmodel¹ opgesteld dat instellingen voor medisch specialistische zorg verplicht kostprijzen aan te leveren over het gereguleerde segment. Deze kostprijsinformatie vormt de basis voor herijking van de tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment. In de productprijsberekening op basis van het NZa-kostprijsmodel wordt voor alle kostencategorieën uitgegaan van de werkelijke kosten (ook voor kapitaallasten). Voor de geriatrische revalidatiezorg geldt een separaat kostenonderzoek.²

1.1 Representativiteit

Op basis van de nadere regeling 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' zijn instellingen voor medisch specialistische zorg verplicht om de kostprijsinformatie over het gereguleerde segment aan te leveren, inclusief een assurancerapport of een rapport van bevindingen van de externe accountant. Voor de kostprijsaanlevering over 2013, die verwerkt is in de tarieven in 2016, zijn de categorale instellingen, huisartsenlaboratoria, zelfstandige trombosediensten en ZBC's toegevoegd aan de reikwijdte van de regeling.

1.2 Accountantscontrole

Op voorhand worden geen instellingen buiten de productprijsberekening gehouden. Echter wanneer uit het rapport van bevindingen van de externe accountant 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;
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.

¹ 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.

² Zie beleidsregel 'Kostprijsberekening geriatrische revalidatiezorg' met kenmerk BR/CU-2120 en de regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen geriatrische revalidatiezorg' met kenmerk NR/CU-246 op de website van de NZa.

1.3 Integrale kostprijsberekening

Instellingen hebben kostprijzen over het jaar 2013 aangeleverd. In tegenstelling tot de kostprijsaanlevering over het jaar 2012 zijn instellingen hierbij ook verplicht om de personeelskosten (medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigd medisch specialisten) aan te leveren. Bij het berekenen van de tarieven gaan we dan ook uit van deze integrale kostprijzen.

Kenmerk

BR/CU-2147 bijlage

Pagina

2 van 17

1.4 Geen nieuwe berekening van de doorlooptijdverkorting

Per 1 januari 2015 is de maximale doorlooptijd van DBC zorgproducten verkort van 365 dagen naar 120 dagen. Hiervoor zijn integrale mutatiepercentages berekend en verwerkt in het pakket voor 2015. Deze mutatiepercentages als gevolg van de doorlooptijdverkorting blijven onverkort van toepassing voor de tariefberekening 2016. Er worden geen nieuwe mutatiepercentages berekend. De aangeleverde kostprijzen van instellingen over 2013 zijn gebaseerd op de productstructuur 2013, waarin de maximale doorlooptijd nog 365 dagen was. Op deze kostprijzen worden dus vervolgens de reeds bekende mutatiepercentages 2015 toegepast. Onderstaand wordt op hoofdlijnen de totstandkoming van de doorlooptijdverkorting beschreven, die in de release RZ15a is verwerkt.

1. Aanpassingen in integraal tarief vanwege het verkorten van doorlooptijden

Per 1 januari 2015 is de maximale doorlooptijd van DBC-zorgproducten verkort naar 120 dagen. De tarieven voor 2015 zijn gecorrigeerd voor deze aanpassing in de afsluitregels en wijzigingen in de productstructuur. Voor elk product is een mutatiepercentage berekend. Dit percentage is toegepast op de tarieven 2014 (RZ14c). Per 2016 zijn de mutatiepercentages niet opnieuw berekend.

Deze aanpassing is als volgt berekend:

Stap 1: Selecteren productiedataset

Voor elk DBC-zorgproduct wordt een productiedataset geselecteerd. Hierbij wordt het volgende beslismodel gehanteerd om de volgorde van de datasets te bepalen:

- a) Uitgangspunt is de DIS DOT 2012/2013 (DBC's gesloten in 2012 en 2013). Indien deze dataset 5 of meer subtrajecten voor het DBC-zorgproduct bevat, is deze dataset gebruikt.
 - b) Indien a. niet van toepassing is en indien DIS Ronde 21 dataset (DBC's gesloten in 2010) 5 of meer subtrajecten voor het DBC-zorgproduct bevat, is deze dataset gebruikt.
 - c) Indien a en b niet van toepassing zijn en indien de NFU dataset (gegevens uit de NFU-monitor) 5 of meer subtrajecten voor het DBC-zorgproduct bevat, is deze dataset gebruikt.
- Indien a, b, en c niet van toepassing zijn, bijvoorbeeld omdat de productstructuur van het product inhoudelijk is gewijzigd, vindt een expertbenadering plaats.

