

Beoordeling en verantwoording DBC- pakket 2016 (RZ16a)

Ingangsdatum 1 januari 2016

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Context	5
1.2 Oplevering DBC-pakket 2016 (RZ16a)	5
1.3 Verbeteringen werkprocessen en audit	7
1.4 Leeswijzer	7
2. Beleidsontwikkeling DOT	9
2.1 Nieuwe indeling regelgeving	9
2.2 Verduidelijken regelgeving	9
2.2.1 Dagverpleging	9
2.2.2 Onderlinge dienstverlening	10
2.3 Sportgeneeskunde	10
2.4 Aanvraagprocedure stollingsfactoren	11
2.5 Declaratiebepaling geneesmiddelen	12
2.6 Wijzigingen beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'	13
2.7 Overige wijzigingen regeling 'Medisch specialistische zorg'	13
2.8 Overige wijzigingen 'Prestatie- en tariefbeschikking DOT'	13
2.9 Conclusie	13
3. Beoordeling productstructuur 2016	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Kengetallen	15
3.3 Spoedeisende hulp en licht ambulante zorg	15
3.4 Transplantatiezorg	16
3.5 Interventieradiologie	17
3.6 Overige doorontwikkelingen productstructuur	17
3.7 Regulier onderhoud	18
3.8 Conclusie	19
4. Verantwoording en beoordeling tarieven 2016	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Uitgangspunten tariefberekening	21
4.2.1 Gewogen gemiddelde	23
4.2.2 Invoering max-max tarieven	23
4.3 Gehanteerde brongegevens	24
4.3.1 Kostprijsaanleveringen instellingen over 2013	24
4.3.1.1 Schoning voor uitbijters op instellingsniveau	25
4.3.1.2 Schoning voor uitbijters op zorgproductniveau	26
4.3.2 Productiegegevens voor het samenstellen van conversietabellen	27
4.3.2.1 Schoning en hervalidatie van de datasets	28
4.3.2.2 Omzetting van beëindigde zorgactiviteit- en diagnosecodes	28
4.3.2.3 Toepassing registratieregels en afleiding naar zorgproductcodes	28
4.3.2.4 Speciale databewerkingen	29
4.3.3 Kostprijzen per zorgactiviteit	30
4.3.4 Geriatrische revalidatiezorg	30
4.4 Tariefberekening	31
4.4.1 Categorie indeling zorgproducten	31
4.4.2 Beschrijving conversiemethode	35
4.4.3 Overige tariefaanpassingen	37
4.4.3.1 Tariefopslagen voor fertiliteitshormonen en voedingssupplementen	37
4.4.3.2 Tariefopslagen voor interventieradiologie	37

4.4.3.3	Tariefaanpassing onverzekerde zorg kinderchirurgie	37
4.4.3.4	Berekening tariefopslag NICU voor neonatale gehoorscreening	38
4.4.3.5	Tarief voor BRCA1-like test	38
4.4.3.6	Tariefberekening voor zelfmeting bloedstollingswaarden	38
4.4.3.7	Tariefaanpassing OZP's 199802 en 039696	39
4.4.4	Geriatrische revalidatiezorg	39
4.4.5	Prijsindexatie	39
4.5	Beoordeling tarieven	40
4.5.1	Analyse op uitgangspunten	40
4.5.1.1	Stabiliteit kostprijsaanleveringen	40
4.5.1.2	Uitbreiding reikwijdte nadere regel	41
4.5.1.3	Toepassing gewogen gemiddelde	42
4.5.1.4	Analyse loonkosten medisch specialisten	43
4.5.2	Productiewaarde vergelijking aangeleverde kostprijzen	43
4.5.3	Onderlinge spreiding kostprijzen	45
4.5.4	Kostprijsbeoordeling conversiemethode	46
4.5.5	Nadere beoordeling tarieven overige zorgproducten	48
4.5.6	Nadere beoordeling tarieven DBC-zorgproducten	50
4.5.6.1	Complex Chronisch Longfalen	53
4.5.6.2	Kindergeneeskunde oncologie	54
4.5.7	Beoordeling GRZ	56
4.5.8	Analyse max-maximumtarieven	57
4.5.8.1	Landelijke effecten	58
4.5.8.2	Effecten per instelling	59
4.5.9	Algehele conclusie	61
Bijlage 1. Kengetallen en representativiteit datasets		63
Bijlage 2. Beschrijving en rekenvoorbeeld conversiemethode		67
Bijlage 3. Kengetallen en statistiek		73
Bijlage 4. Expertproducten		75

1. Inleiding

1.1 Context

Per 1 januari 2012 is prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg ingevoerd, met als prestatie- en tarifieringssysteem de DBC -productstructuur. Tijdens de jaren 2012, 2013 en 2014 is de productstructuur verder ontwikkeld, met name om de medische herkenbaarheid te vergroten. Per 2014 zijn ook de tarieven van een groot aantal zorgproducten herijkt op basis van het kostprijsmodel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In het DBC-pakket 2015 heeft de NZa een aantal grote beleidswijzigingen doorgevoerd, zoals de invoering van integrale tarieven en de verkorting van de maximale doorlooptijd van DBC-zorgproducten. Per 2016 vinden geen grote beleidswijzigingen plaats, mede om tegemoet te komen aan de wensen vanuit veldpartijen voor rust en stabiliteit in de bekostiging.

Bij de overgang naar DOT was er een grote behoefte bij veldpartijen om veel mogelijkheden te hebben om updates van het DBC-pakket door te voeren. Op verzoek van veldpartijen is er in de afgelopen jaren gewerkt met vier DBC-pakketten per jaar (releases): twee voorafgaand aan de start van het jaar en twee lopende het jaar. Wij hebben dit aantal vanaf 2015 terug gebracht naar maximaal twee releases per jaar. Dit is mogelijk omdat de noodzakelijke fundamentele wijzigingen in de productstructuur in de afgelopen jaren zijn doorgevoerd en nu een periode aanbreekt van regulier onderhoud. Met deze maatregel beoogt de NZa de komende jaren het declaratiesysteem stabiel te houden en veldpartijen zo beter in staat te stellen tijdig contracten te sluiten. Per 2016 zullen wij deze ingezette lijn ten aanzien van de release- en beleidscyclus voortzetten. De vaststelling en publicatie van DBC-pakket 2016 - bestaande uit prestaties, tarieven en regelgeving - vindt dan ook plaats vóór 1 juli 2015.

Dit rapport beschrijft de wijzigingen in het DBC-pakket 2016 (RZ16a) en geeft onze beoordeling van deze wijzigingen weer.

1.2 Oplevering DBC-pakket 2016 (RZ16a)

In februari 2015 heeft de NZa een besluit genomen over de hoofdlijnen van het DBC-pakket 2016 (2^e go).¹ Aanpassingen op dit besluit zijn opgenomen in bijlage 1 van het document 'Wijzigingen DBC-release RZ16a'. Vervolgens hebben wij eind maart de concept productstructuur in concept uitgeleverd aan het veld en op 3 juni 2015 is het concept DBC-pakket 2016 (productstructuur, tarieven en regelgeving) gepubliceerd. Het DBC-pakket 2016 bestaat uit de volgende onderdelen:

¹ Zie CI/15/6c 'Hoofdlijnen DBC-pakket medisch specialistische zorg 2016', 27 februari 2015 en 'Besluitvormingsdocument 2e go RZ16a'.

Prestaties, tarieven en regelgeving	Wijzigingen
Afsluitreden Tabel	Beoordelings- en verantwoording DBC-pakket 2016 (RZ16a)
Afsluitregels Tabel	Wijzigingen DBC-release RZ16a
Diagnose Combinatie Tabel	Conversietabellen
Elektronische Typeringslijst	Toelichting informatieproducten tariefberekening
Groupertabellen	Zorgproductprofielen
ICT-eisen	Samenvatting auditrapport
Limitatieve Lijst Machtigingen	Handleiding Release
Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel	
Tarieven Tabel	
Aanvullende informatie bij RDZT	
Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper	
WBMV Code Tabel	
Zorgactiviteiten Tabel	
Zorgproducten Tabel	
Zorgproductgroepen Tabel	
Beleidsregel 'Prestaties en tarieven MSZ'	
Nadere regel 'Medisch specialistische zorg'	
Tariefbeschikking DOT	

In het DBC-pakket 2016 heeft de NZa een groot aantal documenten met toelichting op registratie en declaratie van medisch specialistische zorg geïntegreerd. Zo is het document Registratieregels integraal opgenomen in de nadere regel 'Medisch specialistische zorg'. Ook zijn de toelichtingen per tabel samengevoegd tot één wijzigingsdocument en levert de NZa één beoordelings- en verantwoordingsrapport bij het DBC-pakket 2016 op. Dit heeft als doel het vergroten van duidelijkheid over en gebruikersgemak van de regelgeving voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, het vergroten van de handhaafbaarheid van de regelgeving en het vergroten van efficiëntie in het beheer van documenten. Ook sluit dit aan op de integratie van DBC-Onderhoud en NZa, die per 1 mei 2015 is geformaliseerd.

Wij hebben het DBC-pakket 2016 (productstructuur, tarieven en regelgeving) afgestemd met partijen via diverse werkgroepen, technische overleggen en adviescommissies. Hieronder geven we dit consultatieproces schematisch weer.

Consultatie	Onderdeel	Datum
Technisch Overleg DOT	Hoofdpijnen DBC-pakket 2016	15 januari , 5 februari en 13 februari 2015
Adviescommissie Cure	Hoofdpijnen DBC-pakket 2016	28 januari 2015
Technisch Overleg DOT	Uitgangspunten tariefberekening	19 maart 2015
Werkgroep verbetertraject kostprijsmodel	Uitgangspunten tariefberekening	26 januari, 26 februari, 9 maart, 7 mei en 27 mei 2015
Adviescommissie Cure	Uitgangspunten tariefberekening	8 april 2015
Technisch Overleg DOT	Regelgeving	19 februari, 12 maart, 19 maart, 13 april en 21 mei 2015
Technisch Overleg DOT	Beoordeling DBC-pakket 2016	21 mei 2015
Adviescommissie Cure	Beoordeling DBC-pakket 2016	17 juni 2015

Vervolgens is het DBC-pakket 2016 op 30 juni 2015 ter besluitvorming voorgelegd aan de Raad van Bestuur van de NZa.

1.3 Verbeteringen werkprocessen en audit

De aanbevelingen van de auditor voor optimalisatie van het releaseproces op basis van de audit van het DBC-pakket 2015 (RZ15a) zijn in het verbeterregister opgenomen. Aan de hand van deze lijst zijn diverse verbeteracties in gang gezet. Zo zijn ketencontroles meer geformaliseerd en zijn controles middels het 4-ogen principe uitgebreid. Ook is testdocumentatie meer gestandaardiseerd en risico gedreven opgezet. Met de integratie van DBC-Onderhoud en NZa kunnen deze aspecten in de komende periode verder worden uitgewerkt.

Ook het proces van de totstandkoming van de tarieven voor het pakket 2016 is geauditeerd. Het kader hiervoor is de beleidsregel (BR/CU-5084) Toetsingskader beoordeling productstructuur DBC-systematiek en de in hoofdstuk 4 genoemde uitgangspunten en brongegevens van de tariefberekening. De beleidsregel en nadere regel (hoofdstuk 2), de productstructuur (hoofdstuk 3) en de onderdelen van het DBC-pakket 2016 zoals beschreven in paragraaf 3.6 en de beoordelings- en effectanalyses in paragraaf 4.5 vallen buiten de audit.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport geeft een beschrijving van de beoordeling van het DBC-pakket 2016. In deze beoordeling ligt de focus op een drietal aspecten:

Beleidsontwikkeling DOT (hoofdstuk 2)

In hoofdstuk 2 wordt stilgestaan bij de belangrijkste ontwikkelingen in beleid en regelgeving met betrekking tot DOT.

Beoordeling productstructuur 2016 (hoofdstuk 3)

Dit hoofdstuk beschrijft de wijzigingen in de productstructuur 2016 ten opzichte van 2015.

Beoordeling tarieven DOT (hoofdstuk 4)

In dit hoofdstuk wordt de berekening van de tarieven 2016 toegelicht, waarbij achtereenvolgens uitgangspunten, brongegevens, berekening en beoordeling van de tarieven aan bod komen.

De volgende bijlagen zijn opgenomen bij het rapport:

Bijlage 1: Kengetallen en representativiteit datasets

Bijlage 2: Beschrijving en rekenvoorbeeld conversiemethode

Bijlage 3: Lijst expertproducten

2. Beleidsontwikkeling DOT

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij een aantal ontwikkelingen in beleid en regelgeving met betrekking tot DOT. Per 1 januari 2016 zullen de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (beleidsregel) en regeling 'Medisch specialistische zorg' (nadere regel) worden gewijzigd in samenhang met het DBC-pakket 2016 (RZ16a). De opmaak van de regelgeving is gewijzigd om een zuiver onderscheid te maken tussen de beleidsregel en de nadere regel. Een andere cosmetische wijziging is de integratie van de verschillende documenten over registratie en declaratie in één document. Verder is een aantal wijzigingen doorgevoerd om de regelgeving verder te verduidelijken. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de inhoudelijke wijzigingen in de regelgeving hoofdzakelijk zijn beperkt tot noodzakelijk onderhoud in het kader van het verzoek van het veld om rust en stabiliteit. In het document 'Wijzigingen DBC-release RZ16a' vindt u meer detailinformatie over de wijzigingen.

2.1 Nieuwe indeling regelgeving

Per 2016 is de opbouw van de beleidsregel, die beschrijft op welke wijze de NZa haar wettelijke taken en bevoegdheden vorm geeft, en de nadere regel, die beschrijft de verplichtingen die op zorgaanbieders en zorgverzekeraars rusten, aangepast. Dit heeft tot doel om de consistentie van de regelgeving verder te vergroten. Tevens zijn bepalingen verplaatst vanuit de beleidsregel naar de nadere regel en vice versa. Bovengenoemde wijzigingen zijn van cosmetische aard.

2.2 Verduidelijken regelgeving

In 2014 heeft in het kader van de afspraken over de aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg een aantal overleggen plaatsgevonden die er specifiek op gericht waren om zoveel mogelijk duidelijkheid te verschaffen over de (interpretatie van) regelgeving. Daarnaast heeft de NZa op basis van de vraagstukken die door veldpartijen zijn ingediend in het kader van deze aanpak besloten de regelgeving op onderdelen aan te passen voor 2015. In aanvulling hierop zijn op verzoek van veldpartijen een tweetal vraagstukken concreet uitgewerkt ten behoeve van de regelgeving 2016: dagverpleging en onderlinge dienstverlening. Hieronder lichten wij beide punten toe.

2.2.1 Dagverpleging

Veldpartijen geven aan dat de huidige definitie van dagverpleging in lokale situaties knelpunten kan opleveren in de uitvoering. Mede om die reden hebben wij aangegeven het (deels) vrijgeven van de definiëring van de zorgactiviteit dagverpleging als mogelijke dereguleringsstap te zien.² De NZa heeft de afgelopen maanden met veldpartijen verkend welke elementen van de definitie van dagverpleging eventueel geschikt zijn voor lokale invulling door zorgaanbieders en zorgverzekeraars per 2016. Hieruit is gebleken dat er op dit moment bij veldpartijen onvoldoende draagvlak is voor lokale invulling van (elementen van) de definitie van dagverpleging, aangezien dit kan leiden tot onvergelijkbaarheid van zorgproducten en een verhoging van administratieve lasten. Vervolgens heeft de NZa besloten om de uitvoerbaarheid en controleerbaarheid van deze norm te verbeteren door de definitie van dagverpleging per 2016 als volgt aan te passen:

"Een minimaal drie uur durende vorm van verpleging en/of behandeling op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in

² Zie CI/15/6c 'Hoofdpijnen DBC-pakket medisch specialistische zorg 2016', 27 februari 2015.

verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling.”

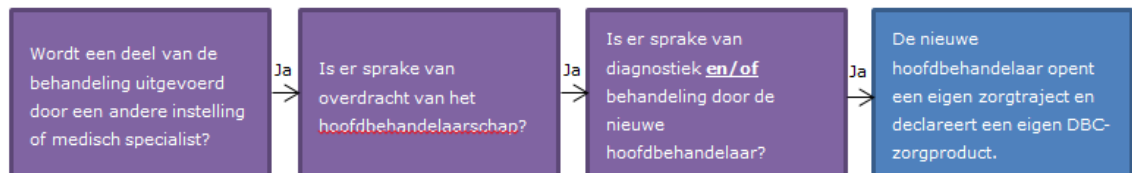
2.2.2 Onderlinge dienstverlening

Als gevolg van de invoering van integrale tarieven is de definitie van ‘onderlinge dienstverlening’ per 1 januari 2015 aangepast. Deze aanpassing is geen wijziging van het principe van onderlinge dienstverlening. Desondanks bleken er vragen te spelen over wanneer er sprake is van onderlinge dienstverlening en wanneer verschillende zorgaanbieders een eigen zorgtraject mogen openen. Deze vragen komen ook voort uit ontwikkelingen in de zorgpraktijk, zoals selectieve contractering en spreiding en concentratie van zorg. In overleg met veldpartijen doen wij een aantal handreikingen om deze vragen te verhelderen en / of te voorkomen. Deze punten lichten wij hieronder nader toe.

Allereerst wordt de definitie van onderlinge dienstverlening per 1 januari 2016 als volgt vereenvoudigd:

“Het leveren van zorg als (onderdeel van een) DBC-zorgproduct door één of meerdere instellingen of medisch specialisten (niet zijnde de hoofdbehandelaar) op verzoek van de hoofdbehandelaar.”

Volgens de huidige regelgeving mogen alleen twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd indien sprake is van het doorverwijzen van de patiënt voor diagnostiek én behandeling. Vanwege de knelpunten die hierdoor ontstaan in de praktijk laten wij deze bepaling per 2016 los, zodat er twee DBC-zorgproducten gedeclareerd mogen worden indien sprake is van het doorverwijzen van de patiënt voor diagnostiek en/of behandeling. In onderstaande figuur wordt deze regelgeving schematisch weergegeven.



Figuur 2.1 – Wanneer mag je twee DBC-zorgproducten declareren

Bij onderlinge dienstverlening gaat het om de situatie waarbij een instelling of een andere medisch specialist (niet zijnde de hoofdbehandelaar) een (onderdeel van een) DBC-zorgproduct uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar. Op deze regel gelden de volgende uitzonderingen:

- WBMV-zorg indien alleen de uitvoerende instelling een WBMV-vergunning heeft voor het uitvoeren van de zorg;
- de situatie waarin een medisch specialist die vanuit een categorale instelling is gedetacheerd in een ziekenhuis doorverwijst naar de categorale instelling voor gespecialiseerde zorg;
- de situatie waarin de patiënt voor (hoog)complexe zorg wordt verwezen naar een andere instelling omdat de benodigde behandelafaciliteiten of kennis en/of kunde ontbreken in de instelling.
- een acute zorgvraag die behandeld wordt in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt initieel onder behandeling is.

In deze situaties mogen er twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd.

2.3 Sportgeneeskunde

Op verzoek van het College Geneeskundig Specialismen (CGS) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ingestemd met het Besluit

Sportgeneeskunde. Dit betekent dat het specialisme sportgeneeskunde en de bijbehorende opleidingseisen wettelijk worden erkend en de titel sportarts wettelijk wordt beschermd op grond van de Wet BIG. De ingangsdatum van het CGS-besluit erkenning van sportgeneeskunde als geneeskundig specialisme en titel sportarts is 1 juli 2014. Op basis hiervan heeft de Minister de NZa in juni 2014 een aanwijzing gestuurd om prestaties en tarieven vast te stellen voor sportgeneeskunde.³ In juni 2015 heeft het CGS het voorgenomen besluit genomen om het specialisme sportgeneeskunde te erkennen als medisch specialisme. Vervolgens heeft de Minister de NZa middels een opdrachtbrief verzocht op dit besluit te anticiperen in de regelgeving 2016. Daarnaast heeft de Minister het Zorginstituut Nederland verzocht een duiding uit te voeren van de werkzaamheden van de sportarts, waarbij onder andere wordt aangegeven in hoeverre sportgeneeskunde onder de Zorgverzekeringswet valt. Het Zorginstituut Nederland heeft op 5 december 2014 haar duiding uitgebracht.⁴

De NZa baseert de poortspecialismen in de regelgeving op de medisch specialismen uit het register van de KNMG. Dit aangezien het gaat om regelgeving voor medisch specialistische zorg. De NZa voert per 2016 aantal wijzigingen door in de regelgeving 2016 ten behoeve van sportgeneeskunde. Zo zijn sportartsen vanaf 1 januari 2016 opgenomen als poortspecialist in de regelgeving. Hiermee krijgen sportartsen onder andere de mogelijkheid om een polikliniekbezoek te registreren en een eigen DBC-zorgproduct te openen.

In de toelichting bij de aanwijzing staat vermeld dat de NZa prestaties en tarieven voor sportgeneeskunde vaststelt op basis van een aanvraag van zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars en hierbij zoveel mogelijk aansluit bij bestaande prestaties en tarieven. De afgelopen maanden heeft er overleg plaatsgevonden tussen de Vereniging voor Sportgeneeskunde en de NZa over deze aanvraag. Voor de NZa geldt als uitgangspunt dat de sportarts gebruik maakt van bestaande zorgactiviteiten. De zorgactiviteiten zijn in beginsel functioneel omschreven. Wie welke zorgactiviteit heeft uitgevoerd, kan inzichtelijk worden gemaakt door het registreren van de uitvoerder bij de zorgactiviteit. Dit vereist dat de betrokken beroepsbeoefenaren beschikken over een eigen AGB-code. De uitvoerder van een zorgactiviteit wordt aangeleverd aan het DBC Informatie Systeem (DIS). Verder kan de sportarts een DBC-zorgproduct openen en sluiten, als deze geheel zelfstandig een traject uitvoert. De sportartsen krijgen de mogelijkheid om gebruik te maken van typeringslijsten van de poortspecialismen. De typeringslijsten die een beroepsbeoefenaar kan gebruiken worden niet op voorhand door de NZa ingeperkt. Uiteraard geldt wel de registratiebepaling dat de sportarts zich moet beperken tot de typeringslijst die geldt voor dat type van zorg. Verder dient opgemerkt te worden dat transparantie over de geleverde zorg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op lokaal niveau van belang is. De NZa is niet voornemens om per 2016 specifieke verplichtingen op te leggen en gaat er vanuit dat hierover in lokale onderhandelingen afspraken worden gemaakt.

2.4 Aanvraagprocedure stollingsfactoren

Voor stollingsfactoren bestaat binnen de categorie 'overige zorgproducten (OZP) – supplementaire producten' een aparte subcategorie: stollingsfactoren. Stollingsfactoren zijn geneesmiddelen, maar vallen niet onder het add-on geneesmiddelen beleid. Tot en met 31 december 2015 kunnen zorgaanbieders een aanvraag voor een OZP stollingsfactor indienen bij het ministerie van VWS.

³ Zie 'Aanwijzing inzake tarifiering sportgeneeskunde WMG' (kenmerk MC-373618-120989), 4 juni 2014.

⁴ Zie Rapport Zorginstituut Nederland 'Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet', 4 december 2014.

Vanaf 1 januari 2016 kan een OZP stollingsfactor wijzigingsaanvraag bij de NZa worden ingediend. De aanvraagprocedure voor stollingsfactoren is opgenomen in de beleidsregel. De wijzigingsprocedure voor stollingsfactoren is vergelijkbaar met de wijzigingsprocedure voor add-on geneesmiddelen.

2.5 Declaratiebepaling geneesmiddelen

Er bestaat in het veld onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de bekostiging van geneesmiddelen die worden geleverd in een instelling voor (geriatrische) revalidatiezorg, maar bij een andere indicatie behoren dan waarvoor de patiënt in de revalidatie instelling is opgenomen. Bij veldpartijen is discussie ontstaan over dit onderwerp naar aanleiding van een uitspraak van het CBB.⁵ Volgens de CBB-uitspraak hoeft een revalidatie instelling niet de kosten te dragen voor een behandeling met geneesmiddelen die hij niet overneemt.

In de discussie over bekostigingsvraagstukken van geneesmiddelen worden aanspraak en bekostiging door het veld regelmatig door elkaar gehaald. Omdat aanspraak en bekostiging twee (van elkaar) verschillende zaken zijn, is het - voor de zuiverheid van de discussie - van belang om dit onderscheid te erkennen.

Om onduidelijkheden weg te nemen over welke geneesmiddelen tot de aanspraak op Farmaceutische Zorg behoren en welke geneesmiddelen tot de aanspraak op Geneeskundige Zorg behoren, heeft het Ministerie van VWS een brief⁶ verstuurd. In deze brief wordt een toelichting op de geldende wet- en regelgeving gegeven. Wet- en regelgeving vormen de basis voor het bepalen onder welke aanspraak een geneesmiddel valt.

Over het bekostigingsvraagstuk hebben meerdere aparte werkgroepen plaatsgevonden waaraan alle belanghebbende branchepartijen hebben deelgenomen. Tijdens deze werkgroepen is de omvang van het probleem besproken, om te bepalen bij welke geneesmiddelen er daadwerkelijk knelpunten worden ervaren. Uit nader onderzoek is gebleken dat die omvang zeer beperkt is. Vervolgens zijn enkele mogelijke oplossingsrichtingen besproken. Aangezien de omvang van de geneesmiddelen waarvoor een knelpunt in de bekostiging bestaat beperkt is, lijkt het niet noodzakelijk en proportioneel om een aparte bekostigingssystematiek op te zetten. De NZa heeft daarom besloten om geen afzonderlijke bekostigingssystematiek op te tuigen, maar om aan te sluiten bij de huidige bekostigingssystematiek. Dit betekent dat voor geneesmiddelen die een bekostigingsprobleem veroorzaken, een add-on aanvraag kan worden ingediend door veldpartijen.

In de nadere regel hebben wij ter verduidelijking een nieuwe declaratiebepaling voor geneesmiddelen toegevoegd. In de nadere regel is aangegeven dat als hoofdregel geldt dat een geneesmiddel dat 'binnen de muren' van de instelling wordt toegepast op een patiënt, gedeclareerd moet worden door de instelling die het geneesmiddel toepast. Dit betekent dat de instelling waarin een geneesmiddel wordt toegepast, ook de instelling is die dat geneesmiddel declareert. In de praktijk kan de bekostiging van geneesmiddelen zowel via een ziekenhuis als een (geriatrische) revalidatie instelling verlopen, afhankelijk van de plaats van toepassing. Voor deze geneesmiddelen sluit de bekostiging aan bij de aanspraak.

Mede naar aanleiding van de eerder genoemde CBB-uitspraak is een uitzondering op deze algemene regel gecreëerd. Deze uitzondering betreft geneesmiddelen die enkel en alleen deel uit maken van de aanspraak op Geneeskundige Zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en geneesmiddelen voor de behandeling van HIV. Voor deze groep geneesmiddelen geldt, dat zij moeten worden gedeclareerd door de

⁵ Uitspraak van 18 november 2013, ECLI:NL:CBB:2013:249

⁶ Zie brief 'Afbakening aanspraak Farmaceutische Zorg en aanspraak uitsluitend Geneeskundige Zorg met betrekking tot geneesmiddelen' van Ministerie van VWS – GMT, 18 april 2014.

medisch specialistische zorgverlener waarvan de patiënt voor de toepassing van het geneesmiddel 'eigen patiënt' is en waarvan de zorg die met het geneesmiddel verband houdt, niet wordt overgenomen door een andere zorgverlener. Dit sluit aan bij de uitspraak van het CBb.

2.6 Wijzigingen beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'

In deze paragraaf volgt een korte toelichting van de wijzigingen die in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medische specialistische zorg' (BR/CU-2143) zijn aangebracht. De belangrijkste wijzigingen in de beleidsregel luiden als volgt:

- Er is een aantal begrippen toegevoegd.
- Er is een aanvraagprocedure opgenomen voor stollingsfactoren.
- De beoordelingstermijn voor add-on geneesmiddelen is aangepast.

2.7 Overige wijzigingen regeling 'Medisch specialistische zorg'

In deze paragraaf volgt een korte toelichting van de overige wijzigingen in de regeling 'Medische specialistische zorg' (NR/CU-263). De belangrijkste wijzigingen in de regeling luiden als volgt:

- Een aantal wijzigingen is doorgevoerd in de uitzonderingen op de afsluitregels voor prenatale diagnostiek, kinderoncologie, kindergeneeskunde en kinderneurologie, cardiologie, klinische genetika, orgaantransplantatie, chronische dialyse en thuisbeademing.
- Een aantal definities en bepalingen bij bestaande zorgactiviteiten zijn aangepast om de regeling verder te verduidelijken. De wijzigingen zijn aangepast op verzoek van en in afstemming met veldpartijen. Hierbij kan gedacht worden aan wie een DBC kan openen, wie de poortfunctie kan uitvoeren en wie consulten kan registreren.
- Een aantal definities en registratiebepalingen van zorgactiviteiten is toegevoegd (groepsconsult, obstetrische high care, Comprehensive Geriatric Assessment, bijbetaling aandeel onverzekerde zorg en longteambespreking) of aangepast (ATLS traumaopvang, toeslag post IC-high care, verblijf gezonde moeder, stollingsfactoren, MRI en erfelijkheidsonderzoek).
- In de nadere regel worden in principe alleen zorgactiviteiten opgenomen waarover onduidelijkheid bestaat of waarvoor aanvullende bepalingen van toepassing zijn. Daarom zijn een aantal overbodige definities verwijderd.
- De positie van de arts-assistent in de regelgeving is verduidelijkt.
- Een aantal declaratiebepalingen is gewijzigd (trombosezorg en kaakchirurgie) of nieuw toegevoegd (kinderneurologie en geneesmiddelen).
- Ten slotte is per 1 januari 2016 de registratie van de AGB-code bij declaratie verplicht voor een selectie van de tijdschrijvende behandel disciplines binnen de medisch specialistische revalidatiezorg bij de zorgactiviteiten 190854 t/m 190982.

2.8 Overige wijzigingen 'Prestatie- en tariefbeschikking DOT'

In de Prestatie- en tariefbeschikking TB/CU-2047 is de beperking voor het declareren van DBC-zorgproducten voor Complex chronisch longfalen aangepast. De zorgproductencode range is aangepast en de tekst is verduidelijkt.

2.9 Conclusie

De NZa concludeert dat er per 2016 slechts een beperkt aantal inhoudelijke wijzigingen wordt doorgevoerd in de regelgeving. De beleidswijzigingen worden gekenmerkt door aanpassingen in de regelgeving vanuit het oogpunt van uitvoerbaarheid en controleerbaarheid door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook de wijzigingen in opbouw en indeling van de regelgeving dragen bij aan deze doelen en vergroten de voorzienbaarheid van de NZa regelgeving voor veldpartijen. Tot slot sluit het beperkte aantal inhoudelijke wijzigingen aan bij de wens om rust en stabiliteit in regelgeving en bekostiging.

3. Beoordeling productstructuur 2016

3.1 Inleiding

In februari 2015 heeft de Raad van Bestuur van de NZa de hoofdlijnen van het DBC-pakket voor de medisch specialistische zorg per 2016 vastgesteld.⁷ In het DBC-pakket 2016 zijn deze hoofdlijnen concreet uitgewerkt in de productstructuur. Aanpassingen op dit besluit zijn opgenomen in bijlage 1 van het document 'Wijzigingen DBC-release RZ16a'. In dit hoofdstuk lichten wij deze wijzigingen toe en geven wij een beoordeling. Bij de beoordeling van de wijzigingen is rekening gehouden met de publieke noodzaak tot wijziging in verhouding tot de impact op het systeem. Het uitgangspunt voor de beoordeling van de productstructuur vormen de volgende inhoudelijke criteria: hanteerbaarheid, medische herkenbaarheid, kostenhomogeniteit, volledigheid, stabiliteit, administratieve lasten en handhaafbaarheid.⁸

3.2 Kengetallen

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

Categorie	Totaal 2015 (RZ15b)	Totaal 2016 (RZ16a)
Zorgactiviteiten	4536	4591
Diagnosen	2638	2643
Overige zorgproducten	1296	1357
DBC-zorgproducten	5407	5318

Tabel 3.1 – Kengetallen wijzigingen 2016

Uit dit overzicht blijkt onder meer dat het aantal zorgproducten per saldo afneemt. Dit draagt bij aan de hanteerbaarheid van de productstructuur. Het aantal DBC-zorgproducten daalt licht, mede vanwege het beëindigen van DBC-zorgproducten die niet of nauwelijks zijn gedeclareerd. Voor overige zorgproducten is een lichte stijging te zien. Deze wijzigingen hebben voornamelijk betrekking op add-on geneesmiddelen. Het aantal diagnoses blijft vrij stabiel. Aangezien de NZa de opdracht van VWS heeft gekregen om ICD-10 koppelen aan de bekostiging⁹, worden wijzigingen in de DBC-diagnoses op dit moment beperkt tot noodzakelijk onderhoud. Het aantal zorgactiviteiten stijgt licht als gevolg van noodzakelijk onderhoud aan het DBC-systeem om aan te blijven sluiten bij de ontwikkelingen in de zorg.

3.3 Spoedeisende hulp en licht ambulante zorg

Aanleiding

Het ministerie van VWS heeft de NZa de opdracht gegeven om de productstructuur voor spoedeisende hulp en licht complexe zorg aan te passen om de herkenbaarheid en homogeniteit van de prestaties te verbeteren en onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te faciliteren.¹⁰

⁷ Zie CI/15/6c 'Hoofdlijnen DBC-pakket medisch specialistische zorg 2016', 27 februari 2015.

⁸ Zie Beleidsregel 'Toetsingskader beoordeling productstructuur DBC-systematiek' (BR/CU-5084)

⁹ Zie Opdracht VWS aan NZa 'Koppeling ICD-10 aan bekostiging', april 2013.

¹⁰ Zie Opdracht VWS aan NZa 'Verzoek om aanpassing DBC-prestaties voor licht complexe zorg', december 2014.

Beschrijving

De wijzigingen die de NZa in de productstructuur voor spoedeisende hulp en licht complexe zorg per 2016 heeft doorgevoerd bestaan uit de volgende onderdelen:

- In de zorgproductgroepen voor spoedeisende hulp (zorgproductgroep 191301 'Verwijderen corpora aliena', 199299 'Letsels' en 199799 'Bevriezing/brandwonden/etsingen') zijn de producten licht, middel en zwaar heringedeeld op basis van medisch-inhoudelijke expertise en kostprijzen.
- Een viertal breed geformuleerde zorgactiviteiten wordt gesplitst in een lichte en een zwaardere variant. Dit betreft de zorgactiviteiten 038941 en 038943 (poliklinische wondexcisie en wondtoilet), 031712 (verwijdering poliepen of corpora aliena) en 039445 (injecties).
- De zorgproducten voor licht en middel ambulante zorg in de productstructuur zijn heringedeeld op basis van kostprijzen en signalen over hoge nota's.

Deelconclusie

De NZa is van mening dat met deze wijzigingen in de productstructuur voor spoedeisende hulp en licht complexe zorg de declaratie beter aansluit bij de geleverde zorg. Hiermee verbetert de medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit van de productstructuur. Bovendien wordt de declaratie richting de consument beter uitlegbaar. Ook vermindert dit onbedoelde prikkels in de productstructuur, bijvoorbeeld door het scherper afbakenen van breed geformuleerde zorgactiviteiten. De NZa beoordeelt dat met deze wijzigingen in het DBC-pakket 2016 reële prijsvorming tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gefaciliteerd wordt. Voor spoedeisende zorg zijn per 2016 nog niet alle zorgproductgroepen beoordeeld en opnieuw gewaardeerd. Bovendien vormt de positie van echo-zorgactiviteiten nog een punt van aandacht. Een nadere analyse naar verschillen in zorgzwaarte tussen de echo-zorgactiviteiten binnen de productstructuur voor spoedeisende hulp en licht complexe zorg is nodig voordat op dat punt wijzigingen worden aangebracht. Deze aspecten worden nader uitgewerkt ten behoeve van een volgend DBC-pakket.

3.4 Transplantatiezorg*Aanleiding*

Op verzoek van veldpartijen (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, Landelijk Overleg Niertransplantatie) is de NZa gestart met de doorontwikkeling van de productstructuur van de transplantatiezorg. Het doel van deze doorontwikkeling is het integraal bekostigen van de gehele keten van niertransplantatiezorg met herkenbare prestaties en passende tarieven.

Beschrijving

De wijzigingen in de productstructuur voor transplantatiezorg (zorgproductgroep 9790002 'Nier-, lever-, darm- en pancreastransplantatie') bestaan uit de volgende onderdelen:

- De trajecten voor snijdende en beschouwende specialismen worden samengevoegd tot integrale zorgtrajecten.
- De trajecten voor WBMV-zorg zoals verleend door transplantatiecentra en niet WBMV-zorg zoals verleend door perifere ziekenhuizen worden gesplitst.
- Voor de screening-, transplantatie- en nazorgfase wordt onderscheid gemaakt tussen zorg verleend aan kinderen en volwassenen.

Deelconclusie

De NZa is van mening dat de wijzigingen in de productstructuur voor transplantatiezorg aansluiten bij het verlenen van zorg in een keten, waarbij de patiënt centraal staat. Immers, integrale trajecten passen bij integrale zorgverlening en voorkomen fragmentatie in de bekostiging. De nieuwe productstructuur sluit aan bij richtlijnen (met name op het gebied van screening en nazorg) en voorkomt dubbele bekostiging. Ook worden zorgproducten beter vergelijkbaar en homogener, doordat de trajecten voor snijdende en beschouwende specialismen worden samengevoegd. Het onderscheiden van trajecten voor WBMV-zorg en niet WBMV-zorg maken betere

allocatie van kosten mogelijk. Tot slot doet het onderscheid in zorgproducten voor kinderen en volwassenen recht aan het (verwachte) verschil in kosten tussen deze patiëntenpopulaties. Dit verschil in kosten kan onder meer verklaard worden door meer algehele anesthesie bij specialistische onderzoeken, meer klinisch-chemisch en microbiologisch onderzoek, meer operatieve ingrepen tijdens de follow-up en een algehele grotere tijdsinspanning van betrokken medisch specialist en overige behandelaren bij kindzorg.

3.5 Interventieradiologie

Aanleiding

Bij de aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg zijn de registratie en declaratie van DBC-zorgproducten interventieradiologie prominent naar voren gekomen vanwege problemen in de uitvoering en controle. In de praktijk blijkt de interventieradioloog vaak zorg te verlenen in de ondersteunende rol bij de behandeling van een zorgvraag door de hoofdbehandelaar. Dit vormt mede de aanleiding om per 2016 de productstructuur voor interventieradiologie beter aan te laten sluiten bij de algemene principes van de productstructuur.

Beschrijving

Per 2016 wordt de productstructuur voor interventieradiologie als volgt gewijzigd:

- De zorgactiviteiten voor interventies worden toegevoegd aan de productstructuur van de poortspecialismen. Dit betekent dat als een interventieradioloog als ondersteuner fungeert, deze activiteiten gedeclareerd worden als onderdeel van het product van de hoofdbehandelaar.
- De zorgactiviteiten voor interventies die worden uitgevoerd op verzoek van de eerste lijn worden los declarabel als overig zorgproduct.

In bepaalde situaties kan mogelijk sprake kan zijn van hoofdbehandelaarschap door de interventieradioloog. Om die reden heeft de NZa besloten om per 2016 de typeringslijst voor interventieradiologie in stand te houden. Dit biedt ook in het kader van stabiliteit een handreiking aan partijen, omdat de impact van de wijziging hiermee wordt beperkt.

Deelconclusie

De wijzigingen in de productstructuur voor interventieradiologie verbeteren de uitvoerbaarheid en controleerbaarheid van de productstructuur en regelgeving. Een interventieradioloog die als ondersteuner fungeert opent géén eigen DBC-zorgproduct, maar zijn activiteiten maken onderdeel uit van het zorgprofiel van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. Hiermee wordt de registratie uniformer en wordt dubbele bekostiging voorkomen. Bovendien sluiten deze wijzigingen aan bij de invoering van integrale tarieven en de ontwikkelingen richting integrale producten. De NZa is van mening dat vervolganalyse nodig is om te bepalen in welke situaties daadwerkelijk sprake is van hoofdbehandelaarschap door de interventieradioloog. Dit kan leiden tot het aanpassen of opheffen van de typeringslijst voor interventieradiologie in een volgend DBC-pakket.

3.6 Overige doorontwikkelingen productstructuur

Naast bovengenoemde wijzigingen is de productstructuur op de volgende gebieden per 2016 doorontwikkeld:

- Integratie kinderneurologie en neurologie kindergeneeskunde

Per 2016 zijn de zorgproductgroepen voor kinderneurologie en neurologie kindergeneeskunde samengevoegd tot één nieuwe zorgproductgroep: 991630 Kinderneurologie (excl. epilepsie/ slaapstoornissen). Als gevolg hiervan wordt voor vergelijkbare zorg, geleverd door verschillende specialismen, eenzelfde zorgproduct gedeclareerd. Dit sluit aan bij de uitgangspunten van de Zorgverzekeringswet waarbij niet de uitvoerder van zorg, maar de geleverde zorg centraal staat.

- Beoordeling relevantie zorgproducten

In het DBC-pakket 2016 zijn een vijftigtal DBC-zorgproducten beëindigd, aangezien deze producten niet of nauwelijks zijn gedeclareerd in 2012 en 2013. Hierbij is als uitgangspunt een omzetgrens van €10.000 gehanteerd. Voor de beoordeling is gebruik gemaakt van DIS- en Vektis-data. Ook heeft een kwalitatieve beoordeling plaatsgevonden. Deze opschoning draagt bij aan de hanteerbaarheid van de productstructuur. Voor een volgend DBC-pakket wordt onderzocht of de omzetgrens naar boven kan worden bijgesteld.

Klinische genetica

Per 2016 is de productstructuur voor klinische genetica heringedeeld en gedifferentieerd. De nieuwe indeling gaat uit van verschillen in complexiteit en inzet voor verschillende typen adviesvragen. Met deze wijzigingen wordt de medische herkenbaarheid en transparantie van de geleverde zorg vergroot.

Prestaties voor behandeling aan wervelkolom

Bij de ontwikkeling van DOT is voor de productafleiding van behandeltrajecten voor aandoeningen aan de wervelkolom een zogenaamd 'wervelkolomsjabloon' ontwikkeld. Dit sjabloon is in negen verschillende zorgproductgroepen ingebouwd. Per 2016 zijn wijzigingen doorgevoerd om vergelijkbare zorg, geleverd door verschillende specialismen, te laten leiden tot eenzelfde zorgproduct. Ook zijn niet of nauwelijks gedeclareerde zorgproducten voor behandeling aan de wervelkolom per 2016 beëindigd.

Aanspraak in de DBC-systematiek

De aanspraak (Zvw) sluit niet op alle fronten aan bij het prestatiesysteem (Wmg). Dit leidt tot knelpunten in de praktijk. Eén van deze knelpunten is de vermenging van verzekerde en onverzekerde zorg in eenzelfde zorgproduct. Per 2016 worden overige zorgproducten geïntroduceerd om het aandeel onverzekerde zorg in rekening te brengen. Dit geldt specifiek voor kunststoflenzen en de behandeling van varices. In het kader van het 'Plan van aanpak ontwikkeling en vereenvoudiging productstructuur medisch specialistische zorg'¹¹ vormen wij een visie op aanspraak in de DBC-systematiek op de (middel)lange termijn.

3.7 Regulier onderhoud

In het DBC-pakket 2016 zijn ook wijzigingen in het kader van regulier onderhoud opgenomen. Dit betreft individuele wijzigingsverzoeken ten aanzien van de productstructuur die geen beleidsmatig karakter hebben en niet primair de publieke belangen raken. In onderstaand overzicht geven wij deze aantallen wijzigingsverzoeken schematisch weer:

Categorie	Aantal wijzigingsverzoeken
Zorgactiviteiten en Overige Zorgproducten	60
Diagnosen	9
DBC-zorgproducten	22

Tabel 3.2 – Aantal wijzigingsverzoeken DBC-pakket 2016

¹¹ Zie Opdracht VWS aan NZa 'Plan van aanpak ontwikkeling en vereenvoudiging productstructuur Medisch specialistische zorg', april 2015.

3.8 Conclusie

Bij het bepalen van de hoofdlijnen van het DBC-pakket heeft de afweging plaatsgevonden of de gewenste doorontwikkeling urgent en vanuit publiek oogpunt belangrijk genoeg is om door te voeren, gegeven de impact op het systeem. In dit hoofdstuk hebben wij per onderwerp toegelicht op welke inhoudelijke criteria van de productstructuur, zoals opgenomen in het toetsingskader (BR/CU-5084)¹², de doorontwikkeling betrekking heeft. Wijzigingen die leiden tot een nieuwe trendbreuk zijn op dit moment onwenselijk gezien de impact op diverse processen. Om die reden maakt een aantal onderwerpen uit de doorontwikkelagenda DOT geen onderdeel uit van het DBC-pakket 2016. Bij andere onderwerpen is in de aanpak en uitwerking rekening gehouden met de wens tot stabiliteit, door de scope en impact te beperken. In overleg met zorgaanbieders en verzekeraars hebben wij – waar nodig – in samenhang met het DBC-pakket 2016 informatieproducten beschikbaar gesteld, die de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars kunnen faciliteren.