Stap 2: Simuleren van dataset volgen simulatieregels 2014 en 2015
In de eerste stap vindt een simulatie plaats van de productiedataset (DIS DOT 2012/2013, DIS Ronde 21 dataset, NFU dataset) in de productstructuur RZ14b (exclusief verkorte doorlooptijden) en in de productstructuur RZ15a (inclusief verkorte doorlooptijden). Dankzij deze simulaties kan per uniek DBC-zorgproduct binnen beide productstructuren bepaald worden welke zorgactiviteiten tot het gemiddelde profiel van het product behoren.

Kenmerk
BR/CU-2147 bijlage
Pagina
3 van 17

Stap 3: Bepalen mutatiepercentages

De mutatiepercentages worden toegepast op de meest recente tarieven 2014 (RZ14c). Omdat voor de berekening van de kostprijs- en honorariumcomponent een aparte aanpak is vereist, worden de mutatiepercentages apart berekend. Deze mutatiepercentages worden vervolgens (gewogen) samengevoegd in het integrale tarief.

Stap 3a. Berekenen prijsmutatiepercentage voor de kostentarieven.
De prijsmutatiepercentages worden berekend door de landelijke profielen 2014 en 2015 met elkaar te vergelijken. Door de zorgactiviteiten in de gemiddelde profielen van 2014 en 2015 te wegen met kostprijzen berekenen we de gemiddelde kostenmutatie. Deze definitieve prijsmutatie is gerelateerd aan het meest actuele basistarief, namelijk de tarieven vastgesteld in de RZ14c. Dit borgt dat tariefontwikkelingen van de DBC-zorgproducten in deze updaterelease ook worden meegenomen in de tarieven per 2015

Stap 3b. Het mutatiepercentage voor de honorariatarieven.
Het mutatiepercentage voor de honoraria bestaat uit twee componenten de ondersteunende specialismen en de poortspecialismen.

Ondersteunende specialismehonoraria

Het mutatiepercentage voor de ondersteunde specialisten wordt berekend conform stap 3a. De ondersteunende activiteiten die in de zorgprofielen voorkomen, zijn genormeerd door de wetenschappelijke verenigingen. Hierdoor is op zorgactiviteitsniveau informatie beschikbaar over de profielen en de normtijden. Voor de tariefberekening is gebruik gemaakt van de normtijden uit de RZ14b release.

Poortspecialismehonorarium

Bij de poortspecialismen zijn de honorariumtarieven op productniveau en niet op zorgactiviteitsniveau genormeerd. De inzet van de poortspecialist bij een DBC-zorgproduct is daarom op een alternatieve wijze bepaald, waarbij een benadering is gehanteerd van de inzet van een medisch specialist bij een zorgactiviteit. Hiervoor wordt gekeken naar de zorgprofielklassen³. Hierbij is de profielwaarde per DBC-zorgproduct opnieuw berekend door de herziene profielen te waarderen tegen kostprijzen van de zorgactiviteiten uit de zorgprofielklassen.

Deze exercitie wordt overigens niet voor alle poorthonoraria toegepast. Er zijn namelijk DBC-zorgproducten die niet significant veranderen door het verkorten van de doorlooptijd. Indien er sprake is van een wijziging van het zorgprofiel van meer dan 5% en tegelijkertijd meer dan 10% van de (sub)trajecten een oorspronkelijke doorlooptijd kent van meer dan 120 dagen, wordt een mutatiepercentage berekend.

³ Activiteiten uit de zorgprofielklassen 1,4, 5 en 6 zijn toe te delen aan de inzet van poortspecialismen. Voor beschouwers worden zorgprofielklassen 1 tot en 6 meegenomen.

Stap 4: Omzetneutraliteit

De berekening van de vermindering van de doorlooptijden wordt budgetneutraal doorgevoerd. Dit betekent dat na stap 3 een rondrekening op zorgproductniveau wordt uitgevoerd. Dit garandeert dat de (historische) omzet binnen een zorgproductgroep gelijk blijft. Het uitlijnpercentage wordt aan de hand van de volgende formule berekend:

$$\text{uitlijnpercentage} = \frac{\sum \text{casemix}_{120} * \text{Tarief}_{RZ14c} * \text{mutatiepercentage}}{\sum \text{casemix}_{365} * \text{Tarief}_{RZ14c}}$$

Kenmerk

BR/CU-2147 bijlage

Pagina

4 van 17

Stap 5: Tarieven

De tarieven in het gereguleerde segment worden berekend door zowel het mutatiepercentage als het uitlijnpercentage toe te passen op de kosten- en honorariumcomponenten van 2014 (RZ14c). Deze worden vervolgens opgeteld en geïndexeerd tot een integraal tarief 2015.