¹² Zie Beleidsregel 'Toetsingskader beoordeling productstructuur DBC-systematiek' (BR/CU-5084)

4. Verantwoording en beoordeling tarieven 2016

4.1 Inleiding

In dit document wordt de tariefberekening van zorgprestaties in het gereguleerde segment voor 2016, als onderdeel van het pakket RZ16a, verantwoord en beoordeeld. De verantwoording is gebaseerd op het 'Toetsingskader beoordeling productstructuur DBC-systematiek' (BR/CU-5084) en geeft informatie over de gevolgde stappen in de berekening. In paragraaf 4.2 zijn de uitgangspunten van de tariefberekening beschreven. Paragraaf 4.3 licht toe welke brongegevens zijn gehanteerd. In paragraaf 4.4 wordt de tariefberekening beschreven. Paragraaf 4.5 schetst de beoordelings- en effectanalyses die op de tarieven hebben plaatsgevonden. Achtergrondinformatie is te vinden in de bijlagen.¹³

4.2 Uitgangspunten tariefberekening

Op grond van de nadere regel (NR/CU-261) 'Registratie en aanlevering kostprijsmodel medisch specialistische zorg' zijn instellingen voor medisch specialistische zorg verplicht om jaarlijks kostprijzen van zorgproducten in het gereguleerde segment aan te leveren.

In 2013 hebben instellingen hun kostprijsinformatie over het jaar 2012 aangeleverd. Deze kostprijzen zijn vervolgens verwerkt in tarieven in het pakket voor 2014. Voor de tarieven 2016 wordt kostprijsinformatie over het jaar 2013 gebruikt. De instellingen die vallen onder de reikwijdte van de bovengenoemde regeling waren verplicht om uiterlijk 1 februari 2015 hun kostprijzen over het gereguleerde segment over het jaar 2013 aan te leveren. Deze kostprijzen vormen de basis voor de tariefberekening ten behoeve van het pakket voor 2016. In de tariefberekening voor de release RZ16a worden de onderstaande uitgangspunten gehanteerd.

- *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.

- *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.

- *Bredere toepassing kostprijsberekening*

Per 1 januari 2013 is een aantal productstructuurwijzigingen doorgevoerd. Hierbij valt te denken aan de kindergeneeskunde, cardio-thoracale 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.

¹³ Het kan voorkomen dat een totaalgetal bij een tabel in dit verantwoordingsdocument een kleine afwijking heeft ten opzichte van de opgetelde getallen in de kolommen door afronding.

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.

- *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.

- *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.

- *Overzicht categorie-indeling van DBC-zorgproducten*

Bovenstaand is de kostprijsberekening, indexatie en conversiemethode op hoofdlijnen benoemd. Voor de berekening van de maximumtarieven voor het DBC-pakket 2016 worden de zorgproducten in het gereguleerde segment ingedeeld in drie verschillende categorieën, afhankelijk van het jaar waarin het desbetreffende product dus voor het laatst inhoudelijk is gewijzigd:

1. Categorie 'Kostprijsherijking' – Zorgproduct is ongewijzigd sinds 2013;
2. Categorie 'Indexatie' – Zorgproduct is ongewijzigd sinds 2014 of 2015;
3. Categorie 'Conversiemethode' – Zorgproduct is gewijzigd per 2016.

Categorie	Omschrijving	Aantal DBC-zorgproducten	Aantal overige zorgproducten
1. Kostprijsherijking	Zorgproduct is ongewijzigd sinds 2013	643	705
2. Indexatie	Zorgproduct is ongewijzigd sinds 2014 of 2015	90	179
3. Conversiemethode	Zorgproduct gewijzigd per 2016	163	3

Tabel 4.1 – Overzicht categorie-indeling

Bovenstaande tabel geeft de verdeling van de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten weer over de verschillende categorieën. In paragraaf 4.4 wordt nader ingegaan op de methodes van tariefberekening voor de verschillende categorieën zorgproducten.

4.2.1 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 er 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.

4.2.2 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 kruissubsidiëring tussen het vrije en gereguleerde segment te voorkomen.

De enige voorwaarde voor het in rekening brengen van het max-maxtarief is in alle gevallen een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar over de toepassing van het aanvullende maximum. De maximumtarieven kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd 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 worden¹⁴. 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.

4.3 Gehanteerde brongegevens

Op hoofdlijnen wordt in de tariefberekening voor het DBC-pakket 2016 gebruik gemaakt van drie verschillende soorten brongegevens. Dit zijn de

- kostprijsaanleveringen van instellingen over 2013 (paragraaf 4.3.1);
- productiegegevens in de DIS en NFU dataset (paragraaf 4.3.2);
- kostprijzen op zorgactiviteitsniveau (paragraaf 4.3.3).

De productiegegevens uit het DIS en de NFU dataset en de kostprijzen op zorgactiviteitsniveau zijn gebruikt voor de berekening van de tarieven via de conversiemethode, voor zorgproducten die gewijzigd zijn per 2016. Voor producten die ongewijzigd zijn sinds 2013 is in de tariefberekening enkel gebruik gemaakt van de door instellingen aangeleverde kostprijzen op zorgproductniveau. De bronbeschrijving voor de tariefberekening van de geriatrische revalidatiezorg wordt apart beschreven in paragraaf 4.3.4.

4.3.1 Kostprijsaanleveringen instellingen over 2013

Instellingen voor medisch specialistische zorg waren op grond van de Nadere Regel (NR/CU-261) 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' verplicht om uiterlijk 1 februari 2015 hun kostprijzen over het gereguleerde segment, voorzien van een rapport van bevindingen van een externe accountant, over het boekjaar 2013 aan te leveren. Deze rapporten van bevindingen zijn door de NZa beoordeeld. Wanneer uit de bevindingen van de accountant blijkt dat onvoldoende gewaarborgd wordt dat de kostprijsinformatie conform de regelgeving tot stand is gekomen, wordt de betreffende instelling uitgesloten van de tariefberekening. De NZa heeft vanaf februari 2015 de rapporten van bevindingen met dit doel beoordeeld.

Er zijn 201 instellingen, waarvan 191 ZBC's, die een ontheffingsverzoek hebben ingediend en gegund hebben gekregen. Deze instellingen hebben geen kostprijzen aangeleverd. In totaal hebben 168 instellingen kostprijsinformatie, voorzien van een rapport van bevindingen van de accountant, aangeleverd. Deze rapporten zijn door de NZa beoordeeld. Indien uit de bevindingen van de accountant onvoldoende duidelijk blijkt of de kostprijsberekening correct is uitgevoerd, zijn door de NZa aanvullende vragen gesteld aan de instelling. Op basis van de reactie is vervolgens besloten of de kostprijsaanlevering alsnog kon worden goedgekeurd.

¹⁴ 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-maxtarief geldt zal deze kolom leeg blijven.

Uiteindelijk zijn 154 kostprijsaanleveringen goedgekeurd. De kostprijsinformatie van de overige 14 instellingen is op grond van het rapport van bevindingen van de externe accountant afgekeurd. Deze instellingen zijn hierover geïnformeerd. Hierbij is ook aangegeven op welke gronden instellingen zijn uitgesloten. Na deze beoordeling zijn alle 154 goedgekeurde kostprijsaanleveringen meegenomen bij de tariefberekening RZ16a. Ter vergelijking, voor de berekening van de tarieven voor 2014, zijn de aangeleverde kostprijzen over 2012 van 72 instellingen meegenomen. De verklaring voor deze toename is dat de verplichting om kostprijzen aan te leveren destijds alleen zag op de algemene ziekenhuizen en UMC's terwijl voor de huidige kostprijsberekening de reikwijdte van de regeling is uitgebreid met categorale instellingen (waaronder trombosediensten, huisartsenlaboratoria, revalidatiecentra, long-astma centra), centra voor hyperbare geneeskunde en ZBC's.

Categorie	Aantal afgekeurd	Aantal goedgekeurd
Algemene ziekenhuizen	6	71
UMC's	0	8
Trombosediensten	0	20
Revalidatiecentra	0	20
Huisartsenlaboratoria	2	13
Overige categorale instellingen	0	7
ZBC	6	15
Totaal	14	154

Tabel 4.2 – Overzicht beoordeling rapporten van bevindingen accountant

Tenslotte is voor de goedgekeurde kostprijsaanleveringen, naast de specifieke schoningen die in paragraaf 4.3.1.1 en 4.3.1.2 worden toegelicht, aanvullend een technische schoning uitgevoerd. Een kostprijsaanlevering van een specifiek zorgproduct is niet meegenomen in de tariefberekening indien voor de instellingskosten (het kostendeel) en/of de loonkosten (het honorariumdeel) een negatief bedrag is aangeleverd. Tevens moet de som van kostendeel en het honorariumdeel van de aangeleverde kostprijs groter zijn dan 0,05 euro.

4.3.1.1 Schoning voor uitbijters op instellingsniveau

Op de aangeleverde kostprijsinformatie, van de instellingen met een door ons goed beoordeeld rapport van bevindingen, is een uitbijteranalyse uitgevoerd. In tegenstelling tot de kwalitatieve beoordeling op de bevindingen van de accountant betreft dit een kwantitatieve analyse. De uitbijteranalyse wordt op instellingsniveau uitgevoerd. Hierbij wordt onderzocht of de uitbijterratio¹⁵ van een instelling significant afwijkt van het landelijk gemiddelde en op stratumniveau. Instellingen die zowel op landelijk niveau als binnen het eigen stratum een afwijkende uitbijterratio kennen, worden beschouwd als uitbijter.

De landelijk gemiddelde uitbijterratio is 4%. Er zijn 91 instellingen die geen enkele uitbijter hebben. De uitbijterratio van deze instellingen is dan ook 0. Een aantal instellingen kent een hoog uitbijterpercentage oplopend tot meer dan 40%. Uit de analyse volgt dat de uitbijterratio van 13 instellingen significant afwijkt ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Omdat het zuiver is om de uitbijterratio's van instellingen te vergelijken met gelijksoortige instellingen zijn de uitbijterratio's ook op stratumniveau beoordeeld. Zes van deze instellingen wijken op zowel landelijk niveau als op stratumniveau significant af van het gemiddelde en definiëren we daarom als een uitbijter. Het gaat daarbij om één algemeen ziekenhuis, één UMC, één revalidatiecentrum, één huisartsenlaboratorium en twee trombosediensten.

¹⁵ Het aantal uitbijters (kostprijzen die meer dan 2 standaarddeviaties afwijken ten opzichte van het gemiddelde) per instelling gedeeld door het aantal DBC-zorgproducten dat de instelling levert.

Het feit dat een instelling als uitbijter uit onze kwantitatieve analyse komt, betekent niet direct dat de aangeleverde kostprijsinformatie van onvoldoende kwaliteit is. Er kunnen verschillende redenen zijn voor afwijkende kostprijzen ten opzichte van andere instellingen. Bij het academische ziekenhuis en het algemene ziekenhuis manifesteren de uitbijters zich binnen een specifieke zorgproductgroep. Nadere analyses wijzen uit dat binnen de specifieke zorgproductgroep de betreffende twee instellingen een groot marktaandeel vertegenwoordigen bij DBC-zorgproducten waarbij zij zelf als uitbijter zijn geclassificeerd. Vanwege het hoge productievolume hoeft de significant afwijkende kostprijs niet te betekenen dat deze niet representatief is. De trombosediensten hebben slechts informatie aangeleverd over een beperkt aantal producten. Wanneer beide trombosediensten op één van deze producten als een uitbijter worden geclassificeerd, vertaalt zich dat automatisch in een hoog uitbijterratio. Bij het revalidatiecentrum en het laboratorium zijn niet directe oorzaken te vinden voor de significant afwijkende kostprijzen. Beide instellingen hebben in het algemeen een klein marktaandeel op de producten waarop zij als uitbijter zijn geclassificeerd. Hiermee valt het effect op de tariefberekening te verwaarlozen, omdat het tarief via een gewogen gemiddelde wordt berekend.

Vanwege bovengenoemde inhoudelijke redenen hebben we besloten op basis van de uitbijteranalyse geen instellingen op voorhand uit te sluiten van de tariefberekening.

4.3.1.2 Schoning voor uitbijters op zorgproductniveau

In de vorige paragraaf is toegelicht waarom instellingen op basis van de uitbijteranalyse niet zijn uitgesloten van de tariefberekening. Naast de uitbijteranalyse op instellingsniveau is er ook een uitbijteranalyse op zorgproductniveau uitgevoerd. Hiervoor is een methode toegepast die rekening houdt met het marktaandeel van instellingen. Dit betekent dat uitbijters bij instellingen met een groter dan gemiddeld marktaandeel voor het betreffende product niet zijn uitgesloten van de tariefberekening. Dit doet recht aan het feit dat instellingen met een groot productvolume, zoals UMC's, voor bepaalde producten verklaarbare afwijkingen hebben in de kostprijzen ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Indien geen rekening wordt gehouden met het marktaandeel zou onevenredig veel kostprijsinformatie aan de rechterkant van het gemiddelde geschoond worden, wat leidt tot daling van de verwachte productiewaarde.

Daarnaast wordt bij de uitbijteranalyse op productniveau uitgegaan van de relatieve afwijking ten opzichte van het gemiddelde. Dit betekent dat niet de absolute maar de percentuele afwijking van het gemiddelde bepalend is bij de bepaling van uitbijters. Een kostprijsaanlevering voor een zorgproduct die in relatieve zin meer dan twee standaarddeviaties afwijkt van het gemiddelde wordt geschoond in de tariefberekening. Door uit te gaan van de relatieve afwijking, berekend aan de hand van een algoritme¹⁶, wordt geborgd dat extreem lage waarnemingen aan de linkerkant van het gemiddelde ook geschoond worden in de tariefberekening. Hiervoor is gekozen omdat bij een absolute uitbijteranalyse de harde ondergrens van € 0,00 in de kostprijsdataset ertoe leidt dat veel lage waarnemingen aan de linkerkant van het gemiddelde binnen de standaarddeviaties vallen. De relatieve benadering voorziet er in dat ook lage waarnemingen aan de linkerkant van het gemiddelde geschoond worden, wat een positief effect heeft op de verwachte productiewaarde.

Door bij de uitbijterschoning uit te gaan van dit algoritme en rekening te houden met het marktaandeel wordt voorkomen dat onevenredig veel waarnemingen aan de rechterkant van het gemiddelde worden geschoond. Door de schoning van de uitbijters neemt de totale verwachte productiewaarde van DBC-zorgproducten en overige

¹⁶ Dit algoritme betreft de 'log-ratio' datatransformatie. Met deze methode schalen we alle waarnemingen ten opzichte van het gewogen gemiddelde op een as van oneindig naar oneindig, met als eigenschap dat lager dan gemiddeld negatief wordt en groter dan gemiddeld positief. Bovendien ziet deze methode halveringen en verdubbelingen als gelijkwaardige afwijkingen.

zorgproducten toe met € 3.918.457. In onderstaande tabel wordt weergegeven bij hoeveel DBC-zorgproducten en overige zorgproducten uitbijters optreden en een schoning heeft plaatsgevonden. Bij 140 DBC-zorgproducten en 199 overige zorgproducten daalt de gemiddelde kostprijs na schoning van uitbijters. Bij 174 DBC-zorgproducten en 284 overige zorgproducten stijgt de gemiddelde kostprijs na schoning van uitbijters. In de meeste van deze gevallen zijn de mutatiepercentages hierbij marginaal.

	DBC-Zorgproducten	Overige Zorgproducten
Geen schoning	484 producten	367 producten
Schoning negatief	140 producten	199 producten
Schoning positief	174 producten	284 producten
Totaal producten	798 producten	850 producten

Tabel 4.3 – Effecten schoning uitbijters in de tariefberekening

4.3.2 Productiegegevens voor het samenstellen van conversietabellen

De tarieven van zorgproducten die wijzigen per 2016 worden berekend door middel van de conversiemethode. Hiervoor zijn conversietabellen samengesteld, waarbij gebruik is gemaakt van DIS en NFU productiegegevens die alle subtrajecten bevatten met openingsdatum vanaf 1 januari 2012 en met een sluitingsdatum tot en met 31 december 2014. In eerste instantie wordt voor het samenstellen van de conversietabellen de DIS dataset gebruikt. Echter, bij zorgproducten waarvoor onvoldoende subtrajecten (minder dan 5) voorkomen in de DIS dataset wordt teruggevallen op de NFU dataset.

Voor de conversieberekening is een productiedataset nodig op basis van de productstructuur 2013 en op basis van de productstructuur 2016. Om de productiegegevens op het niveau te brengen van 2013 en 2016 worden achtereenvolgens de volgende standaard databewerkingen uitgevoerd:

- Schoning en hervalidatie van de datasets (paragraaf 4.3.2.1)
- Transformatie van diagnose- en zorgactiviteitcodes (paragraaf 4.3.2.2)
- Toepassing van de registratieregels en afleiding naar zorgproductcodes (paragraaf 4.3.2.3)

In figuur 4.1 zijn de databewerkingen op schematische wijze weergegeven.



Figuur 4.1 – Totstandkoming productiedatasets

Voor de release RZ16a zijn voor de zorgproductgroepen interventieradiologie (zorgproductgroep 990062) en transplantatiezorg (zorgproductgroep 979002) speciale databewerkingen uitgevoerd. De reden hiervoor is dat het simuleren van de juiste koppeling van de zorgactiviteiten aan subtrajecten niet door middel van de standaardbewerkingen kan plaatsvinden. De speciale databewerkingen voor de zorgproductgroepen interventieradiologie en transplantatiezorg worden beschreven in paragraaf 4.3.2.5.

4.3.2.1 Schoning en hervalidatie van de datasets

De gegevens uit het DIS kunnen onvolkomenheden bevatten, zoals een instelling die bij een subtraject geen zorgactiviteiten heeft aangeleverd, of een instelling die bij alle zorgactiviteiten een aantal aanlevert met een veelvoud van 100. Indien deze onvolkomenheden herstelbaar zijn, bijvoorbeeld door het aantal zorgactiviteiten door 100 te delen, hebben wij de dataset gecorrigeerd. In andere gevallen, bijvoorbeeld bij ontbrekende data, wordt de DIS dataset geschoond voor deze onvolledige subtrajecten.

Als laatste controle wordt een zogenaamde 'hervalidatie' van de DIS data uitgevoerd. Hierbij wordt voor alle DIS subtrajecten opnieuw een zorgproductcode afgeleid. Deze wordt vergeleken met de door de instelling aan DIS aangeleverde zorgproductcode. Indien dit dezelfde zorgproductcode is, dan zitten alle producttyperende zorgactiviteiten in het subtraject en wordt deze goedgekeurd. Uiteindelijk gaan 32.450.383 subtrajecten (99,1%) in de DIS dataset door naar de volgende processen.

Omdat de NFU data in definitieve vorm is aangeleverd, is op deze dataset geen aanvullende schoning uitgevoerd. De NFU dataset bevat 3.955.843 subtrajecten met een openingsdatum vanaf 1 januari 2012. In Bijlage 4 zijn de belangrijkste kengetallen voor de DIS dataset en de NFU dataset weergegeven.

4.3.2.2 Omzetting van beëindigde zorgactiviteit- en diagnosecodes

Zowel de DIS als de NFU dataset bevatten gegevens vanaf 1 januari 2012. Sinds 1 januari 2012 zijn er veel diagnose- en zorgactiviteitcodes beëindigd. Sommige van deze codes hebben een opvolger gekregen. In het proces van transformatie krijgen de diagnose- en zorgactiviteitcodes die beëindigd zijn een nieuwe code. Dit gebeurt alleen als een juiste vervanger bestaat voor de oude code. Anders wordt de oude code niet vervangen.

Beide datasets doorlopen dit proces om alle codes, daar waar mogelijk, geldig te laten zijn op het niveau van 2013. Dit is op de datasets zonder de bewerkingen naar aanleiding van de projecten, omdat deze projecten nog niet golden per 2013. De transformatie voor de projecten gebeurt daarom pas later in het bewerkingsproces zodat, daar waar mogelijk, alle codes ook geldig zijn op het niveau van 2016.

4.3.2.3 Toepassing registratieregels en afleiding naar zorgproductcodes

Sinds 1 januari 2012 heeft een aantal wijzigingen van de registratieregels plaatsgevonden. De simulatie past de registratieregels van een specifieke release toe op de dataset, zodat de gehele dataset op identieke registratieregels is gebaseerd.

Het proces van simuleren is voor de simulatie van 2013 en 2016 in grote lijnen hetzelfde. De simulatie van 2013 en 2016 volgen grofweg de volgende stappen:

- *Samenvoegen van subtrajecten*

Indien van een patiënt binnen een instelling de diagnose van meer dan één subtraject gelijk is én deze diagnose met dezelfde diagnose niet voorkomt in de diagnosecombinatie tabel (DCT) staat, dan worden deze subtrajecten gecombineerd tot één supertraject. De overige subtrajecten vormen elk op zichzelf staande supertrajecten.

- *Bepalen afsluitmoment*

Op basis van alle registratieregels krijgt ieder supertraject alle mogelijke afsluitmomenten bepaald. De hiërarchie van de registratieregels bepaalt welke

afsluitmomenten het belangrijkste zijn en welke afsluitmomenten niet mee gaan naar het vaststellen van het uiteindelijke moment van afsluiten.

- *Verrijken van de dataset*

De verrijking wordt alleen toegepast voor de gesimuleerde productiedataset van 2016. Doordat per 1 januari 2015 de maximale doorlooptijd van subtrajecten is verkort naar 120 dagen, komt het voor dat bepaalde producttyperende zorgactiviteiten niet in een subtraject zitten. In de simulatie worden deze zorgactiviteiten in die gevallen extra toegevoegd, zodat de subtrajecten die ontstaan na 120 dagen alsnog naar het juiste zorgproductlabel afleiden.

Nadat de subtrajecten voldoen aan de registratieregels van het betreffende jaar, vindt als laatste stap in het proces een afleiding plaats, waarin aan deze subtrajecten een zorgproductlabel toegekend wordt.

4.3.2.4 Speciale databewerkingen

Voor de release RZ16a zijn voor de zorgproductgroepen interventieradiologie (zorgproductgroep 990062) en transplantatiezorg (zorgproductgroep 979002) speciale databewerkingen toegepast omdat het simuleren van de juiste koppeling van de zorgactiviteiten aan subtrajecten niet kan worden uitgevoerd door middel van de standaard databewerkingen. Deze speciale bewerkingen vormen een extra stap die is uitgevoerd voorafgaand aan het op niveau brengen van de dataset van 2013 naar 2016.

De DIS dataset ondergaat de bewerkingen van beide projecten, terwijl in de NFU dataset alleen bewerkingen voor transplantatiezorg zijn doorgevoerd. Dit is vanwege het feit dat de DIS dataset alle zorgproducten van interventieradiologie van 2013 bevat, waardoor hier niet teruggevallen wordt op de NFU dataset.

Interventieradiologie

In deze databewerking worden alle zorgactiviteiten die worden uitgevoerd door de interventieradioloog onderdeel gemaakt van het subtraject van de aanvragende behandelaar, waarvoor de interventieradioloog de zorg heeft geleverd. Daarmee komt het subtraject, maar niet de zorgactiviteiten, van de interventieradioloog te vervallen. Indien het subtraject niet te koppelen valt en bovendien de aanvrager van de zorgactiviteit een huisarts is, dan zal het subtraject van de interventieradioloog 'zorgtype 41' krijgen. Bij alle overige niet-koppelbare subtrajecten blijft de interventieradiologie in de dataset als poortspecialisme bestaan. De oorzaken van het niet kunnen koppelen van interventieradiologie aan een ander poortspecialisme zijn bijvoorbeeld foutieve registraties, onderlinge dienstverlening, doordat één van de subtrajecten een openingsdatum voor 1 januari 2012 heeft of doordat de interventieradioloog, zoals aangegeven in paragraaf 3.5, in bepaalde situaties nog hoofdbehandelaar kan zijn.