1.5 Breder toepassing kostprijsberekening

Per 1 januari 2013 is een aantal productstructuurwijzigingen doorgevoerd. Hierbij valt te denken aan de kindergeneeskunde, cardiothoracale chirurgie, neurochirurgie, revalidatiegeneeskunde en complex chronisch longfalen. De tarieven in 2015 van deze DBC-zorgproducten zijn niet bepaald op basis van de aangeleverde kostprijzen over 2012, maar we hebben toen gebruik gemaakt van een alternatieve methode. In de release RZ16a worden de tarieven voor deze producten ook berekend op basis van de aangeleverde kostprijzen, aangezien de kostprijzen zijn aangeleverd op basis van de productstructuur 2013. Dit betekent dat het kostprijsmodel breder toegepast kan worden, namelijk op alle producten die sinds 2012 of sinds 2013 ongewijzigd zijn.

1.6 Indexatie bij productstructuurwijzigingen 2014, 2015

De door instellingen aangeleverde kostprijzen over 2013 zijn gebaseerd op de productstructuur 2013. Deze kostprijzen kunnen alleen worden gebruikt als basis voor de maximumtarieven in 2016 indien deze zorgproducten medisch inhoudelijk niet zijn gewijzigd na 2013. Voor zorgproducten die voor het laatst zijn gewijzigd per 2014 of per 2015 worden daarom de huidige tarieven enkel geïndexeerd naar het prijspeil 2016.

1.7 Conversiemethode bij productstructuurwijzigingen 2016

Het enkel indexeren van de tarieven is niet mogelijk voor producten die wijzigen per 2016 als gevolg van wijzigingen in de productstructuur en/of registratieregels. Voor zorgproducten die zijn gewijzigd per 2016 als gevolg van projecten, prestatieaanvragen en wijzigingsverzoeken wordt het maximumtarief berekend met behulp van de conversiemethode. Deze methode is ook gebruikt bij de tariefberekening voor het pakket 2015 om de effecten van de verkorte doorlooptijd naar 120 dagen door te rekenen. De conversiemethode wordt toegepast op alle DBC-zorgproducten die wijzigen per 2016. Hierbij wordt een conversietabel samengesteld, zodat een vergelijking wordt gemaakt tussen de DBC-productstructuur 2015 en de DBC-productstructuur 2016. Hieruit volgt op welke producten de conversiemethode van toepassing is. De conversietabel 2013-2016 bepaalt voor elk van deze DBC-zorgproducten op basis van de productstructuur 2013 de verschuiving (fragmentatie) van integrale kosten en productievolume naar DBC-zorgproducten in de productstructuur 2016. De conversiemethode maakt gebruik van de kostprijsaanleveringen van instellingen over 2013, zodat de door

instellingen opgegeven kosten per product volledig worden herverdeeld over producten in de productstructuur 2016.

Kenmerk

BR/CU-2147 bijlage

Pagina

5 van 17

1.8 Gewogen gemiddelde

In de kostprijsberekeningen voor de tarieven vanaf de release RZ14a, vormde de mediaan het uitgangspunt. In het hierbij gehanteerde beslisschema van het kostprijsmodel werd de mediaan toegepast bij 5 of meer waarnemingen of bij een beperkte spreiding (CV-waarde kleiner dan 0,5). Op het moment dat er minder dan 5 kostprijswaarnemingen waren én de spreiding (CV-waarde groter dan 0,5) groot was, werd alsnog de gewogen gemiddelde productprijs gehanteerd.

In de praktijk kon dit er echter toe leiden dat bij een beperkt aantal waarnemingen, maar wel 5 of meer, de kostprijs van een uitbijtende instelling die een zorgproduct incidenteel uitvoert erg bepalend kon zijn voor de hoogte van het tarief.