Transplantatiezorg

De zorgproducten voor transplantatiezorg hebben per 2016 een meer multidisciplinair karakter. Dit vereist dat bij de samenstelling van een gesimuleerde dataset voor transplantatiezorg speciale databewerkingen zijn uitgevoerd waarbij gebruik is gemaakt van specifieke patiënt- en instellingseigenschappen. Er is een aparte dataset gemaakt voor instellingen die vergunning hebben voor het uitvoeren van de betreffende transplantatie (transplantatiecentra) en een dataset voor de overige instellingen zonder vergunning. Voorts is bij het samenvoegen van subtrajecten rekening gehouden met het soort patiënt (donor/ontvanger), het soort orgaan (darm, eilandjes, lever, lever-nier, nier, nier-pancreas, pancreas) waarvoor het transplantatietraject plaatsvindt.

In de dataset worden de subtrajecten van één patiënt binnen dezelfde instelling met dezelfde orgaantransplantatiezorg (screening, begeleiding operatie/operatieve fase en nazorg) uiteindelijk omgezet tot één groot subtraject.

Indien bepaalde subtrajecten, bijvoorbeeld door foute registratie of onderlinge dienstverlening, niet gekoppeld kunnen worden tot een supertraject, vormen deze subtrajecten een eigen supertraject.

Per 2016 wijzigen de omschrijvingen van de zorgactiviteiten. De oude 'fase-zorgactiviteiten', waarin zowel de fase van de transplantatiezorg als het betreffende orgaan werd beschreven, worden vanaf 1 januari 2016 omgezet in nieuwe zorgactiviteitcodes die de fase van de transplantatiezorg op een gedetailleerder niveau beschrijven. Daarnaast zijn de zorgactiviteiten niet meer orgaanspecifiek. De oude codes worden omgezet naar de nieuwe codes op basis van de beschrijving van de oude codes en de overige patiëntkenmerken die het subtraject bevat.

4.3.3 Kostprijzen per zorgactiviteit

In de DIS en NFU datasets komen nieuwe zorgactiviteitcodes voor die nog geen kostprijs hebben. Om deze zorgactiviteitcodes te voorzien van een kostprijs is gekeken naar zorgactiviteitcodes die qua frequentie meer dan 5 keer voorkomen en die niet in zorgprofielklasse (ZPK) 18 tot en met 99 vallen. Nieuwe zorgactiviteitcodes zonder kostprijs worden hiërarchisch aangevuld op basis van datatransformatie, donormapping of een expert opinion. Bij een datatransformatie wordt de oude zorgactiviteitcode (kostendrager) omgezet naar de nieuwe zorgactiviteitcode. De kostprijs van de nieuwe zorgactiviteitcode wordt daarbij op basis van DIS-frequenties van zowel oude als nieuwe zorgactiviteitcodes middels een omrekenfactor vanuit de datatransformatie gewaardeerd. Bij donormapping ontvangt een nieuwe zorgactiviteitcode een donorkostprijs van een reeds bestaande zorgactiviteitcode. Tenslotte wordt bij een expert opinion een kostprijs van een nieuwe zorgactiviteitcode vastgesteld op basis van advies van interne en/of externe deskundigen. Hierbij kan voor de waardering van de ontbrekende kostprijzen van nieuwe zorgactiviteitcodes, conform de release RZ15a, ook worden gekeken naar de verhouding kostprijsklasse in combinatie met de ZPK van de reeds bestaande kostprijzen van zorgactiviteitcodes.

4.3.4 Geriatrische revalidatiezorg

Als uitgangspunt voor de berekening van de maximumtarieven voor de DBC-zorgproducten van geriatrische revalidatie zorg (GRZ) worden de landelijk gemiddelde profielen en landelijk gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit gebruikt. Ten behoeve van de berekening van tarieven 2016 zijn bij de GRZ-instellingen in 2014 kostprijzen per zorgactiviteit uitgevraagd over boekjaar 2013. Op basis van selectiecriteria zijn 75 instellingen geselecteerd om deel te nemen aan de kostprijsuitvraag en heeft 1 instelling vrijwillig gegevens aangeleverd. Een zorgaanbieder behoorde tot deze selectie indien het aandeel van de GRZ omzet van de instelling in 2012 hoger was dan 10% van de totale gedeclareerde omzet in dat jaar óf als een zorgaanbieder meer dan 4 miljoen aan GRZ omzet had in 2012. Uiteindelijk zijn 68 instellingen meegenomen in de kostprijs uitvraag 2014. Er zijn 3 instellingen die in 2014 geen geriatrische revalidatiezorg meer bleken te leveren en/of dubbel waren aangeschreven. De aanlevering is in deze gevallen door een van beide aangeschreven instellingen gedaan. Verder hebben 4 instellingen in 2013 geen geriatrische revalidatiezorg geleverd en hoeven daarom geen informatie aan te leveren. Ten slotte heeft 1 instelling vrijstelling gekregen, omdat deze onderdeel is van een ziekenhuis en ten tijde van de aanlevering nog niet over een goedgekeurde jaarrekening beschikte.

De aangeleverde kostprijzen per zorgactiviteit zijn door de zorgaanbieders berekend volgens het 'Kostprijsmodel DBC GRZ, versie 2.4'. Alle instellingen hebben kostprijzen voor de behandelaren aangeleverd op basis van genormaliseerde productiviteitspercentages. Daarnaast hebben in totaal 19 GRZ-instellingen ook kostprijzen aangeleverd uitgaande van gerealiseerde productiviteitspercentages van behandelaren. Deze groep is onvoldoende representatief en daarom onvoldoende betrouwbaar. Verder blijkt uit de analyse dat de gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit voor behandelaren op basis van gerealiseerde productiviteitspercentages

een aanzienlijk hogere cv-waarde hebben dan de gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit voor de genormaliseerde productiviteitspercentages. Daarom is besloten om de kostprijzen van zorgactiviteiten voor behandelaren te gebruiken met genormaliseerde productiviteitspercentages.

Er heeft geen instellingsschoning plaatsgevonden. Wel is een schoning uitgevoerd op het niveau van kostprijzen van zorgactiviteiten indien sprake is van een negatieve kostprijs (negatieve directe en/of indirecte kostprijs), negatieve frequentie of negatieve FTE aantallen. Verder is uit analyse van de kostprijsaanleveringen gebleken dat alle zorgactiviteiten een cv-waarde hebben van minder dan 0,3. Uitzondering is de zorgactiviteit 194801 – Huisbezoek met een cv-waarde van 0,7. De relatief hoge cv-waarde voor deze zorgactiviteit wordt verklaard door een extreem hoge en een extreem lage aanlevering. Na schoning van deze twee uitbijters is een gemiddelde kostprijs berekend met een acceptabele cv-waarde.

Voor drie zorgactiviteiten zijn geen kostprijzen door de referentiegroep aangeleverd. Daarom is voor twee zorgactiviteiten gebruikgemaakt van de expertmethode. Voor zorgactiviteit 194800 – Polikliniekbezoek is besloten om een expertprijs te bepalen. Evenals bij de kostprijsuitvraag over boekjaar 2010 is de kostprijs voor een polibezzoek gelijk aan de helft van de aangeleverde kostprijs voor een dagbehandeling. Voor de ambulante behandeldag (zorgactiviteit code 194805) is de donormethode toegepast en wordt een kostprijs gehanteerd die gelijk is aan de kostprijs voor de dagbehandeling (zorgactiviteit code 194803). Voor de zorgactiviteit 194825 - Hydrotherapie is geen aanlevering ontvangen, waardoor besloten is om de (geïndexeerde) kostprijs vanuit de kostprijsuitvraag 2010 over te nemen.

Productiedataset geriatrische revalidatiezorg

Voor de geriatrische revalidatie zorg is in tegenstelling tot de andere zorgproductgroepen gebruik gemaakt van DIS 2013 en 2014 gegevens. De reden hiervoor is dat de DIS registratie in 2013 is gestart en dat in 2014 veel nieuwe zorgproducten met ambulante vervolgbehandelingen zijn geïntroduceerd. Met deze dataset zijn we in staat om voor de ambulante zorgproducten medisch herkenbare profielen te berekenen, waardoor deze dataset representatiever is dan indien uitsluitend van DIS data 2013 gebruik was gemaakt. De DIS dataset 2013 en 2014 bevatten in totaal 35.574 trajecten afgesloten in 2013 en 2014. Er zijn drie instellingen voor geriatrische revalidatiezorg geschoond, omdat deze instellingen een extreem hoog en onjuist aantal dagbehandelingen hebben geregistreerd.

4.4 Tariefberekening

In paragraaf 4.2 is op hoofdlijnen de uitgangspunten van de tariefberekening beschreven. In paragraaf 4.3 zijn de gehanteerde bronnen toegelicht. In deze paragraaf wordt specifiek ingezoomd op de tariefberekening. Allereerst wordt in paragraaf 4.4.1 nader toegelicht hoeveel tarieven van producten per zorgproductgroep berekend zijn op basis van een kostprijsherijking, de indexatie van het huidige tarief of de conversiemethode. In paragraaf 4.4.2 wordt de conversiemethode nader beschreven. In paragraaf 4.4.3 wordt een aantal specifieke tariefaanpassingen en tarieftoeslagen toegelicht.

4.4.1 Categorie indeling zorgproducten

Instellingen hebben kostprijsgegevens aangeleverd over 2013. Hierbij vormt de productstructuur 2013 het uitgangspunt. Voor een aantal overige zorgproducten worden de tarieven niet gebaseerd op de aangeleverde kostprijzen, omdat een ander tariefbeleid van toepassing is. Deze producten zijn opgenomen in tabel 4.4. Dit betreft hoofdzakelijk de add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren. Ook geldt dit voor een beperkt aantal overige zorgproducten waarvoor in de eerste lijn of in de AWBZ tarieven worden bepaald, te weten prenatale screening, logopedie, bijzondere tandheelkunde en verpleging in thuissituatie. Op deze producten is het max-maxtarief

ook niet van toepassing. In de verdere beschrijving van de tariefberekening en de beoordelingsanalyses zijn deze producten niet meegenomen.

Zorgproductgroep	Aantal producten	Aangeleverde productiewaarde
OZP Supplementair - Stollingsfactor	78	121.588.101
OZP Supplementair - Add-on geneesmiddel	203	1.048.523.754
OZP Paramedische behandeling en onderzoek	17	962.122
OZP Overige verrichtingen en overige verrichtingen	5	331.263
OZP Eerstelijns Diagnostiek - Med. specialist. behand. en diagn	5	7.029.515
Totaal	308	1.178.434.755

Tabel
4.4 –
Product
en

uitgesloten van de tariefberekening

Daarnaast is er nog een aantal producten waar geen kostprijzen voor zijn aangeleverd, bijvoorbeeld omdat deze producten niet voorkomen of omdat deze producten nieuw zijn per 2013 en lange doorlooptijden kennen. De producten waarvoor geen kostprijzen zijn aangeleverd, zijn weergegeven in tabel 4.5 voor de DBC-zorgproducten en in tabel 4.6 voor de overige zorgproducten. In de tariefberekening worden deze producten geïndexeerd.

Zorgproductgroep – DBC-zorgproducten	Aantal producten
WBMV – Zenuwstelsel	6
Hart/long/hartlongtransplantatie/stamceltherapie/ritmechir/AICD-implant/PTCA/CABG/OpenHartOperatie (incl. WBMV)	5
Complex chronisch longfalen	1
Kindergeneeskunde oncologie	2
Kindergeneeskunde nefrologie	9
Kindergeneeskunde algemeen en neonatologie	5
Kindergeneeskunde longgeneeskunde	6
Kindergeneeskunde hematologie	3
Kindergeneeskunde allergologie	2
Kindergeneeskunde immunologische aandoeningen en infectieziekten	4
Kindergeneeskunde erfelijke/ aangeboren aandoeningen	2
Kindergeneeskunde endocrinologie	2
Totaal	47

Tabel 4.5 – DBC-zorgproducten zonder kostprijsaanlevering

Zorgproductgroep – Overige zorgproducten	Aantal producten
OZP Eerstelijns diagnostiek	7
OZP Eerstelijns Diagnostiek - Med. specialist. behand. en diagn.	10
OZP Overige verrichtingen	3
OZP Paramedische Behandeling en onderzoek	1
Totaal	21

Tabel 4.6 – Overige zorgproducten zonder kostprijsaanlevering

Voor het overige producten is kostprijsinformatie aangeleverd. Voor de producten die gewijzigd zijn na 2013 is de aangeleverde kostprijsinformatie echter niet één op één bruikbaar. Zoals in paragraaf 4.2 is toegelicht worden voor de producten die voor het laatst zijn gewijzigd per 2014 of per 2015 de huidige tarieven geïndexeerd. Dit is niet mogelijk voor producten die wijzigen per 2016 als gevolg van projecten, prestatieaanvragen en wijzigingsverzoeken. Om voor deze producten ook een tarief te kunnen berekenen wordt de conversiemethode toegepast.

Daarom onderscheiden we drie verschillende categorieën¹⁷ in de tariefberekening van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten voor 2016, afhankelijk van het jaar waarin het desbetreffende product voor het laatst inhoudelijk is gewijzigd. Tabel 4.7 geeft per productgroep een overzicht van de verschillende categorieën.

Categorie-indeling DBC-Zorgproducten		Kostprijsherijking		Indexatie		Conver sie	Totaal
Zorgproductgroep		Laatste productstructuurwijziging in:					
		2012	2013	2014	2015	2016	
972800	WBMV - Klinische genetica en overige klinische genetica					4	4
972802	WBMV - Zenuwstelsel		39				39
972804	Infertiliteit (incl WBMV)	18		8		3	29
979001	Hart/long/hartlongtransplantatie/stamceltherapie/ritmechir/AICD-implant/PTCA/CABG/OpenHartOperatie (incl WBMV)		96	1		1	98
979002	Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (incl WBMV)					89	89
979003	Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl WBMV) ¹⁸	8	10	2		1	21
979004	Gespecialiseerde brandwondenzorg	11				1	12
990011	Chronische thuisbeademing	9					9
990017	Neonatologie		12				12
990022	Complex chronisch longfalen		21	15			36
990027	Revalidatiegeneeskunde		58	2			60
990029	Psychiatrie	4					4
990040	Palliatieve zorg	6					6
990116	Kindergeneeskunde oncologie		18				18
990216	Kindergeneeskunde nefrologie		48	3			51
990316	Kindergeneeskunde algemeen en neonatologie		24	22		5	51
990416	Kindergeneeskunde maag-darm-lever		53				53
990516	Kindergeneeskunde cardiologie		7	21			28
990616	Kindergeneeskunde longgeneeskunde		53				53
990716	Kindergeneeskunde metabole ziekten		10				10
990816	Kindergeneeskunde hematologie		23				23
991016	Kindergeneeskunde allergologie		19				19
991116	Kindergeneeskunde immunologische aandoeningen en infectieziekten		18	5			23
991216	Kindergeneeskunde psychosociaal		7	11			18

¹⁷ Bij deze indeling zijn de producten geriatrische revalidatiezorg uitgesloten, omdat hier een ander kostprijsmodel wordt toegepast. De tariefberekening voor de geriatrische revalidatiezorg wordt apart verantwoord.

¹⁸ De vier DBC-zorgproducten voor post-transplantatietrajecten (zorgproducten 979003008, 979003009, 979003013, 979003020) zijn in de tariefberekening geïndexeerd, omdat een aantal UMC's heeft aangegeven dat de verpleegdagen niet goed gekoppeld zijn aan deze kostprijzen.

991316	Kindergeneeskunde erfelijke/aangeboren aandoeningen		20				20
991416	Kindergeneeskunde reumatologie		21				21
991516	Kindergeneeskunde endocrinologie		30				30
991630	Kinderneurologie (excl epilepsie/slaapstoornissen)					59	59
Totaal aantal producten		56	587	90		163	896
Totaal productiewaarde		€1.840,3 mln.		€ 175,6 mln.		€ 180,4 mln.	€ 2.196,3 mln.

Tabel 4.7 – Overzicht categorie-indeling per zorgproductgroep

Uit deze tabel volgt dat er in totaal voor de 896 DBC-zorgproducten, na schoning van producten waar geen kostprijzen voor is aangeleverd, bij 643 producten de tarieven herijkt worden op basis van de aangeleverde kostprijzen over 2013. Deze producten bevatten een gezamenlijke productiewaarde van €1.840,3 miljoen. Er zijn 163 nieuwe DBC-zorgproducten per 2016 met een gezamenlijke productiewaarde van € 180,4 miljoen, waarvan de tarieven herijkt worden door middel van de conversiemethode. De overige 90 producten worden geïndexeerd, omdat deze producten veranderd zijn in 2014 en 2015.

Categorie-indeling Overige zorgproducten	Kostprijsherijking	Indexatie	Conversie ¹⁹	Totaal		
Zorgproductgroep	Laatste productstructuurwijziging in:					
	2012	2013	2014		2015	2016
OZP Eerstelijns diagnostiek	559		9	4		572
OZP Eerstelijns Diagnostiek - Med. specialist. behand. en diagn.	83	17	9	7		116
OZP Overige verrichtingen	15	7	107	33	3	164
OZP Paramedische behandeling en onderzoek	5	6	4			15
OZP Supplementair - Add-on IC	7		5			12
OZP Supplementair - Overig traject	6					6
Totaal aantal producten	675	30	135	44	3	887
Totaal productiewaarde	€ 1.208,1 mln.		€ 64,1 mln.		€ 0	€1.272,2 mln.

Tabel 4.8 – Overzicht categorie-indeling per zorgproductgroep

De indeling van de overige zorgproducten is weergegeven in tabel 4.8. Uit deze tabel volgt dat er in totaal voor de 887 overige zorgproducten, na schoning van producten waar geen kostprijzen voor is aangeleverd, bij 705 producten de tarieven herijkt worden op basis van de aangeleverde kostprijzen over 2013. Deze producten bevatten een gezamenlijke productiewaarde van €1.208,1 miljoen. De overige 179 producten worden geïndexeerd, omdat deze producten veranderd zijn in 2014 en 2015. Deze producten vertegenwoordigen gezamenlijk een productiewaarde van € 64,1 miljoen. Daarnaast zijn er 2 producten voor kaakchirurgie nieuw per 2016. Deze producten zijn op basis van de eerstelijns mondzorg van een tarief voorzien. Ook is er een nieuw overig zorgproduct voor de BRCA1-like test ontwikkeld, zoals in paragraaf 4.4.3.5 wordt toegelicht.

Kostprijsherijking

Indien 2012 of 2013 het laatste jaar is waarin een zorgproduct medisch inhoudelijk is gewijzigd, dan is het tarief gebaseerd op het gewogen gemiddelde, na schoning voor uitbijters, van alle aangeleverde kostprijzen over boekjaar 2013. Vervolgens is op deze

¹⁹ Bij de overige zorgproducten zijn er een aantal nieuwe producten per 2016. Deze producten worden niet geconverteerd, maar via een expertbenadering van een tarief voorzien. Daarom is er van deze categorie ook geen verwachte productiewaarde van bekend.

kostprijs het mutatiepercentages voor verkorting van de doorlooptijd naar 120 dagen verwerkt op basis van de mutatiepercentages van de release 2015. Tot slot is het tarief geïndexeerd naar het prijspeil 2016.

Indexatie

Indien 2014 of 2015 het laatste jaar is waarin een zorgproduct medisch inhoudelijk is gewijzigd, dan is het vastgestelde RZ15 tarief geïndexeerd. Aangezien het effect van de doorlooptijdverkorting al is verwerkt in de tarieven voor 2015, betekent dit dat er geen nieuw mutatiepercentages zijn berekend.

Conversiemethode

Indien het zorgproduct is gewijzigd in 2016, dan is het tarief berekend via de conversiemethode waarbij de integrale productiewaarde van de aangeleverde kostprijzen over 2013 als basis dient. Vervolgens is deze productiewaarde geconverteerd naar de productstructuur 2016. De conversiemethode wordt in de volgende paragraaf nader toegelicht.

4.4.2 Beschrijving conversiemethode

De conversiemethode wordt toegepast op alle DBC-zorgproducten die wijzigen per 2016. Indien het zorgproduct is gewijzigd in 2016, dan is het tarief berekend via de conversiemethode waarbij de integrale productiewaarde van de aangeleverde kostprijzen over 2013 als basis dient. Vervolgens is deze productiewaarde geconverteerd naar de productstructuur 2016.

Voor de conversiemethode zijn de geopende en gesloten trajecten in 2012 en 2013 gebruikt. DIS is hierbij leidend en bij minder dan 5 trajecten wordt er naar de NFU dataset gekeken. Indien in de NFU dataset ook geen 5 trajecten aanwezig zijn dan wordt het product als expertproduct beschouwd. Het tarief komt dan vervolgens via donormapping tot stand of via een expertroute.

De conversietabel is een geïntegreerde conversietabel die bestaat uit ziekenhuiskosten, poortershonorarium en ondersteunerskosten. Voor het berekenen van de conversietabel 2013-2016 voor ziekenhuiskosten worden de kosten van alle zorgactiviteiten meegenomen. Bij de berekening van de conversietabel 2013-2016 voor het ondersteunershonorarium worden uitsluitend de zorgactiviteiten meegenomen die in het profiel bijdragen tot de werklust van ondersteuners. Voor het bepalen van de conversietabel 2013-2016 voor het poortershonorarium wordt een aparte werklustgerelateerde conversietabel samengesteld. Door deze te baseren op de uitgeleverde poortertarieven in 2013 wordt de hoogte van het initiële tarief gewaarborgd. Bij het berekenen van de omzetting van poortershonorarium voor zorgproducten 2013 naar het poortershonorarium voor zorgproducten 2016 wordt onderscheid gemaakt tussen operatieve zorgproducten en niet operatieve zorgproducten. Voor niet-operatieve zorgproducten worden alleen kosten van zorgactiviteiten van zorgprofielklassen 1 t/m 6 tot de werklust meegerekend. Voor operatieve zorgproducten worden de kosten van zorgactiviteiten in zorgprofielklasse 2 (Dagverpleging) en 3 (Klinische dagen) niet meegerekend tot de werklust. Deze aanpak is ook gehanteerd bij de bepaling van de doorlooptijdverkorting in de release RZ15a.

In de onderstaande tabel staat per productgroep waar de conversiemethode wordt toegepast het aantal producten en de totale productiewaarde opgenomen. Niet voor alle producten leidt de conversiemethode tot een uitkomst. Op het moment dat er minder dan 5 trajecten in de DIS dataset of de NFU dataset aanwezig zijn, volgt uit de conversiemethode geen tarief. In dat geval is een expertmethode toegepast om tot een tarief te komen.