Daarnaast werd in dit beslisschema geen onderscheid gemaakt naar de omvang van de instelling, terwijl de reikwijdte van de regeling voor de kostprijsaanlevering over 2013 is uitgebreid voor categorale instellingen, huisartsenlaboratoria en ZBC's. Dit betekent dat een instelling die een zorgproduct incidenteel uitvoert een zelfde invloed heeft op de hoogte van het tarief als een instelling die hetzelfde zorgproduct structureel uitvoert. In dit soort gevallen kan de mediaan en het gewogen gemiddelde ver uit elkaar liggen. De tariefberekeningen vanaf de release RZ14a voorzagen hier deels al in door bij producten met minder dan 5 waarnemingen en met een grote spreiding (CV-waarde groter dan 0,5) uit te gaan van het gewogen gemiddelde. Dit ondervangt echter niet alle grensgevallen en roept de vraag op of de CV-waarde van 0,5 en de grenswaarde van 5 waarnemingen de juiste grenzen zijn. Iedere andere grens is mogelijk ook arbitrair.

Om minder gevoelig te zijn voor uitbijters bij een klein aantal waarnemingen en om instellingen met lage productieaantallen geen (te) grote invloed op de hoogte van het tarief te laten hebben, wordt voor de release RZ16a in de tariefberekening het gewogen gemiddelde toegepast. Hiermee wordt bovendien geborgd dat de totale verwachte omzet aansluit bij de aangeleverde kosten (productiewaarde) van instellingen. Doordat we het gewogen gemiddelde hanteren, betekent dit dat de CV-waarde en de grenswaarde van 5 waarnemingen niet meer van belang is in het beslisschema. Er wordt namelijk in alle gevallen het gewogen gemiddelde toegepast.

1.9 Invoering max-max tarieven

Door partijen is aangegeven dat het van belang is dat de kosten binnen het gereguleerde segment ook daadwerkelijk gedekt kunnen worden door de gereguleerde tarieven. Hierbij is aangegeven dat het onwenselijk is dat kruissubsidiëring plaatsvindt, waarbij de kosten uit het gereguleerde segment gedekt worden door opbrengsten uit het vrije segment. Dit leidt er namelijk toe dat de gecontracteerde tarieven de werkelijke kosten onvoldoende weerspiegelen. Daarom is met ingang van 1 januari 2016 een duale tariefstructuur ingevoerd in de regelgeving in de vorm van het zogenaamde max-maxtarief. Dit betekent dat het reguliere maximumtarief per prestatie wordt bepaald op basis van het gewogen gemiddelde. Dit maximumtarief vormt een reële afspiegeling van het gangbare kostenniveau en is gemiddeld genomen kostendekkend. Daarnaast wordt de mogelijkheid geïntroduceerd om een tweede hoger maximumtarief (het max-maxtarief) per prestatie af te spreken en in rekening te brengen. Deze max-maxtarieven worden mogelijk gemaakt om innovatie en specifieke kwaliteitsafspraken verder

te ondersteunen. Ook leent deze ruimte zich ervoor om kruissubsidiering tussen het vrije en gereguleerde segment te voorkomen.

Kenmerk

BR/CU-2147 bijlage

Pagina

6 van 17

De enige voorwaarde voor het in rekening brengen van het max-maxtarief is in alle gevallen een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar over de toepassing van het aanvullende maximum. De maximumtarieven kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd en dit aanvullend tarief valt ook onder het eigen risico. Zorgaanbieders kunnen het max-maxtarief niet in rekening brengen bij niet-verzekerde passanten. Het gebruik van het max-maxtarief is niet verplicht. Het max-maxtarief is van toepassing op het gehele gereguleerde segment met uitzondering van de add-on geneesmiddelen, stollingsfactoren en een beperkte set prestaties die op grond van de tarieven in de eerste lijn van een tarief voorzien worden⁴. Hierin is de eerste lijn ook leidend in de vraagstelling of voor deze sectoren het max-maxtarief wordt ingevoerd. De NZa stelt in haar publieke regelgeving geen andere voorwaarden op, anders dan de bovengenoemde schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar. Eventuele aanvullende voorwaarden die gelden om het aanvullende maximum (ten hoogste 10%) in rekening te brengen zijn ter lokale invulling aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Deze aanpak sluit aan bij de wijze waarop het max-maxtarief in eerstelijnssectoren en de curatieve GGZ is ingevuld.

In bijlage 3 is een overzicht met kengetallen, met onder andere spreidingsinformatie per product, opgenomen ter ondersteuning bij de totstandkoming van mogelijke afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders over het hanteren van het max-maxtarief.