Zorgproductgroep – DBC-zorgproducten	Aantal producten conversie	Expertproducten	Totale productiewaarde
--------------------------------------	----------------------------	-----------------	------------------------

WBMV - Klinische genetica	4	4	47.156.514
Infertilitet (incl. WBMV)	3	1	7.636.963
Hart/long/hartlongtransplantatie/stamceltherapie	1	1	
Nier-/lever-/darm-/eilandjes-/pancreastransplantatie (incl WBMV)	89	45	62.356.814
Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl WBMV)	1	0	13.334.922
Gespecialiseerde brandwondenzorg	1	0	1.037.996
Kindergeneeskunde overige pediatrie	5	4	9.859.193
Kinderneurologie (excl. epilepsie/ slaapstoornissen)	59	5	39.033.295
Totaal	163	60	€ 180.415.697

Tabel 4.9 – Overzicht conversieberekening per zorgproductgroep

In totaal zijn er 60 van de 163 conversieproducten waar de conversiemethode niet leidt tot het gehanteerde tarief per 2016, omdat er onvoldoende trajecten in de productiedataset aanwezig was. Deze 60 producten vormen de expertproducten, waarvan het merendeel terecht komt bij de transplantatiezorg. Er zijn twee methoden om vervolgens voor deze expertproducten tot een tarief te komen. De voorkeurmethode is donormapping, waarbij het tarief van een medisch inhoudelijk vergelijkbaar zorgproduct wordt overgenomen. Als dit niet mogelijk is wordt teruggevallen op een expertbenadering, waarbij op basis van het oordeel van deskundigen het tarief uiteindelijk bepaald wordt.

Van de 60 expertproducten zijn er 14 zorgproducten via donormapping van een tarief voorzien. Het gaat om medisch inhoudelijk verwante zorgproducten. De overige 47 producten zijn door een expertbenadering van een tarief voorzien, omdat donormapping niet mogelijk was.

De tarieven van de zorgproductgroep Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (transplantatiezorg) vallen onder de conversiemethode, omdat deze productgroep in het geheel verandert per 2016. In totaal zijn er 89 declarabele zorgproducten voor transplantatiezorg, waarvan in beginsel 44 producten via de conversieberekening van een tarief voorzien worden. Van deze 44 producten zijn bij 6 zorgproducten de uitkomsten van de conversiemethode vervolgens overruled om de logische volgorde binnen de gehele zorgproductgroep te bewaken.

De overige 45 zorgproducten betreffen expertproducten, waarvan in de NFU/DIS dataset minder dan 5 trajectaantallen voorkomen. Hierbij bleek donormapping niet mogelijk. Bij deze expertproducten zijn de tarieven daarom tot stand gekomen via een expert opinion, waarbij rekening gehouden werd met logische volgorde. In tabel 4.10 komt dit specifiek overzicht voor transplantatiezorg terug. Hierbij in onderscheid gemaakt in de volgende categorieën: screening ontvanger, transplantatie ontvanger, nazorg ontvanger en donor.

Nier-/lever-/darm-/eilandjes-/pancreastransplantatie (incl WBMV)	Aantal producten	Aantal expertproducten	Aantal expert opinion
Screening ontvanger	38	25	2
Transplantatieontvanger	21	8	4
Nazorgontvanger	20	6	
Donor	10	6	
Totaal	89	45	6

Tabel 4.10 – Overzicht conversieberekening transplantatiezorg

4.4.3 Overige tariefaanpassingen

4.4.3.1 Tariefopslagen voor fertiliteitshormonen en voedingssupplementen

Bij de berekening van de maximumtarieven voor het DBC-pakket 2016 dient rekening te worden gehouden met overhevelingen van kosten naar de medisch specialistische zorg die tot en met 2013 uit andere bronnen werden gefinancierd en zodoende niet zijn verwerkt in de kostprijsaanleveringen over boekjaar 2013. Dit betreft overheveling van de kosten voor fertiliteitshormonen vanuit het GVS naar de medisch specialistische zorg en de toevoeging van de kosten van voedingssupplementen. Deze extra kosten worden verwerkt in de maximumtarieven 2016 via een tariefopslag. De toeslagen voor fertiliteitshormonen en voedingssupplementen zijn niet opnieuw berekend, maar overgenomen van de release 2014 en geïndexeerd naar prijspeil 2016. Aangezien alle zorgproducten in de categorie 'kostprijsheerijking' zitten wordt, om rekening te houden met effecten van verkorting van de doorlooptijd, de tarieftoeslag vermenigvuldigd met het mutatiepercentage van de release 2015. Het betreft in totaal 22 zorgproducten die voorzien worden van een toeslag voor fertiliteitshormonen en 5 zorgproducten die voorzien worden van een toeslag voor voedingssupplementen.

4.4.3.2 Tariefopslagen voor interventieradiologie

Zoals in hoofdstuk 3 is toegelicht worden de behandelingen van de interventieradioloog waarbij geen sprake is van hoofdbehandelaarschap of een eigen zorgvraag, per 2016 onderdeel van het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar. De wetenschappelijk vereniging voor interventieradiologie heeft aangegeven dat voor bepaalde behandelingen de interventieradioloog zelf hoofdbehandelaar kan zijn. Om de omvang te bepalen van de productie waarbij de interventieradioloog als hoofdbehandelaar kan optreden, is een koppelalgoritme toegepast op de DIS 2012-2013 dataset (zie hoofdstuk 4.3.2.4). Na toepassing van de standaard databewerkingen en het koppelalgoritme blijkt dat 50,26% van de integrale productiewaarde in de zorgproductgroep 990062 (interventieradiologie) blijft en dat 49,75% van de integrale productiewaarde van interventieradiologie terechtkomt in andere zorgproductgroepen (zie tabel 4.11). Ongeveer 1,18% van de integrale productiewaarde belandt in declarabele zorgproducten van het geregeerde segment. Voor deze zorgproducten zijn met behulp van de conversiemethode tariefopslagen berekend. In totaal komen 144 zorgproducten in het geregeerde segment in aanmerking voor een tarieftoeslag voor interventieradiologie. Bij transplantatiezorg zijn geen tarieftoeslagen verwerkt omdat deze tarieven grotendeels zijn gebaseerd op expertprijzen.

Segment		Verdeling in RZ16a
A-segment		1,17%
B-segment	990062	50,28%
	Overige zorgproductgroepen	48,57%
Totaal		100%

Tabel 4.11 – Verwachte productiewaardeverdeling interventieradiologie in 2016

4.4.3.3 Tariefaanpassing onverzekerde zorg kinderchirurgie

In de RZ15b release zijn met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014 binnen zorgproductgroep 990356 (kinderchirurgie) twee DBC-declaratiecodes voor onverzekerde zorg geïntroduceerd. Voor de betreffende declaratiecodes (17E443 en 17E444) zijn destijds echter in de tarieventabel geen

honorariumcomponenten opgenomen. Daarom is voor deze declaratiecodes voor onverzekerde zorg, in overeenstemming met de prestaties 15E443 en 15E444 voor verzekerde zorg, met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014 een honorariumtarief van respectievelijk € 80,63 en € 63,39 opgenomen. Per 1 januari 2015 is op deze twee prestaties, als gevolg van de invoering van de integrale tarieven, geen tariefregulering meer van toepassing.

4.4.3.4 Berekening tariefopslag NICU voor neonatale gehoorscreening

In de functiegerichte budgettering was er een component in het budget van het coördinerend centrum voor neonatale gehoorscreening in Nederland opgenomen ter dekking van de kosten van dit soort onderzoek. Vanaf 1 januari 2016 zijn de kosten voor neonatale gehoorscreening verwerkt in het integrale add-on tarief voor de NICU (zorgactiviteitcode 190150 – Neonatale IC behandeldag). Uit onderzoek naar de kosten en productiegegevens van de NICU's over 2014 blijkt dat de gemiddelde kosten per kind gelijk zijn aan € 102,68. Aan de hand van het gemiddeld aantal NICU verpleegdagen per kind zijn de kosten voor neonatale gehoorscreening omgerekend naar een tariefopslag van € 9,93 per NICU verpleegdag (prijspeil 2016). Uit het onderzoek blijkt ook dat bij vrijwel 100% van de kinderen op de NICU een gehoorscreening wordt uitgevoerd. Gezien het hoge percentage en het relatief geringe bedrag voor de gehoortest concluderen we dat het effect op de kostenhomogeniteit van de NICU behandeldag verwaarloosbaar is. Daarom zijn de kosten in het integrale tarief voor de NICU behandeldag verwerkt.

4.4.3.5 Tarief voor BRCA1-like test

Naar aanleiding van wijzigingsverzoek 201913 is er een nieuwe OZP-code aangemaakt, namelijk zorgactiviteitcode 050532 (Complexe moleculaire diagnostiek: onderzoek naar indicatoren voor BRCA1-pathway defecten, BRCA1-like test). Deze OZP-code is ingedeeld in de categorie 'overige verrichtingen' en heeft tarieftype 13 toegekend gekregen. Voor de bepaling van het gereguleerde tarief is gebruik gemaakt van de gegevens uit het kostenonderzoek van de afdeling Finance & Control van het Nederlands Kanker Instituut. Uit dit onderzoek volgt dat op basis van prijspeil 2014 een BRCA1-like test gemiddeld € 996,55 kost. Op basis van prijspeil 2016 wordt voor de BRCA1-like test een tarief gehanteerd van € 1.010,64.

4.4.3.6 Tariefberekening voor zelfmeting bloedstollingswaarden

Voor de zelfmeting bloedstollingswaarden kon in 2013 nog gebruik worden gemaakt van de volgende prestaties:

- 190248 Zelfmeting bloedstollingswaarden: training / instructie (eenmalig) via internet.
- 190249 Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding / controle (per kwartaal) via internet.
- 190252 Zelfmeting bloedstollingswaarden: training / instructie (eenmalig)
- 190253 Zelfmeting bloedstollingswaarden: begeleiding / controle (per kwartaal).

De prestaties 190248 en 190249 werden (onder de begrotingssystematiek) door de trombosediensten gebruikt als sluittarieven. Sinds 2014 zijn trombosediensten overgegaan op prestatiebekostiging en hadden deze twee prestaties eigenlijk beëindigd moeten worden. Dit is niet gebeurd en in de Tarieventabel en NZa-tariefapplicatie stonden deze prestaties nog steeds vermeld met een nultarief. Daarom worden deze prestaties per 1 januari 2016 beëindigd en dienen alle instellingen met ingang van 2016 gebruik te maken van de prestaties 190252 en 190253.

Een aantal instellingen heeft bij hun kostprijsaanleveringen over boekjaar 2013 de kosten voor zelfmeting bloedstollingswaarden toegerekend aan de prestaties 190248 en 190249. De brancheorganisatie voor de trombosediensten heeft gevraagd of de betreffende goedgekeurde kostprijsaanleveringen ook kunnen worden meegenomen bij de tariefberekening voor 2016. Om hieraan tegemoet te komen is het tarief 2016 voor 190252 berekend als het volume-gewogen gemiddelde van de aangeleverde kostprijzen over boekjaar 2013 voor de prestaties 190248 en 190252. Evenzo is het tarief 2016 voor 190253 gelijk aan het gewogen gemiddelde van de aangeleverde kostprijzen voor de prestaties 190249 en 190253.

4.4.3.7 Tariefaanpassing OZP's 199802 en 039696

De OZP's 199802 ("Verdoving door middel van algehele narcose (anesthesie) bij bijzondere tandheelkundige behandelingen") en 039696 ("Pre-assessment") vanuit het normtijdentrace in 2014 ten onrechte een normtijd toegekend hebben gekregen. Hierdoor is voor deze OZP's in de Tarieventabel een tarief opgenomen. Aangezien dit OZP's met een vrij onderhandelbaar tarief betreffen (zie bijlage 4 van beleidsregel BR_CU_2136) dient dit echter een 0-tarief te zijn. Daarom zijn de tarieven voor deze OZP's met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2015 op 0 gezet.

4.4.4 Geriatrische revalidatiezorg

Tariefberekening

De productstructuur voor de geriatrische revalidatie zorg is bij de release RZ16a niet gewijzigd. De RZ16a tarieven zijn berekend aan de hand van de landelijk gemiddelde zorgproductprofielen en landelijk gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit. Om de landelijk gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit te actualiseren is in het najaar 2014 een kostprijsonderzoek uitgevoerd waarbij kostprijzen over boekjaar 2013 zijn uitgevraagd.

De tarieven bevatten opslagen voor kapitaallasten, NHC en boven-budgettaire hulpmiddelen (BBH). De toerekening van deze opslagen gebeurt op basis van het aantal zorgactiviteiten per zorgproduct voor verpleegdag, afwezigheidsdag, polikliniekbezoek, dagbehandeling en ambulante behandeldag.

Opslag voor boven-budgettaire hulpmiddelen

Tot en met 2014 werden de kosten voor boven-budgettaire hulpmiddelen (BBH) nog ten laste gebracht van de AWBZ. Vanaf 1 januari 2015 zijn de BBH kosten overgeheveld naar de ZVW en verwerkt in de tarieven voor de DBC-zorgproducten. Evenals bij de RZ15a release zijn de BBH kosten in de RZ16a tarieven verwerkt door middel van een opslag van 1,902% op de kostprijs voor de verpleegdag.

Opslag voor kapitaallasten en de normatieve huisvestingscomponent

In de RZ16a tarieven voor geriatrische revalidatiezorg is een gedifferentieerde opslag voor kapitaallasten opgenomen. Deze opslag is verwerkt in de kostprijzen voor polikliniekbezoek, dagbehandeling, ambulante behandeldag, verpleegdag en afwezigheidsdag. De kapitaallastenopslag voor de verpleegdag en afwezigheidsdag geldt als de zogenaamde normatieve huisvestingscomponent (NHC) en wordt jaarlijks met 2,5% geïndexeerd. Voor de kapitaallasten opslag voor de dagbehandeling, ambulante behandeldag en het polikliniekbezoek geldt de reguliere indexatie naar prijspeil 2016.

4.4.5 Prijsindexatie

Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat in verband met de invoering van integrale tarieven de splitsing in de indexering van kostendeel en honorariumdeel, zoals die in de voorgaande releases werd gehanteerd, komt te vervallen. Daarom zullen vanaf 2016 de tarieven geïndexeerd worden met één indexpercentage. Deze

index wordt bepaald conform de methodiek zoals opgenomen in bijlage 8 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'. Op basis van de door het ministerie van VWS aangedragen gegevens is de integrale prijsindex 2015-2016 berekend. Deze prijsindex bedraagt 0,26% en is verwerkt in de RZ16a tarieven.

Om de integrale productprijzen voor zorgproducten te indexeren naar prijspeil 2016 zijn de kostdelen en honorariumdelen voor boekjaar 2013 eerst afzonderlijk geïndexeerd naar prijspeil 2015 door middel van de gedifferentieerde indexatiepercentages 2014 en 2015, en vervolgens met de integrale prijsindex 2015-2016 naar het prijspeil 2016 gebracht. Voor zorgproducten uit categorie 'indexatie' is alleen de integrale prijsindex 2016 toegepast op de RZ15 tarieven, omdat de prijsindexatie van voorgaande jaren al is verwerkt in de tarieven 2015.

4.5 Beoordeling tarieven

In de vorige paragrafen is toegelicht hoe de tariefberekening voor het pakket 2016 is vormgegeven. In deze paragraaf geven we de effecten weer van de nieuwe tarieven. Allereerst wordt het effect van de aangeleverde kostprijzen geanalyseerd. Hierbij maken we onderscheid in de beoordeling op de aangeleverde kostprijzen 2013 (paragraaf 4.5.1), de verwachte productiewaardeontwikkeling (paragraaf 4.5.2), de homogeniteit van kostprijzen (paragraaf 4.5.3) en de kostprijsaanlevering die in de conversiemethode is gebruikt (paragraaf 4.5.4). In paragraaf 4.5.5 en 4.5.6 wordt vervolgens een nadere beoordeling op de tarieven gegeven voor de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten en de geriatrische revalidatiezorg. Paragraaf 4.5.7 geeft een nadere analyse op de max-maxtarieven. In paragraaf (4.5.8) wordt een algehele conclusie op de vastgestelde tarieven gegeven.

Om het effect van de nieuwe kostprijzen en tarieven op de verwachte productiewaarde inzichtelijk te maken, zijn de prijseffecten vermenigvuldigd met productieaantallen. In alle analyses is hierbij het geschoonde productievolume van afgekeurde kostprijsaanleveringen (paragraaf 4.3.1) en van uitbijters (paragraaf 4.3.1.2) niet meegenomen. De genoemde bedragen sluiten dus vanzelfsprekend niet één op één aan bij het totale gereguleerde segment.

4.5.1 Analyse op uitgangspunten

In paragraaf 4.2 is toegelicht dat er een aantal gewijzigde uitgangspunten is verwerkt in de tariefberekening voor het jaar 2016. In paragraaf 4.5.1 gaan we per gewijzigd uitgangspunt na wat het effect van de wijziging is. Hierbij komen achtereenvolgens de nieuwe kostprijzen over 2013 (paragraaf 4.5.1.1), de uitbreiding van de reikwijdte (paragraaf 4.5.1.2), het hanteren van het gewogen gemiddelde (paragraaf 4.5.1.3) en de uitbreiding van de berekening met de loonkosten van medisch specialisten (paragraaf 4.5.1.4) aan bod.

De kostprijzen zijn aangeleverd over 2013 op basis van de maximale doorlooptijd van 365 dagen. In deze paragraaf vergelijken we daarom de aangeleverde kostprijzen op basis van de productstructuur 2013, waarop de kostprijzen zijn aangeleverd. Hierin is de doorlooptijdverkortening nog niet doorgevoerd. Om die reden hebben we het effect van de loonkosten ook gebaseerd op de honorariumtarieven uit de release RZ14c.

4.5.1.1 Stabiliteit kostprijsaanleveringen

Voor de DBC-zorgproducten en de overige zorgproducten (OZP's) die niet gewijzigd zijn sinds het jaar 2012 en waarvoor kostprijzen aangeleverd zijn over zowel de jaren 2012 als 2013 hebben wij een stabiliteitsanalyse uitgevoerd. Dit betekent dat wij onderzocht hebben welk effect de nieuw aangeleverde kostprijzen over het boekjaar 2013 hebben op de productiewaarde ten opzichte van de kostprijzen over het boekjaar 2012. Om deze vergelijking goed te kunnen maken, hebben wij alleen de instellingen meegenomen in de analyse die over beide jaren kostprijzen aangeleverd hebben. Dit zijn in totaal 65 instellingen. Daarnaast hebben we het oude beslismodel toegepast, zodat het effect van het aanpassen van het beslismodel (van mediaan naar

gemiddelde) niet meegenomen wordt. Dit effect wordt apart beschreven in paragraaf 4.5.1.3.

De stabiliteitsanalyse laat naast een prijseffect ook een volume-effect zien. Er zijn immers ook nieuwe volumes aangeleverd over boekjaar 2013. Wij hebben beide effecten in kaart gebracht. In tabel 4.12 is deze stabiliteitsanalyse weergegeven.

Volume	Kostprijs	Productiewaarde DBC-zorgproducten	Δ (%)	Productiewaarde OZP's (€)	Δ (%)
2012	2012	66.999.597		675.315.451	
2013	2012	80.429.177	20	624.410.288	-8
2013	2013	72.055.581	-10	597.451.304	-4

Tabel 4.12 – Stabiliteitsanalyse

Volume-effect

Om het volume-effect inzichtelijk te maken, hebben wij de kostprijzen over boekjaar 2012 gehanteerd. Vervolgens hebben we de productiewaarde op basis van de volumes uit 2012 vergeleken met de productiewaarde op basis van de volumes uit 2013. Uit tabel 4.12 blijkt dat de productiewaarde voor DBC-zorgproducten hierdoor stijgt met 20%. Dit betekent dat de productieaantallen van de specifieke set van ongewijzigde DBC-zorgproducten sinds 2012 is toegenomen in 2013 ten opzichte van 2012. Voor de OZP's is juist een daling in productieaantallen zichtbaar. De productiewaarde voor OZP's daalt namelijk met 8%.

Prijseffect

Om het prijseffect inzichtelijk te maken, hebben wij de volumes over boekjaar 2013 gehanteerd. Vervolgens hebben we de productiewaarde op basis van de kostprijzen uit 2012 vergeleken met de productiewaarde op basis van de kostprijzen uit 2013. Uit tabel 4.12 blijkt dat de productiewaarde hierdoor daalt met 10% voor DBC-zorgproducten en met 4% voor OZP's. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de instellingen die over beide jaren kostprijzen aangeleverd hebben gemiddeld een lagere gemiddelde kostprijs per product over boekjaar 2013 hebben aangeleverd voor de specifieke set met producten die ongewijzigd is per 2012.

4.5.1.2 Uitbreiding reikwijdte nadere regel

De reikwijdte van de regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' is ten behoeve van de kostprijsaanlevering over 2013 uitgebreid. Over boekjaar 2013 hebben niet alleen algemene ziekenhuizen, UMC's en instellingen voor revalidatiezorg kostprijzen aangeleverd, maar ook de zelfstandige behandelcentra (ZBC's), huisartsenlaboratoria en de trombosediensten. Het effect dat deze uitbreiding van de reikwijdte heeft op de productiewaarde van DBC-zorgproducten en OZP's is weergegeven in tabel 4.13. In deze tabel hebben we alle producten opgenomen die sinds 2013 ongewijzigd zijn. Dit in tegenstelling tot de bovenstaand beschreven stabiliteitsanalyse, waarin alleen de producten zijn opgenomen die sinds 2012 niet meer zijn veranderd. Dit vormt het verschil tussen de € 72 miljoen uit tabel 4.12 en de € 128,9 miljoen uit tabel 4.13.

Reikwijdte	Volume	Productiewaarde DBC-zorgproducten	Δ (%)	Productiewaarde OZP's (€)	Δ (%)
2012	2013	128.926.769		597.451.304	
2013	2013	128.582.800	0	605.377.832	1

Tabel 4.13 – Analyse reikwijdte

Het uitbreiden van de reikwijdte leidt tot meer aanleveringen van kostprijzen en hiermee samenhangend tot een hoger totaal volume per product. Er zijn 154 instellingen die over 2013 kostprijzen hebben aangeleverd. Om enkel het prijseffect van de uitbreiding van de reikwijdte inzichtelijk te maken, hebben wij de volumes over

boekjaar 2013 gehanteerd en afgezet tegen de referentiegroep van 65 instellingen die over beide jaren kostprijzen hebben aangeleverd. Vervolgens hebben we de productiewaarde op basis van de kostprijzen met de reikwijdte uit 2012 vergeleken met de productiewaarde op basis van de kostprijzen met de uitgebreide reikwijdte uit 2013. Uit tabel 4.13 blijkt dat de productiewaarde voor zowel DBC-zorgproducten als OZP's vrijwel gelijk blijft. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het uitbreiden van de reikwijdte op totaalniveau een minimaal effect heeft op de hoogte van de tarieven. Tabel 4.13 geeft het effect weer op macroniveau. Op product- of productgroepniveau kan dit vanzelfsprekend wel tot significante mutaties leiden. Daarnaast is het van belang om te beseffen dat bovenstaande vergelijking nog gebaseerd is op het beslisschema waarbij de mediaan het uitgangspunt vormt. Hierbij wordt dus geen rekening gehouden met het volumeaandeel van de toegevoegde instellingen in de reikwijdte. In paragraaf 4.5.1.3 wordt het effect van het gewogen gemiddelde ten opzichte van de mediaan beschreven.