1.10 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 zorgaanbieders⁵ 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 1](#) wordt aangegeven welk aandeel de NHC heeft in de beleidsregelwaarden, zodat hier in de onderhandelingen rekening mee gehouden kan worden.

⁴ De declaratiecodes waarvoor met ingang van 1 januari 2016 een max-max tarief van toepassing is, worden in de RZ16a Tarieventabel weergegeven door Soort Tarief = 6 (kolom 12). Deze kolom, die sinds de invoering van DOT per 1 januari 2012 geen functie meer had, is optioneel. Voor declaratiecodes waarvoor geen max-max tarief geldt zal deze kolom leeg blijven.

⁵ Zorgaanbieder die geriatrische revalidatiezorg biedt en die daartoe voor 1 januari 2012 productieafspraken heeft gemaakt met een zorgkantoor.

Tabel 1. NHC kapitaallastenopslag voor geriatrische revalidatiezorg

Kenmerk

DBC-zorgproduct code	DBC-zorgproduct omschrijving	Declaratie code	Tarief 2016 (incl. NHC)	Tarief NHC 2016
998418022	Diagnosen CVA Klin 29-56 Maximaal 39 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E388	€ 11.216,02	€ 1.525,04
998418026	Overige diagnosen Klin 29-56 Maximaal 27 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E390	€ 10.783,59	€ 1.521,61
998418029	Diagnosen CVA Klin 15-28 Maximaal 20 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E392	€ 5.859,79	€ 791,82
998418032	Overige diagnosen Klin 15-28 Maximaal 14 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E394	€ 5.657,26	€ 790,61
998418034	Diagnosen CVA Klin 1-14 Maximaal 7 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E396	€ 1.944,27	€ 261,88
998418036	Overige diagnosen Klin 1-14 Maximaal 5 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E397	€ 1.763,37	€ 244,23
998418043	Diagnosen CVA Klin 57-91 Maximaal 75 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E464	€ 19.929,31	€ 2.701,16
998418045	Diagnosen CVA Klin 29-56 >84 behandeluren klin/ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E465	€ 21.415,54	€ 1.829,57
998418046	Diagnosen CVA Klin 29-56 Tussen 52 en 84 behandeluren klin/ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E466	€ 15.655,78	€ 1.740,61
998418047	Diagnosen CVA Klin 29-56 Tussen 39 en 52 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E467	€ 13.786,66	€ 1.682,92
998418048	Diagnosen CVA Klin 15-28 >58 behandeluren klin/ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E468	€ 13.290,65	€ 851,94
998418049	Diagnosen CVA Klin 15-28 Tussen 26 en 58 behandeluren klin/ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E469	€ 8.133,68	€ 883,22
998418050	Diagnosen CVA Klin 15-28 Tussen 20 en 26 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E470	€ 7.059,57	€ 848,39
998418051	Diagnosen CVA Klin 1-14 >45 behandeluren klin/ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E471	€ 9.990,80	€ 237,41
998418052	Diagnosen CVA Klin 1-14 Tussen 13 en 45 behandeluren klin/ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E472	€ 4.243,44	€ 409,71
998418053	Diagnosen CVA Klin 1-14 Tussen 7 en 13 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E473	€ 3.016,91	€ 357,30
998418060	Overige diagnosen Klin 57-91 Maximaal 52 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E479	€ 19.106,22	€ 2.700,76
998418062	Overige diagnosen Klin 29-56 >59 behandeluren klin/ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E480	€ 17.662,10	€ 1.786,42
998418063	Overige diagnosen Klin 29-56 Tussen 36 en 59 behandeluren klin/ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E481	€ 13.985,76	€ 1.727,89
998418064	Overige diagnosen Klin 29-56 Tussen 27 en 36 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E482	€ 12.869,88	€ 1.688,07
998418065	Overige diagnosen Klin 15-28 >41 behandeluren klin/ambulant Geriatrische	14E483	€ 10.270,74	€ 914,77