4.5.1.3 Toepassing gewogen gemiddelde

Ten opzichte van het beslisschema dat gevolgd is voor de tariefberekening vanaf de release RZ14a zijn de kostprijsprincipes aangepast. Zoals in paragraaf 4.2 is toegelicht vormde de mediaan voorheen het uitgangspunt in de tariefberekening. In de tariefberekening voor 2016 is het gewogen gemiddelde (na schoning voor representatieve uitbijters) toegepast. Het effect van deze beleidsmatige keuze hebben wij op twee niveaus in kaart gebracht, namelijk op basis van enkel het prijseffect van de nieuwe reikwijdte (tabel 4.14) en op basis van zowel het prijseffect als het volume-effect van de nieuwe reikwijdte (tabel 4.15). In tabel 4.14 zijn de productieaantallen van de instellingen die zijn toegevoerd aan de reikwijdte niet opgenomen, zodat een aansluiting wordt gemaakt met de cijfers uit tabel 4.13. In tabel 4.15 is dit volume-effect wel toegevoegd.

Reikwijdte	Maatstaf	Productiewaarde DBC-zorgproducten	Δ (%)	Productiewaarde OZP's (€)	Δ (%)
2013	Oud kpm	128.582.800		605.377.832	
2013	Nieuw kpm	137.167.639	7	608.619.127	1

Tabel 4.14 – Analyse tariefprincipes (o.b.v. volumes reikwijdte boekjaar 2012)

Reikwijdte	Maatstaf	Productiewaarde DBC-zorgproducten	Δ (%)	Productiewaarde OZP's (€)	Δ (%)
2013	Oud kpm	1.611.844.284		1.051.503.136	
2013	Nieuw kpm	1.620.453.820	1	1.068.129.047	2

Tabel 4.15 – Analyse tariefprincipes (o.b.v. volumes reikwijdte boekjaar 2013)

Uit tabel 4.14 blijkt dat de productiewaarde voor DBC-zorgproducten stijgt met 7% wanneer het gewogen gemiddelde toegepast wordt. De productiewaarde voor OZP's stijgt licht met 1%. Ook uit tabel 4.15 blijkt een lichte stijging van de productiewaarde voor zowel de DBC-zorgproducten (1%) als voor de OZP's (2%). Hieruit kan geconcludeerd worden dat het nieuwe beslisschema gemiddeld een prijsverhogend effect heeft op de tarieven voor het kostendeel. Het gewogen gemiddelde ligt op landelijk niveau hoger dan de mediaan.

Aangezien per 1 januari 2015 integrale tarieven ingevoerd zijn, hebben wij ook onderzocht wat het effect van het gewogen gemiddelde is op de integrale tarieven. In tabel 4.16 is deze analyse weergegeven. Hierin wordt dus een vergelijking gemaakt tussen de integrale productiewaarde op basis van de mediaan en op basis van het gemiddelde.

Reikwijdte	Maatstaf	Productiewaarde DBC-zorgproducten	Δ (%)	Productiewaarde OZP's (€)	Δ (%)
2013	Oud kpm	1.800.971.993		1.171.942.612	
2013	Nieuw kpm	1.840.307.586	2	1.208.121.723	3

Tabel 4.16 – Analyse tariefprincipes (op integraal niveau)

Uit tabel 4.16 blijkt dat de productiewaarde voor DBC-zorgproducten op integraal niveau stijgt met 2% wanneer het gewogen gemiddelde toegepast wordt. De productiewaarde voor OZP's stijgt met 3%. Hieruit blijkt dat ook op integraal niveau het nieuwe beslisschema gemiddeld een positief effect heeft op de tarieven.

4.5.1.4 Analyse loonkosten medisch specialisten

In tegenstelling tot voorgaande jaren zijn dit jaar voor het eerst de loonkosten van medisch specialisten (honoraria) aangeleverd. Om na te gaan in hoeverre de aangeleverde loonkosten afwijken van het voorheen door ons berekende honorariumtarieven, hebben wij de aangeleverde loonkosten vergeleken met honorariumtarieven uit de release RZ14c. Bij de analyse hebben wij de volumes op basis van de nieuwe reikwijdte (boekjaar 2013) gehanteerd en de vergelijking gebaseerd op het gewogen gemiddelde. In tabel 4.17 is deze analyse weergegeven.

Maatstaf	Volume	Productiewaarde DBC-zorgproducten	Δ (%)	Productiewaarde OZP's (€)	Δ (%)
RZ14c tarieven	2013	155.390.151		154.470.329	
Nieuw kpm	2013	177.521.166	14	139.260.261	-10

Tabel 4.17 – Analyse loonkosten medisch specialisten

Uit tabel 4.17 blijkt dat de aangeleverde loonkosten voor DBC-zorgproducten gemiddeld 14% hoger zijn dan de honorariumtarieven uit de RZ14c. Daarentegen zijn de aangeleverde loonkosten voor OZP's gemiddeld 10% lager dan de honorariumtarieven uit de RZ14c. Dit effect is te vergelijken met de productiewaardeontwikkeling voor de kostendelen van de OZP-tarieven bij de kostprijsuitvraag over 2012 die in de tarieven 2014 zijn verwerkt. De loonkosten waren destijds uitgesloten van de tariefberekening en worden nu voor het eerst op basis van werkelijke loonkosten herijkt. Gelet op dit gegeven bieden de effecten in tabel 4.17 voor ons geen aanleiding om de aangeleverde loonkosten niet te verwerken in de tarieven per 2016.

4.5.2 Productiewaarde vergelijking aangeleverde kostprijzen

In paragraaf 4.5.1. is aan de hand van verschillende uitgangspunten het effect van de aangeleverde kostprijzen inzichtelijk gemaakt. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. In deze paragraaf gaan we per zorgproductgroep in op de productiewaardeontwikkeling. Voor de producten die sinds 2013 niet veranderd zijn, hebben we de productiewaarde uit de RZ14c vergeleken met de verwachte nieuwe productiewaarde op basis van de nieuw aangeleverde kostprijzen. We kiezen hierbij voor een vergelijking met de tarieven uit 2014, omdat in deze tarieven, net als de aangeleverde kostprijzen, de doorlooptijdverkortings nog niet is verwerkt.

Om enkel het prijseffect inzichtelijk te maken, hebben wij bij de analyse de aangeleverde volumes op basis van boekjaar 2013 gehanteerd. In tabel 4.18 is deze analyse weergegeven voor deze DBC-zorgproducten. In tabel 4.19 is deze analyse weergegeven voor de OZP's. De analyses zijn uitgevoerd op integraal niveau, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt naar honorariumkosten en instellingskosten.

DBC-zorgproductgroep	Productiewaarde RZ14c (€)	Productiewaarde nieuw (€)	Δ (%)
Chronische thuisbeademing	28.026.914	28.877.039	3%
Complex chronisch longfalen	8.393.251	8.720.282	4%
Gespecialiseerde brandwondenzorg	13.867.551	17.746.606	28%
Hart/long/hartlongtransplantatie/stamceltherapie/ritmec hir/AICD-implant/PTCA/CABG/OpenHartOperatie (incl WBMV)	652.007.922	626.436.857	-4%
Infertiliteit (incl. WBMV)	37.611.621	37.859.878	1%
Kindergeneeskunde algemeen en neonatologie	14.280.322	12.653.355	-11%
Kindergeneeskunde allergologie	6.159.117	6.029.846	-2%
Kindergeneeskunde cardiologie	2.255.650	2.297.773	2%
Kindergeneeskunde endocrinologie	7.107.014	7.502.844	6%
Kindergeneeskunde erfelijke/ aangeboren aandoeningen	3.762.581	4.000.156	6%
Kindergeneeskunde hematologie	3.349.828	3.306.010	-1%
Kindergeneeskunde immunologische aandoeningen en infectieziekten	1.822.588	1.441.902	-21%
Kindergeneeskunde longgeneeskunde	58.629.000	61.639.693	5%
Kindergeneeskunde maag-darm-lever	63.670.082	65.927.512	4%
Kindergeneeskunde metabole ziekten	3.999.938	3.212.927	-20%
Kindergeneeskunde nefrologie	15.477.383	16.261.209	5%
Kindergeneeskunde oncologie	8.763.140	11.720.562	34%
Kindergeneeskunde psychosociaal	3.343.838	3.204.295	-4%
Kindergeneeskunde reumatologie	2.808.060	3.232.789	15%
Neonatologie	223.190.110	232.964.128	4%
Palliatieve zorg	2.957.456	3.471.210	17%
Psychiatrie	7.403.304	14.101.284	90%
Revalidatiegeneeskunde	559.860.477	543.242.439	-3%
Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl WBMV)	59.327.226	46.718.885	-21%
WBMV - Zenuwstelsel	68.031.293	77.738.105	14%
Totaal DBC-zorgproducten	1.856.105.666	1.840.307.586	-1%

Tabel 4.18 – Vergelijking DBC-zorgproducten: productiewaarde release RZ14c versus nieuwe productiewaarde

Uit tabel 4.18 blijkt dat het effect van de nieuwe kostprijzen verschilt per DBC-zorgproductgroep. Voor de productgroepen 'psychiatrie' (+90%) en 'kindergeneeskunde oncologie' (+34%) is een stijging van de productiewaarde zichtbaar, terwijl de productiewaarde voor de productgroepen 'kindergeneeskunde metabole ziekten' (-20%) en 'kindergeneeskunde immunologische aandoeningen en infectieziekten' (-21%) juist daalt. Gemiddeld blijft de productiewaarde voor DBC-zorgproducten vrijwel gelijk (-1%).

OZP categorie	Productiewaarde RZ14c (€)	Productiewaarde nieuw (€)	Δ (%)
OZP Eerstelijns diagnostiek	878.054.379	834.668.842	-5%
OZP Eerstelijns Diagnostiek - Med. specialist. behand. en diagn.	71.426.076	69.495.929	-3%
OZP Overige verrichtingen	140.831.405	137.073.221	-3%

OZP Paramedische behandeling en onderzoek	8.508.896	13.999.532	65%
OZP Supplementair - Add-on IC	155.756.568	101.925.913	-34%
OZP Supplementair - Overig traject	45.461.416	50.958.287	12%
Totaal OZP's	1.300.038.741	1.208.121.723	-7%

Tabel 4.19 – Vergelijking overige zorgproducten: productiewaarde release RZ14c versus nieuwe productiewaarde

Uit tabel 4.19 blijkt dat de productiewaarde voor alle OZP's daalt, met uitzondering van de categorieën 'OZP Supplementair – Overig traject' (+12%) en 'OZP Paramedische behandeling en onderzoek' (+65%). Voor de categorie 'OZP Supplementair – Add-on IC' (-34%) is de daling van de productiewaarde het grootst. Deze productgroep wordt gedeeltelijk herijkt, aangezien een deel van de overige zorgproducten 'Add-on IC' is gewijzigd per 2014. Gemiddeld daalt de productiewaarde voor OZP's met 7%.

Op totaalniveau daalt de verwachte productiewaarde van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten, op basis van de producten die via het kostprijsmodel herijkt worden per 2016, met € 107,7 miljoen. Dit betreft een daling van 3 procent. In de volgende paragraaf kijken we naar de onderlinge spreiding en de homogeniteit van deze kostprijzen.

4.5.3 Onderlinge spreiding kostprijzen

In de vorige paragrafen zijn de effecten van de nieuw kostprijzen inzichtelijk gemaakt voor de producten die sinds 2012 of sinds 2013 voor het laatst inhoudelijk zijn gewijzigd. Voor deze aangeleverde kostprijzen hebben we ook de homogeniteit beoordeeld om inzicht te krijgen in de onderlinge spreiding van kostprijsaanleveringen van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. De mate van kostenhomogeniteit wordt uitgedrukt in een CV-waarde. Hoe lager de CV-waarde, hoe homogener de aangeleverde kostprijzen zijn. We hanteren hierbij een norm van 0,5. Niet op alle specifieke medische deelgebieden kan aan dit criterium worden voldaan, vanwege lage productieaantallen of grotere verschillen in zorgzwaarte bij individuele patiënten. Daarom achten we een CV-waarde van 1,0 ook acceptabel. wordt geacht. In onderstaande tabel is op totaalniveau de DBC-zorgproducten die worden herijkt via het NZa kostprijsmodel ingedeeld naar homogeniteitsklasse.

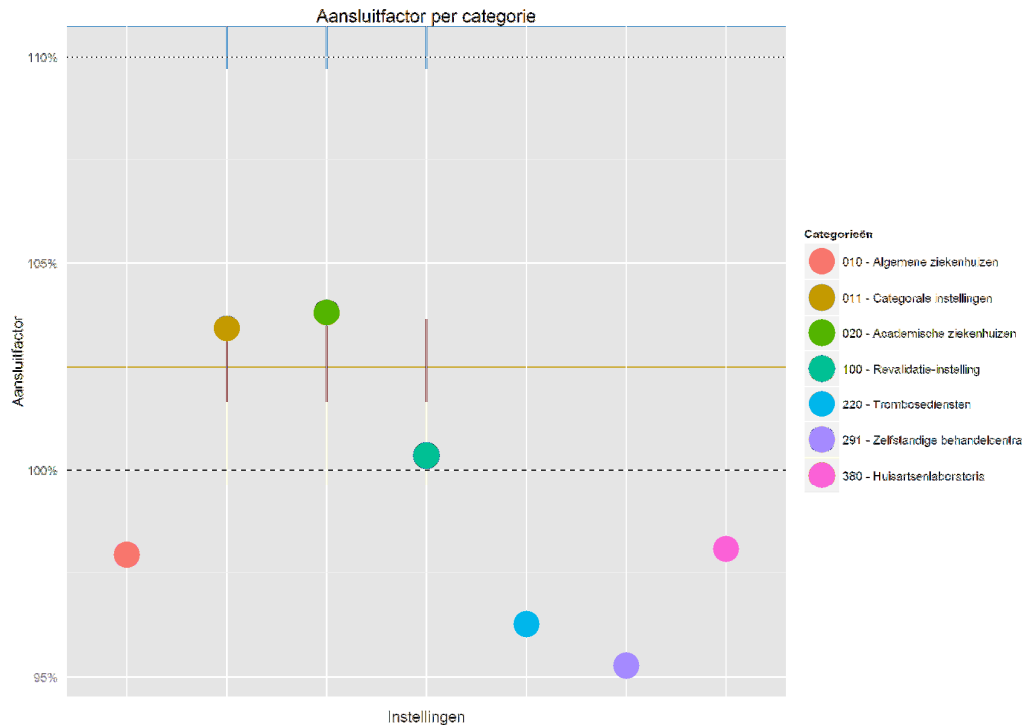
OZP categorie	CV-waarde <0,5	0,5 < CV-waarde < 1	CV-waarde > 1	Totaal
DBC-zorgproducten	474	114	55	643
Overige zorgproducten	353	248	104	705
Totaal	827	362	159	1348

Tabel 4.20 – CV-waardes van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten

Op totaalniveau kent 74% van de DBC zorgproducten en 50% van de overige zorgproducten een CV-waarde die lager ligt dan 0,5. Verder kent 91% van de DBC-zorgproducten en 85% van de overige zorgproducten een CV-waarde die lager ligt dan 1. De homogeniteit is daarmee verbeterd ten opzichte van het kostprijsonderzoek over 2012 dat verwerkt is in de tarieven in de release 2014. In het kostprijsonderzoek over 2012 kende 89% van de DBC-zorgproducten en 68% van de overige zorgproducten namelijk een CV-waarde die lager lag dan 1.

Nadere analyse op de CV-waardes die groter zijn dan 1 geeft aan dat dit producten zijn die een relatief klein productievolume kennen of waar een relatief beperkt aantal instellingen kostprijzen hebben aangeleverd. Op dat moment leidt de onderlinge spreiding sneller tot een hogere CV-waarde. Er zijn geen specifieke zorgproductgroepen met een afwijkend verhouding in CV-waardes. In bijlage 3 bij dit rapport is de CV-waarde op productniveau weergegeven.

Naast de spreiding van kostprijzen op productniveau beoordelen we ook de spreiding tussen verschillende type instellingen. In figuur 4.2 geven we de verschillende type instellingen weer die kostprijzen hebben aangeleverd over producten die sinds 2013 niet meer gewijzigd zijn. Hieruit volgt dat alle verschillende categorieën op totaalniveau een spreiding kennen binnen 5% van het gewogen gemiddelde.



Figuur 4.2 – Onderlinge spreiding van categorieën van instellingen voor medisch specialistische zorg

Op basis van deze analyses concluderen we dat de homogeniteit van de aangeleverde kostprijzen voldoende robuust is. De spreiding van kostprijzen, in de vorm van de CV-waarde, voor de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten is beperkt en de verschillende type instellingen zitten op totaalniveau dicht rondom het gemiddelde. Dit vormt voor ons geen aanleiding om te veronderstellen dat er sprake is van sterk uiteenlopende subpopulaties. De onderlinge verschillen zijn in principe via het max-maxtarief te ondervangen. Het max-maxtarief wordt nader toegelicht in paragraaf 4.5.8.

4.5.4 Kostprijsbeoordeling conversiemethode

In bovengenoemde analyses zijn de kostprijzen beoordeeld van producten die sinds 2013 ongewijzigd zijn. Op het gewogen gemiddelde, na schoning voor uitbijters, van deze DBC-zorgproducten is vervolgens het mutatiepercentage voor de verkorting van de doorlooptijd naar 120 dagen doorgevoerd en is tot slot het tarief geïndexeerd naar het prijspeil 2016.

Voor de producten die per 2016 inhoudelijk zijn gewijzigd, is deze aanpak niet uitvoerbaar en is het tarief berekend via de conversiemethode. Hier ligt de integrale productiewaarde van de aangeleverde kostprijzen over 2013 ook aan ten grondslag. Deze productiewaarde wordt vervolgens geconverteerd naar de productstructuur 2016. De conversietabellen zijn als informatieproducten uitgeleverd bij het pakket voor 2016. In onze beoordeling hebben we de ontwikkeling van de productiewaarde voor de betreffende productgroepen nader beoordeeld.

De grootste productgroepen die zijn veranderd per 2016 zijn de kinderneurologie en de transplantatiezorg. De zorgproductgroep kinderneurologie betreft een

samenvoeging van de zorgproductgroepen van kindergeneeskunde neurologie (990916) en kinderneurologie (990030) die in 2013 nog separaat bestonden.

Zorgproductgroep		Productiewaarde kostprijzen 2012 (€)	Productiewaarde kostprijzen 2013 (€)	Δ (%)
990916	Kindergeneeskunde neurologie	€ 5.848.010	€ 6.281.076	7%
990030	Kinderneurologie (excl. epilepsie/slaapstoornis)	€ 15.241.996	€ 16.360.460	7%
979002	Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (incl. WBMV)	€ 33.275.525	€ 33.495.515	1%

Tabel 4.21 – Stabiliteitsanalyse

In tabel 4.21 is een vergelijking gemaakt van de aangeleverde kostprijzen over 2013 ten opzichte van de kostprijzen over 2012 voor de bovengenoemde zorgproductgroepen. Hieruit volgt dat de productiewaarde, op basis van het productievolume over 2013, is toegenomen. Dit betekent dat de aangeleverde kostprijzen een positief prijseffect kennen ten opzichte van 2012. Deze analyse is alleen uitgevoerd op de producten die in beide jaren bestaan.

Zorgproductgroep		Productiewaarde oud model (€)	Productiewaarde nieuw model (€)	Δ (%)
990916	Kindergeneeskunde neurologie	€ 12.082.022	€ 13.238.635	10%
990030	Kinderneurologie (excl. epilepsie/slaapstoornis)	€ 22.802.600	€ 26.027.620	14%
979002	Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (incl. WBMV)	€ 51.034.422	€ 62.452.089	22%

Tabel 4.22 – Toegepaste tariefprincipe

In tabel 4.22 is een vergelijking gemaakt van de gehanteerde tariefprincipes. Hierbij is inzichtelijk gemaakt wat het effect is van het gewogen gemiddelde ten opzichte van de mediaan, op basis van de aangeleverde kostprijzen en productievolumes over 2013. Hieruit volgt dat voor alle productgroepen het gewogen gemiddelde hoger ligt dan de mediaan.

Zorgproductgroep		Productiewaarde RZ14c (€)	Productiewaarde nieuw model (€)	Δ (%)
990916	Kindergeneeskunde neurologie	€ 11.358.909	€ 13.238.635	17%
990030	Kinderneurologie (excl. epilepsie/slaapstoornis)	€ 20.810.967	€ 26.027.620	25%
979002	Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (incl. WBMV)	€ 56.894.143	€ 62.452.089	10%

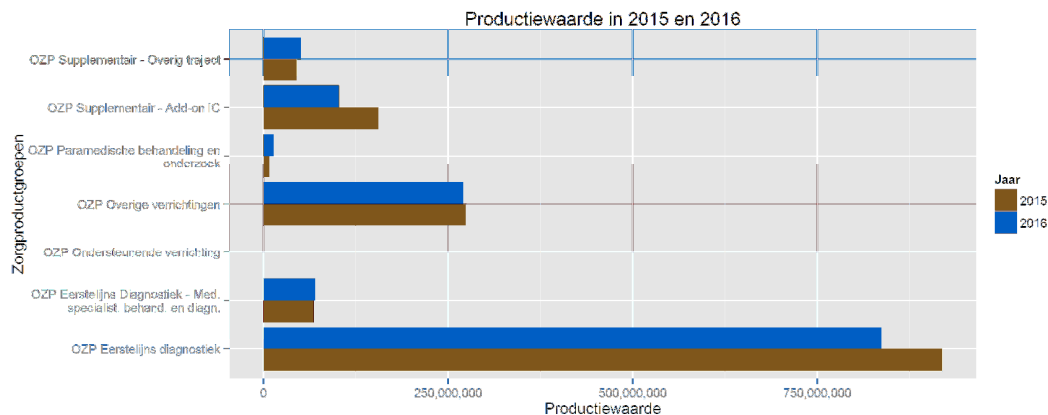
Tabel 4.23 – Vergelijking DBC-zorgproducten: productiewaarde release RZ14c versus nieuwe productiewaarde

Tot slot hebben we beoordeeld in hoeverre de aangeleverde productiewaarde over 2013 afwijkt van de te verwachten productiewaarde in de release RZ14c. Hieruit volgt dat de aangeleverde kostprijzen hoger liggen dan de te verwachten integrale productiewaarde van de huidige tarieven.

De gewogen gemiddelde productiewaarden op basis van de aangeleverde kostprijzen over 2013 liggen dus hoger dan de productiewaarden op basis van de kostprijzen over 2013, de mediane productiewaarde of de productiewaarde op basis van de tarieven uit 2014. Deze kostprijzen worden vervolgens geconverteerd van de productstructuur 2013 naar de productstructuur 2016. We hebben op basis van bovenstaande analyse geen aanleiding te veronderstellen dat deze tarieven niet toereikend zijn.

4.5.5 Nadere beoordeling tarieven overige zorgproducten

In de vorige paragrafen zijn de effecten van de nieuwe kostprijzen, uiteengegemaakt naar de verschillende uitgangspunten, op hoofdlijnen weergegeven. In deze paragraaf gaan we nader in op de tariefontwikkelingen van de tarieven 2016 ten opzichte van de huidige tarieven 2015. De beoordeling van de tarieven voor 2016 van de overige zorgproducten voeren we uit aan de hand van een analyse op de productiewaarde-ontwikkeling en de tariefmutaties. In tegenstelling tot de DBC-zorgproducten kijken we niet naar de logische volgordelijkheid, omdat de productstructuur voor overige zorgproducten in mindere mate op basis van volgordelijkheid zijn opgebouwd.



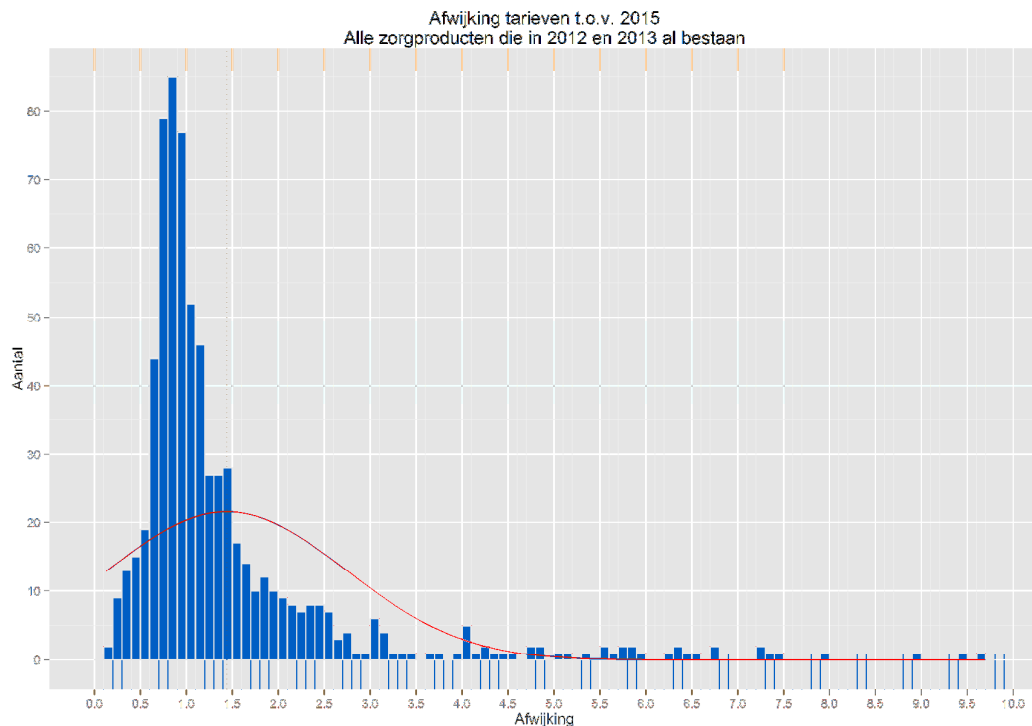
Figuur 4.3 – Productiewaarde-ontwikkeling overige zorgproducten

In figuur 4.3 is de productiewaarde ontwikkeling tussen 2015 en 2016 weergegeven voor de verschillende categorieën binnen de overige zorgproducten (OZP's). Hierin valt de 'categorie OZP – supplementair – Add-on IC' op, vanwege de relatief grote daling in de productiewaarde binnen deze categorie. De huidige tarieven voor de categorie 'Add-on IC' zijn echter niet gebaseerd op de aangeleverde kostprijzen maar op basis van een terugvaloptie (experttarief). Daarnaast valt op dat de daling in productiewaarde vrijwel geheel veroorzaakt wordt door de producten 'PEDIATRISCHE IC (190151)' en 'NEONATALE IC (190150)'. Nadere analyse op deze twee producten geeft weer dat voor deze producten respectievelijk 6 en 8 instellingen²⁰ kostprijzen hebben aangeleverd en dat deze aanleveringen gezamenlijk een groot productievolume vertegenwoordigen. De kostprijsaanleveringen bij deze producten hebben een (kosten)homogeen karakter, aangezien de CV-waarden (respectievelijk 0,09 en 0,13) laag zijn. Gelet op deze representatieve, omvangrijke en homogene kostprijsgegevens concluderen we dat het acceptabel is om voor de categorie 'Add-on IC' de aangeleverde kostprijzen onverkort door te voeren in de tarieven voor 2016.

Voor de categorie 'OZP Eerstelijns diagnostiek' is er sprake van een daling van de productiewaarde van ongeveer 8% tussen 2015 en 2016. Zoals hierboven aangegeven (paragraaf 4.5.1.4 Analyse loonkosten medisch specialisten) is de daling in productiewaarde voor deze categorie vooral veroorzaakt doordat in de aanlevering van de kostprijzen over 2013 voor het eerst de werkelijke loonkosten zijn opgenomen. Voor alle prestaties binnen de categorie 'OZP Eerstelijns diagnostiek' is het aangeleverde volume in de kostprijsaanlevering over 2013 gestegen ten opzichte van de aanlevering over 2012. Dit wordt voor een groot deel verklaard door het toevoegen van de huisartsenlaboratoria en de zelfstandige trombosediensten aan de reikwijdte van de regeling. We achten de daling van de productiewaarde voor deze categorie daarom uitlegbaar, omdat met name de werkelijke loonkosten op basis van het kostprijsmodel lager liggen dan de huidige honorariumtarieven. Deze honorariumtarieven zijn op basis van een geheel andere methode, waarin de

²⁰ De NICU en PICU betreft vergunningsplichtige zorg, waardoor maximaal 8 zorgaanbieders deze zorg kunnen leveren. De kostprijsaanlevering over 2013 is dus representatief.

toegekende normtijden het uitgangspunt vormde, berekend. Op basis van de spreidingsanalyse in figuur 4.2 concluderen we dat de huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten met de tarieven over 2016 hun totale kosten kunnen dekken.



Figuur 4.4 – Prijsmutaties overige zorgproducten

In figuur 4.4 is voor alle overige zorgproducten weergegeven hoe de tarieven 2015 en 2016 zich tot elkaar verhouden. Hierbij is voor beide producten het prijsniveau 2016 gehanteerd, zodat het werkelijke kostprijs effect inzichtelijk wordt. Op de x-as zijn de afwijkingen te zien, waarbij het punt 1,0 weergeeft dat de producten tussen 2015 en 2016 hetzelfde tarief kennen. Op de y-as is het aantal producten weergegeven.

Uit figuur 4.4 blijkt dat een zeer groot deel van de prestaties een beperkte prijsmutatie heeft tussen 2015 en 2016. Om het effect van de prijsmutaties op de productiewaardeontwikkeling nader te duiden hebben we gekeken naar die prestaties waar de prijsmutatie lager was dan 50% (het tarief 2016 is minder dan de helft van het tarief over 2015) of hoger dan 100% (het tarief 2016 is meer dan de twee keer het tarief over 2015). Er zijn 158 producten met een prijsmutatie lager dan 50% of hoger dan 100%. Van deze 158 producten hebben er 119 een mutatie van meer dan 100%. De toename van de productiewaarde van deze producten (ten opzichte van de tarieven over 2015) tezamen bedraagt €19,2 mln. De overige 39 producten (met een daling van meer dan 50% van het tarief over 2015) hebben gezamenlijk een afname van de productiewaarde van € 15,1 mln. Per saldo is het effect van deze producten op de totale productiewaarde van de overige zorgproducten daarmee gering, namelijk € 4,0 miljoen op een totale productiewaarde van € 842 miljoen (0,48%). We concluderen dan ook dat de tarieven met de grootste prijsmutaties producten betreffen die relatief weinig voorkomen.

Op basis van de bovenstaande observaties achten wij de herijking van de tarieven voor 2016, op basis van de aangeleverde integrale kostprijzen 2013, voor alle overige zorgproducten acceptabel.

4.5.6 Nadere beoordeling tarieven DBC-zorgproducten

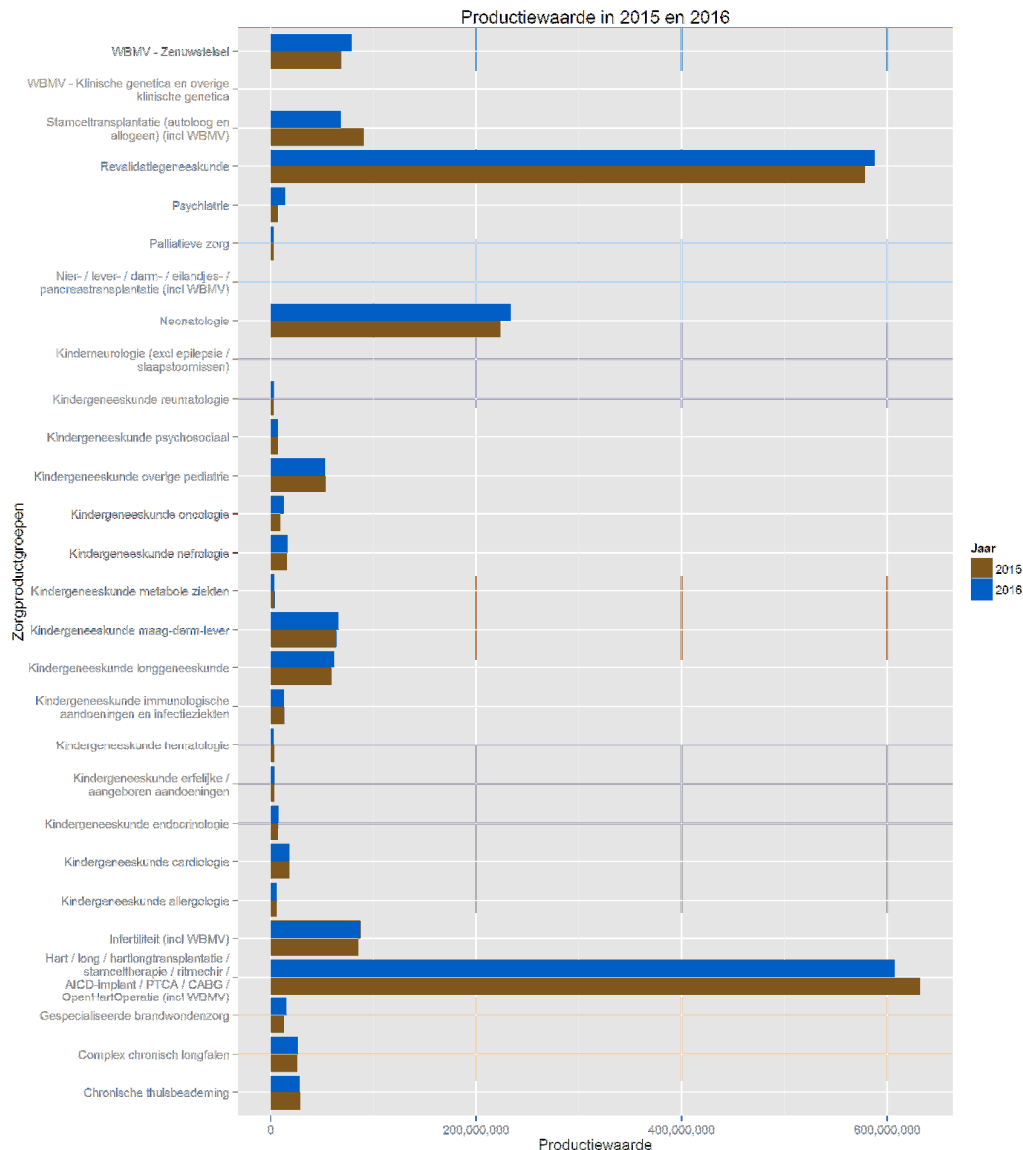
In paragraaf 4.5.2 zijn de effecten van de nieuwe kostprijzen, uiteengegemaakt naar de verschillende uitgangspunten, op hoofdlijnen weergegeven. In deze paragraaf gaan we voor de DBC-zorgproducten nader in op de tariefontwikkelingen van de tarieven 2016 ten opzichte van de huidige tarieven 2015. Een aantal productgroepen is in de tariefberekening gedeeltelijk herijkt, geïndexeerd of geconverteerd. Dit komt omdat deze gemengde productgroepen inhoudelijk zijn gewijzigd in verschillende jaren. Daarom maken we in deze paragraaf een vergelijking tussen 2015 en 2016.

Hierbij kijken we naar alle DBC-zorgproducten die in 2016 onderdeel vormen van het gereguleerde segment. Om een tariefvergelijking uit te voeren tussen 2015 en 2016 hebben we de productieaantallen die over 2013 zijn aangeleverd, geconverteerd naar de productstructuur 2016. Hierdoor wordt gecorrigeerd voor de effecten die de doorlooptijdverkorting anders op de dataset heeft.

Deze beoordeling van de tarieven voor 2016 van de DBC-zorgproducten voeren we uit aan de hand van een drietal analyses: productiewaarde ontwikkeling, tariefmutaties en de logische volgorde van de productstructuur.

Productiewaarde ontwikkeling

Voor de producten waarvan het tarief 2016 herijkt is op basis van het NZa kostprijsmodel, hebben we de productiewaarde op basis van de productievolumes uit het kostprijsonderzoek de integrale tarieven 2015 vergeleken met de verwachte nieuwe productiewaarde op basis van de nieuwe integrale tarieven 2016. Om enkel het prijseffect inzichtelijk te maken, hebben wij bij de analyse de aangeleverde volumes op basis van boekjaar 2013 gehanteerd en geconverteerd naar 2016.



Figuur 4.5 – Productiewaarde-ontwikkeling DBC-zorgproducten

De verwachte integrale productiewaarde 2016 ligt voor de DBC-zorgproducten 1%²¹ hoger dan de integrale productiewaarde 2015. Deze analyse is alleen uitgevoerd voor producten die in beide jaren bestaan²². Hierbij hanteren we het prijspeelniveau 2016. Wanneer we kijken naar de productiewaardeontwikkeling op het niveau van individuele zorgproductgroepen, zien we een evenwichtig beeld. Er zijn 6 zorgproductgroepen die een verwachte productiewaarde 2016 kennen die meer dan 10% afwijkt van de productiewaarde over 2015. Hiervan hebben 5 zorgproductgroepen een productiewaarde die meer dan 10% hoger ligt in 2016 ten opzichte van 2015. De huidige tarieven van deze 6 zorgproducten zijn allemaal niet gebaseerd op de eerdere kostprijsaanlevering over 2012, omdat deze producten nieuw zijn per 2013.

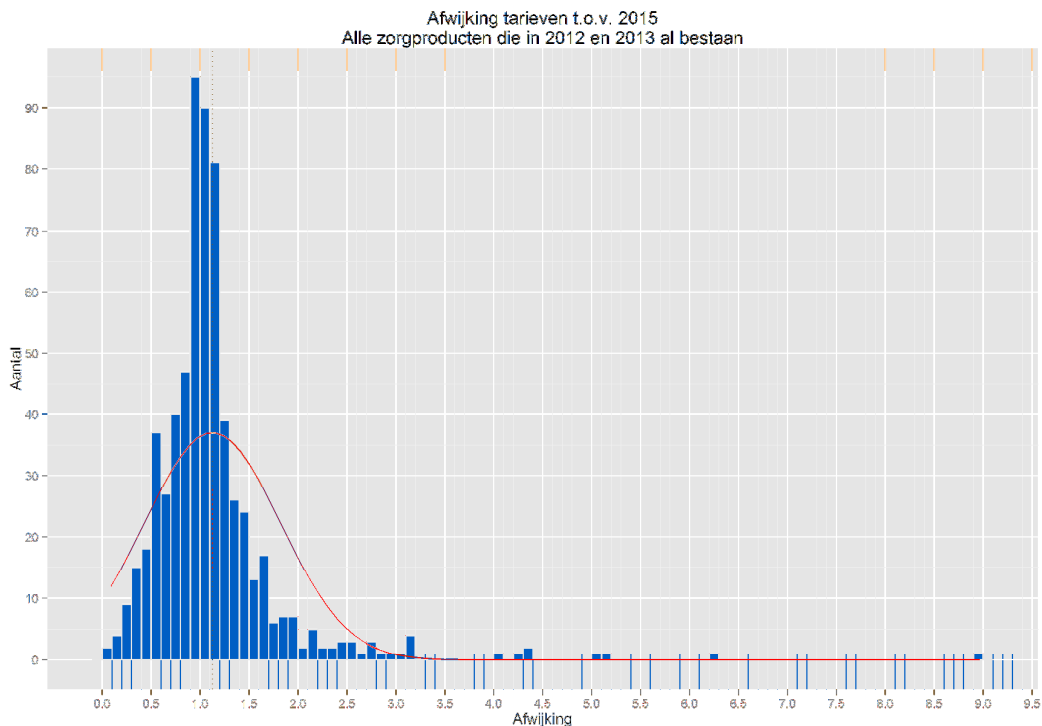
²¹ In tabel 4.17 is een daling van 1% opgenomen die betrekking heeft op de producten die ongewijzigd zijn sinds 2012 en 2013 en via een kostprijs herijking van een nieuw tarief zijn voorzien. Het totale integrale effect voor alle DBC-zorgproducten (inclusief geïndexeerde en geconverteerde tarieven), is echter positief met 1%. Dit komt omdat we voor de vergelijking van de productiewaarde op het niveau 2015 en 2016 de productieaantallen hebben geconverteerd voor de doorlooptijdverkorting die in de productstructuur 2015 is verwerkt. Daarnaast is in figuur 4.5 gecorrigeerd voor de aanpassingen in de productgroep kinderoncologie en complex chronisch longfalen, die nader wordt toegelicht in paragraaf 4.5.6.1 en 4.5.6.2.

²² De productgroepen 'Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (incl. WBMV)' en 'Kinderneurologie (excl. epilepsie/slaapstoornis)' zitten daarom niet in deze analyse opgenomen.

Hierdoor wordt bij deze productiewaarde-ontwikkeling een vergelijking gemaakt van de nieuwe tarieven per 2016 op basis van aangeleverde kostprijzen versus de huidige tarieven die gebaseerd zijn op een terugvalmethode of een expertbenadering. In die zin achten we de verschillen verklaarbaar.

Tariefmutaties

Na beoordeling van de productiewaarde-ontwikkeling onderzoeken we de prijsmutaties van de verschillende producten ten opzichte van de huidige tarieven over 2015. In figuur 4.6 is voor alle DBC-zorgproducten weergegeven hoe de tarieven 2015 en 2016 zich tot elkaar verhouden. Hierbij is voor beide producten het prijsniveau 2016 gehanteerd, zodat het werkelijke kostprijs effect inzichtelijk wordt. Op de x-as zijn de afwijkingen te zien, waarbij het punt 1,0 weergeeft dat de producten tussen 2015 en 2016 hetzelfde tarief kennen. Op de y-as is het aantal producten weergegeven.



Figuur 4.6 – Prijsmutaties DBC-zorgproducten

Uit de figuur blijkt dat een zeer groot deel van de prestaties een beperkte prijsmutatie heeft tussen 2015 en 2016. De prijsmutaties zijn normaal verdeeld. Om het effect van de prijsmutaties op de productiewaardeontwikkeling nader te duiden hebben we gekeken naar die prestaties waar de prijsmutatie lager was dan 50% (het tarief 2016 is minder dan de helft van het tarief over 2015) of hoger dan 100% (het tarief 2016 is meer dan de twee keer het tarief over 2015).

Er zijn 77 producten met een prijsmutatie lager dan 50% of hoger dan 100%. Van deze 93 producten hebben 35 producten een mutatie van meer dan 100%. De toename van de productiewaarde van deze producten (ten opzichte van de tarieven over 2015) tezamen bedraagt €10,4 mln. De overige 42 producten (met een daling van meer dan 50% van het tarief ten opzichte van het tarief over 2015) hebben gezamenlijk een afname van de productiewaarde van € 16,2 mln. Per saldo is het effect van deze producten op de totale productiewaarde van alle DBC zorgproducten daarmee gering, namelijk € 5,8 miljoen ten opzichte van € 2.000 miljoen (0,3%).

Van de 6 productgroepen die opvielen bij de beoordeling van de productiewaarde-ontwikkeling hebben 5 productgroepen een gemiddelde prijsmutatie die meer dan 10% afwijkt. Voor deze specifieke productgroepen analyseren we daarom ook de logische opbouw van de tarieven van de producten binnen de productgroep.

Logische volgordelijkheid

Per zorgproductgroep is op basis van de prijs van ieder DBC-zorgproduct gekeken wat de 'positie' van het betreffende DBC-zorgproduct binnen het hoofdstuk is. Deze positie (of rangorde) wordt zowel op basis van de 2015 als de 2016 prijzen bepaald. Per ICD-10 hoofdstuk zijn de prijzen van de DBC-zorgproducten geplot en voorzien van een lineaire trendlijn. Indien de rangorde binnen een ICD-10 hoofdstuk in 2015 gelijk is aan 2016 moeten alle DBC-zorgproducten (weergegeven als punt in de grafiek) op een rechte lijn liggen. In dat geval is de R-kwadraat 1. We hanteren in dit onderzoek een grenswaarde voor de R-kwadraat van 0,80.

Vrijwel alle zorgproductgroepen voldoen aan deze grenswaarde en daarmee concluderen we dat de logische volgordelijkheid van deze zorgproductgroep door de nieuwe tarieven niet doorbroken wordt.

Van de 5 productgroepen die een significante afwijking van de productiewaardeontwikkeling en een significante afwijking van de gemiddelde prijsmutatie kenden, hebben 4 productgroepen een R-kwadraat tussen de 0,9 en de 1. Voor deze productgroepen (gespecialiseerde brandwondenzorg, psychiatrie, palliatieve zorg en kindergeneeskunde reumatologie) concluderen we dat de stijging in de productiewaarde en de positieve gemiddelde prijsmutatie geen significante afwijkingen oplevert in de opbouw van de productstructuur. De resterende productgroep (kindergeneeskunde oncologie) scoort wel opvallend bij de analyse op de logische volgordelijkheid, namelijk met een R-kwadraat van 0,54 (kindergeneeskunde oncologie).

Omdat de kinderoncologie op alle drie (productiewaardeontwikkeling, gemiddelde prijsmutatie, logische volgordelijkheid) significant afwijken en buiten de grenswaarde scoren, hebben we deze productgroep in paragraaf 4.5.6.2 nader onderzocht.