R/CU-2147 bijlage
pagina
van 17

	revalidatiezorg				enmerk R/CU-2147 bijlage pagina van 17
998418066	Overige diagnoses Klin 15-28 Tussen 18 en 41 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E484	€ 7.418,25	€ 892,65	
998418067	Overige diagnoses Klin 15-28 Tussen 14 en 18 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E485	€ 6.648,40	€ 863,46	
998418068	Overige diagnoses Klin 1-14 >32 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E486	€ 6.969,73	€ 365,74	
998418069	Overige diagnoses Klin 1-14 Tussen 9 en 32 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E487	€ 3.537,38	€ 391,36	
998418070	Overige diagnoses Klin 1-14 Tussen 5 en 9 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg	14E488	€ 2.826,00	€ 357,84	
998418071	Diagnosen CVA Klin >=92 Geriatrische revalidatiezorg	14E518	€ 33.132,21	€ 4.402,89	
998418072	Diagnosen CVA Klin 57-91 >75 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E519	€ 26.142,27	€ 2.905,51	
998418073	Overige diagnoses Klin >=92 Geriatrische revalidatiezorg	14E520	€ 31.051,52	€ 4.381,77	
998418074	Overige diagnoses Klin 57-91 >52 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E521	€ 23.963,88	€ 2.911,54	
998418075	Diagnosen CVA >32 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E522	€ 5.797,24	€ 0,00	
998418076	Diagnosen CVA 6 tot maximaal 32 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E523	€ 1.886,89	€ 1,63	
998418077	Diagnosen CVA Maximaal 5 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E524	€ 289,39	€ 1,00	
998418079	Overige diagnoses >23 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E525	€ 4.684,34	€ 201,92	
998418080	Overige diagnoses 5 tot maximaal 23 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E526	€ 1.117,93	€ 1,12	
998418081	Overige diagnoses Maximaal 4 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg	14E527	€ 259,83	€ 8,95	

1.11 Kostprijsonderzoek kaakchirurgie

De NZa heeft besloten om over te gaan tot een aanvullend kostprijsonderzoek voor kaakchirurgie, gericht op tariefherijking per 2015. In het onderzoek is sprake van een verbeterde toerekening van kosten aan kaakchirurgische verrichtingen. Zo zijn er aparte prestaties dagverpleging en verpleegdag gemaakt waardoor de verpleegkosten kaakchirurgie beter zijn toe te rekenen.

In het onderzoek is de kostprijsinformatie van algemene ziekenhuizen beoordeeld op bruikbaarheid en aanwezigheid van kostprijsinformatie over onder meer dagverpleging en verpleegdagen. Een selectie van 17 algemene ziekenhuizen is gebruikt voor het kostprijsonderzoek. Voor een uitgebreide toelichting hierop wordt verwezen naar het *Rapport Productstructuur en tarieven kaakchirurgie 2015*.

Bij de berekening van de tarieven is het NZa-beslismodel toegepast. Voor verrichtingen waarvan geen kostprijnsinformatie voorhanden is binnen de selectie van algemene ziekenhuizen, is teruggegrepen naar kostprijnsinformatie van 4 Universitair Medisch Centra. Ten slotte is er voor een aantal verrichtingen de terugvaloptie toegepast. Voor deze verrichtingen is zowel binnen de 17 algemene ziekenhuizen, als 4 UMC's geen kostprijnsinformatie beschikbaar.

Kenmerk
BR/CU-2147 bijlage
Pagina
9 van 17

Het onderzoek heeft cijfers opgeleverd voor de herijking van 117 tarieven, inclusief de 2 nieuwe prestaties dagverpleging en verpleegdag. Voor 9 prestaties is de terugvaloptie toegepast. In het rapport 'Beoordeling DOT-pakket 2015 (RZ15a)' is toegelicht hoeveel instellingen zijn meegenomen in de totstandkoming van de tarieven voor het jaar 2015. Per 2016 zijn de tarieven voor kaakchirurgie geïndexeerd.

1.12 Add-ons Intensive Care

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

Tabel 2. 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-behandeldagen / (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. De norm van 80% is gebaseerd op de CBO Richtlijn 2006.⁶

1.13 Trendmatige aanpassing

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

⁶ CBO-richtlijn Intensive Care 2006, p13 - 17.

het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten.

Kenmerk
BR/CU-2147 bijlage

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

Pagina
10 van 17

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 3. 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
Prijsindex 2016	1,0026

Uitzonderingen hierop vormen de kostenbedragen van de overige zorgproducten voor:

- Add-ons dure en weesgeneesmiddelen
- Stollingsfactoren
- Prenatale screening
- Logopedie
- 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.⁷

⁷ Met uitzondering van de overige zorgproducten 'extramuraal dieetadviesing', 'fysiotherapie' en 'oefentherapie'.