Complex Chronisch Longfalen

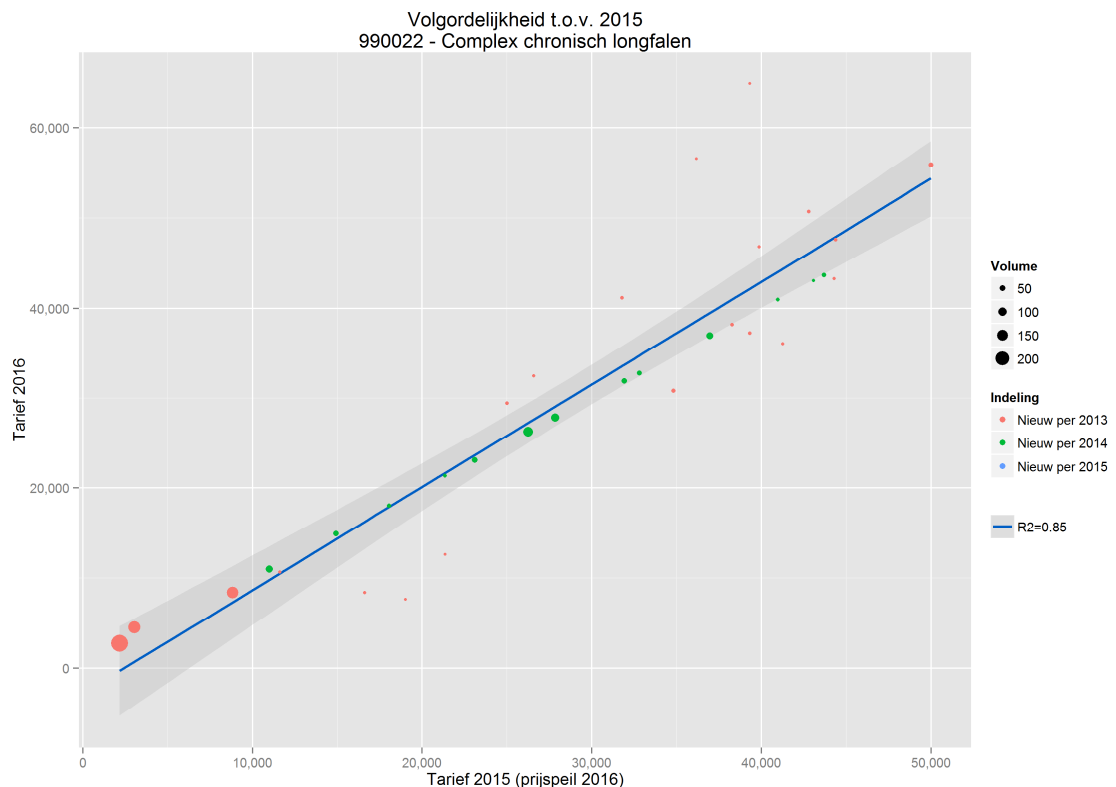
De zorgproductgroep 990022 Complex Chronisch Longfalen bestaat uit 37 producten waarvan 21 producten voor het laatst een productstructuurwijziging kennen per 2013. Voor deze producten is kostprijsinformatie aangeleverd door een beperkt aantal instellingen. De overige 16 producten zijn veranderd per 2014 en worden geïndexeerd. De betreffende te herijken 21 producten beslaan een klein aandeel van de totale productiewaarde van complex chronisch longfalen, waardoor de effecten van herijking via het kostprijsmodel niet goed inzichtelijk worden wanneer de productgroep binnen bovenstaande analyses als geheel wordt beschouwd. Immers compenseren de te indexeren producten de effecten van de productiewaardeontwikkeling, prijsmutaties logische volgordelijkheid, omdat deze producten de overhand hebben in de analyses. Daarom hebben we ook nog specifiek naar de effecten van de subgroep gekeken.

Als binnen een zorgproductgroep de spreiding van de afzonderlijke prijsmutaties per product zich binnen een beperkte bandbreedte bevinden, blijft de logische volgordelijkheid geborgd. Wanneer we kijken naar de spreiding in de gemiddelde prijsmutaties per product van de 21 producten binnen CCL, zien we een hoge mate van inhomogeniteit (CV-waarde is 5,1) die ook sterk afwijkt van de gemiddelde spreiding in prijsmutaties van alle DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment die worden herijkt via het kostprijsmodel (CV-waarde 2,7). Om deze reden hebben we deze productgroep nader onderzocht.

4.5.6.1 Complex Chronisch Longfalen

De productgroep Complex Chronisch Longfalen (CCL) betreft een gemengde productgroep die gedeeltelijk voor het laatst is gewijzigd in 2013 (21 producten) en voor een gedeelte (16 producten) voor het laatst is gewijzigd per 2014. Dit betekent dat een deel van deze tarieven geïndexeerd wordt. Dit gedeelte vertegenwoordigt het grootste productievolume. Deze tarieven zijn op dit moment gebaseerd op een specifiek kostenonderzoek dat in 2011 is uitgevoerd. In figuur 4.7 zijn de producten in

het rood gearceerd die in 2013 voor het laatst gewijzigd zijn. Hierin valt op dat met name de producten die weinig voorkomen afwijken in de logische volgordelijkheid.



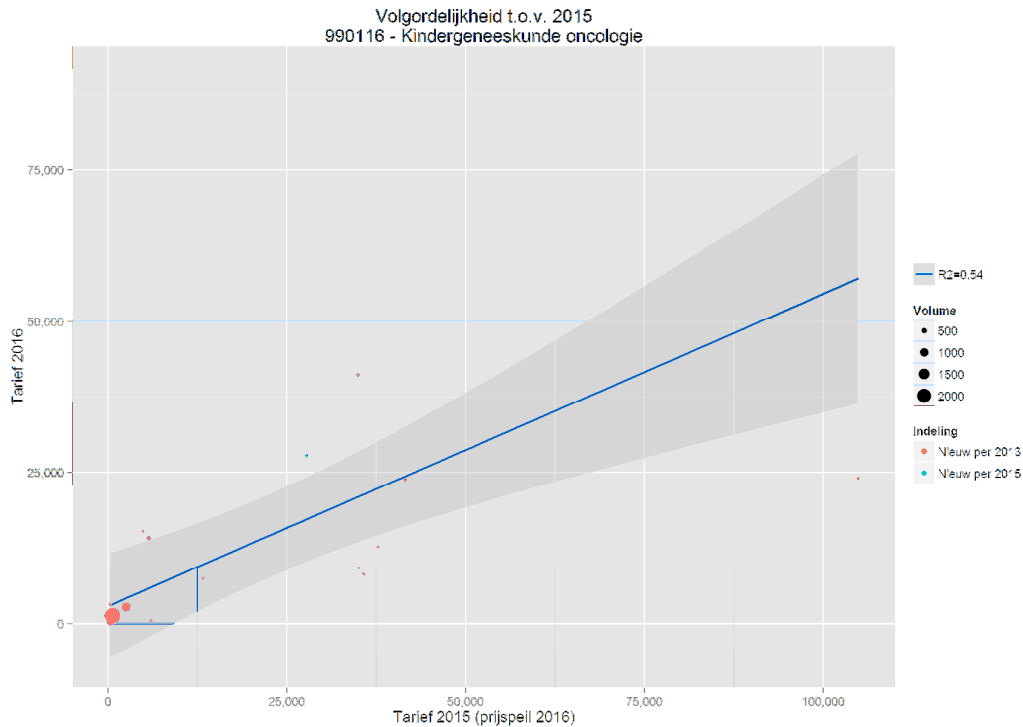
Figuur 4.7 – Nadere analyse complex chronisch longfalen

Daarnaast is voor CCL om het effect van de verkorting van de doorlooptijd te kunnen verwerken, in lijn met 2015, een knip gemaakt tussen het assessment en de behandeling. Door het assessment uit de behandelproducten te halen vallen de DBC-zorgproducten voor CCL binnen de maximale doorlooptijd van 120 dagen. Omdat binnen de productstructuur voor CCL twee verschillende assessmentproducten bestaan (assessment klinisch 990022036 en assessment ambulant 990022037) zijn de aangeleverde kostprijzen voor de DBC-zorgproducten verlaagd met de aangeleverde kostprijzen voor assessment, afhankelijk van de klinische of ambulante behandelsetting.

Nadere analyse op de 21 zorgproducten die over 2013 zijn aangeleverd, leert dat hier weinig productieaantallen voor zijn aangeleverd. Voor 12 van de 21 producten is op landelijk niveau 10 of minder productieaantallen aangeleverd. Vanwege het specifieke kostenonderzoek waarop de huidige tarieven zijn gebaseerd, het beperkte volume dat is aangeleverd voor de producten die sinds 2013 ongewijzigd zijn en de opvallende scores op de logische volgordelijkheidsanalyse voor de producten die per 2013 zijn gewijzigd, besluiten we de kostprijsaanlevering voor CCL niet te verwerken in de tarieven. Dit betekent dat de tarieven van de gehele productgroep CCL geïndexeerd worden.

4.5.6.2 Kindergeneeskunde oncologie

Ook de productgroep kindergeneeskunde scoort afwijkend op de drie bovengenoemde analyses. Bij deze productgroep is een specifiek aantal (SKION) producten die een laag aantal waarnemingen, zowel in aantal aanleveringen als het bijbehorende productievolume, kennen. Deze producten veroorzaken in de analyses een afwijkend patroon, zoals naar voren komt in figuur 4.8.

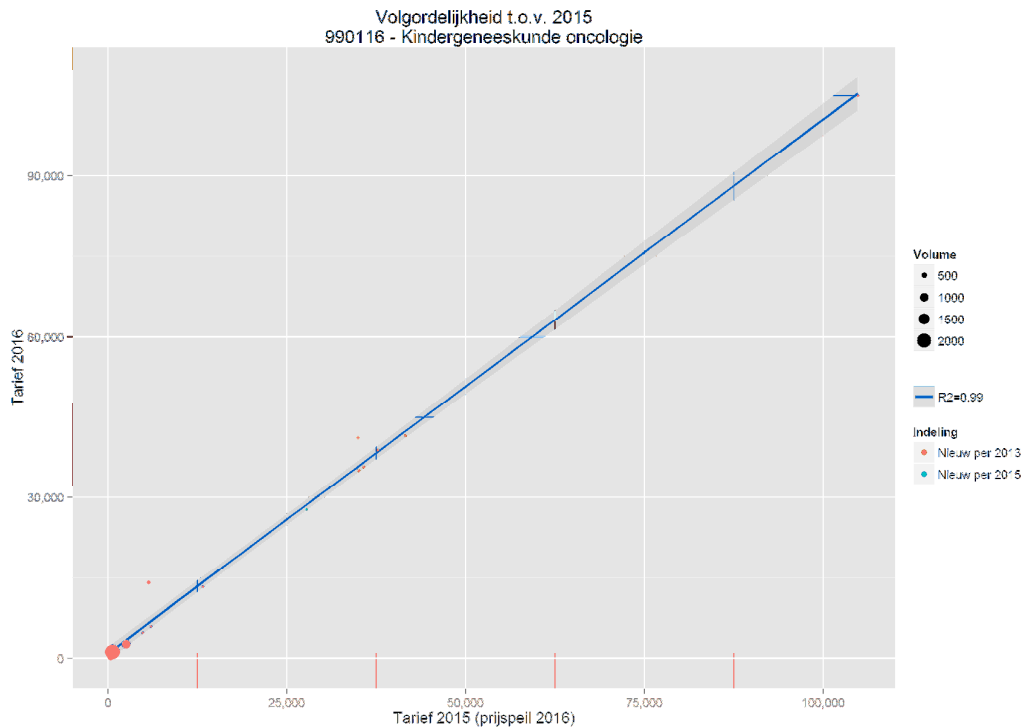


Figuur 4.8 – Nadere analyse kindergeneeskunde oncologie

Deze 13 zorgproducten²³ binnen de zorgproductgroep 9900116 zien op de behandeling of onderzoek (of follow-up) bij kanker van het centrale zenuwstelsel, beenmerg of lymfeklieren. Voor 12 van deze zorgproducten is gezamenlijk minder dan 10 productieaantallen aangeleverd door de drie zorgaanbieders die voor deze producten kostprijzen hebben aangeleverd. Voor twee producten is in het geheel geen kostprijzen aangeleverd, waardoor deze producten conform het reguliere beslisschema geïndexeerd zouden worden. De betreffende behandelingen of onderzoeken zijn zorgtrajecten die gecentraliseerd wordt in het Prinses Maxima ziekenhuis. Omdat deze zorgaanbieder in 2013 nog niet operationeel was, hebben we hier geen kostprijzen bij uitgevraagd. Daarom achten we het niet representatief om de aangeleverde kostprijzen over 2013 voor deze SKION producten te verwerken in de tarieven per 2016.

Deze 13 zorgproducten worden daarom geïndexeerd. Het indexeren van deze tarieven leidt tot een betere score op de logische volgordelijkheid van de gehele productgroep, zoals naar voren komt in figuur 4.9. De resterende producten liggen namelijk op de blauwe lijn, wat maakt dat de prijsmutatie en logische volgordelijkheid tussen 2015 en 2016 nauwelijks wijzigt.

²³ De producten 990116005, 990116009, 990116010, 990116014, 990116015, 990116016, 990116019, 990116020, 990116022, 990116023, 990116025, 990116027, 990116029.



Figuur 4.9 – Logische volgordelijkheid kindergeneeskunde oncologie na schoning

Ten behoeve van de beoordeling van tarieven van de DBC-zorgproducten, naast de eerder beschreven van de onderliggende kostprijzen 2013, hebben we nadere analyses uitgevoerd op de productiewaardeontwikkeling, prijsmutaties en de logische volgordelijkheid. Op basis van deze analyses hebben we besloten voor een aantal specifieke producten kinderoncologie en complex chronisch longfalen de aangeleverde kostprijzen niet te verwerken, maar de tarieven te indexeren.

Verder achten we dat de effecten van de tarieven 2016 acceptabel. We zien een aantal productiewaardeverschuivingen tussen specifieke zorgproducten. De totale verwachte productiewaarde van alle DBC-zorgproducten blijft nagenoeg stabiel. Op basis van nadere analyses besluiten we nieuwe tarieven vast te stellen.

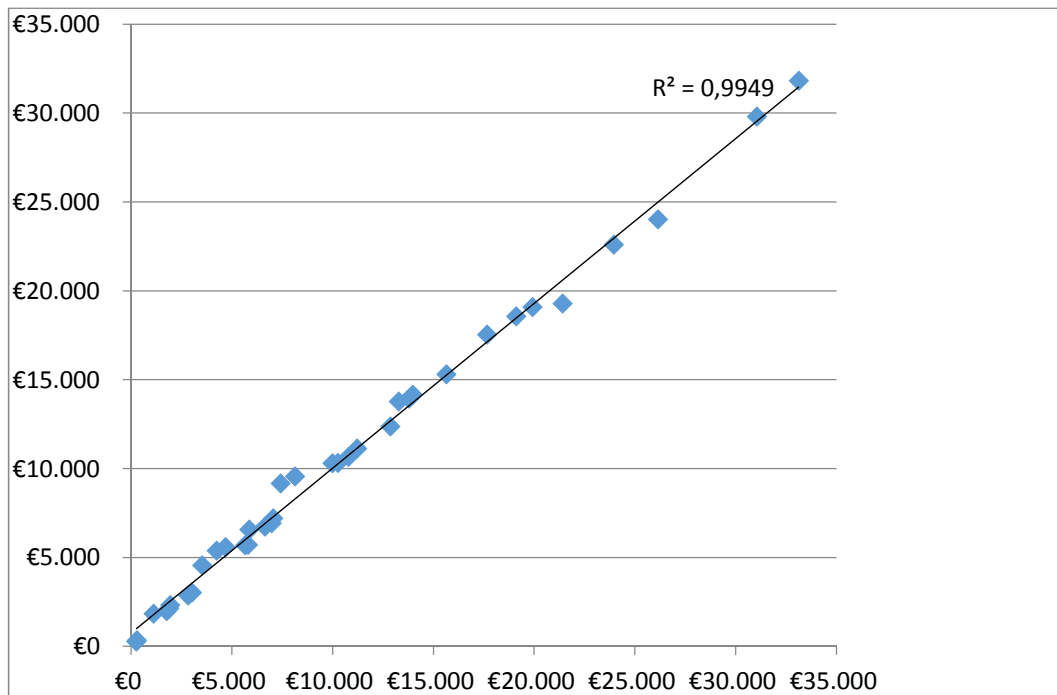
4.5.7 Beoordeling GRZ

Op macro niveau zien we voor de GRZ een stijging van de productiewaarde van 1,43%. Dit effect is een gevolg van de nieuwe kostprijzen per zorgactiviteit en de uitgebreidere dataset die gebruikt is om de 2016 tarieven te bepalen. Hieronder lichten we deze twee componenten verder toe.

Ten eerste worden de nieuwe kostprijzen van de zorgactiviteiten gebruikt. Dit zorgt voor een toename van de productiewaarde van 2,99%. In de kostprijsuitvraag over 2013 hebben instellingen voor het eerst ook alle indirecte kosten toegerekend aan de zorgactiviteiten van de behandelaren. Dit zorgt voor een lichte stijging van de kostprijzen van deze zorgactiviteiten. De kostprijzen van de behandelsetting (dagverpleging, verpleegdag, etc.) laten gemiddeld genomen een daling van de kostprijzen zien. Per saldo stijgen de kostprijzen met ongeveer drie procent. De onderlinge verhouding van de kostprijzen van de zorgactiviteiten op basis van de 2013 uitvraag is vrijwel gelijk aan de uitkomsten op basis van de 2010 kostprijzen.

Ten tweede is een recentere en meer gevulde dataset gebruikt voor de berekening van de nieuwe tarieven. In deze nieuwere dataset is voor een drietal instellingen een schoning toegepast op de profielen. Deze instellingen hadden in relatief lichte DBC-zorgproducten zeer hoge aantallen behandel dagen aangeleverd.

De profielen van de nieuwe dataset zijn gemiddeld genomen iets lichter geworden in vergelijking met de eerder gebruikte dataset. Het effect van deze lichtere profielen heeft een effect van -1,56% op de productwaarde.



Figuur 4.10 – logische volgorde GRZ-producten

In figuur 4.10 zijn de 2015 tarieven uitgezet tegen de 2016 tarieven. De tarieven voor de twee jaren laten een grote correlatie zien (0,99). Alhoewel er een klein aantal producten (3) is met een grote prijsmutatie (afwijking van meer dan 20% t.o.v. 2015), zijn we van mening dat deze aanpassingen leiden tot een logischere opbouw van de tarieven voor de GRZ. In deze afwijkende gevallen zorgt de prijsmutatie er voor dat het prijsverschil, tussen een product met een beperkt aantal behandeluren en het product met dezelfde diagnose zonder grens aan het aantal behandeluren, groter wordt.

Op basis van bovenstaande bevindingen zijn we van mening dat de 2016 tarieven voor de GRZ op een juiste manier bepaald zijn. Bovendien zijn de tarieven 2016 gebaseerd op actuelere kostprijzen en een veel grotere onderliggende dataset met recente profielgegevens.

4.5.8 Analyse max-maximumtarieven

In paragraaf 4.2.2 is de keuze beschreven om per 1 januari 2016 max-maxtarieven in te voeren in de medisch specialistische zorg. Het uitgangspunt hierbij is om het max-maximumtarief 10% boven het normale maximumtarief te stellen. Dit sluit aan bij de andere sectoren in de curatieve zorg waar we dit tariefprincipe ook hanteren.

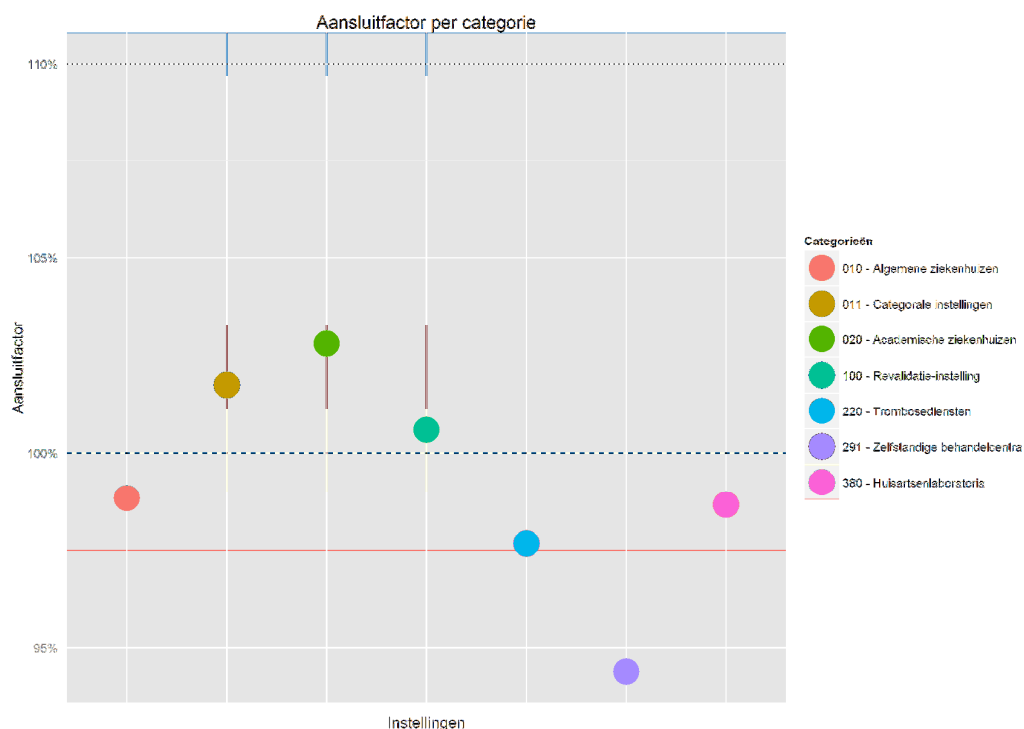
Op basis van de kostprijzen die door de instellingen zijn aangeleverd hebben we geanalyseerd wat het effect is van 10% extra tariefruimte en hoe deze ruimte zich verhoudt tot het mogelijk ervaren gebrek aan onderhandelingsruimte of eventuele noodzaak tot kruissubsidiering.

In de analyse hebben we steeds per instelling of categorie van instellingen de totale kosten afgezet tegen de mogelijke opbrengsten (omzet). Een verhouding, de aansluitfactor, geeft daarmee het percentage aan waarmee de tarieven verhoogd moeten worden om voor deze specifieke instelling of categorie kostendekkend te zijn.

Het max-maxprincipe en ook de onderstaande analyses betreffen alleen het gereguleerde segment. De kosten, omzet en tarieven voor producten in het vrije segment zijn buiten scope gehouden. Bij deze analyses zijn alle aangeleverde kostprijzen verwerkt die op basis van de productstructuur 2013 zijn aangeleverd. Hierbij is dus geen onderscheid gehanteerd in de uiteindelijke keuze in de tariefberekening voor een kostprijsherijking, indexatie of conversie. Voor deze analyse naar de effecten van het max-maxprincipe achten we dit onderscheid minder van belang.

4.5.8.1 Landelijke effecten

Op macroniveau sluiten de totale kosten aan bij de totale verwachte productiewaarde, omdat we bij de tariefberekening uitgaan van de gewogen gemiddelde kostprijs. Dit betekent dat alle totale kosten door instellingen voor medisch specialistische zorg over 2013 zijn beslag krijgen in de tarieven. De tarieven over 2016 zijn daarmee gemiddeld genomen kostendekkend.

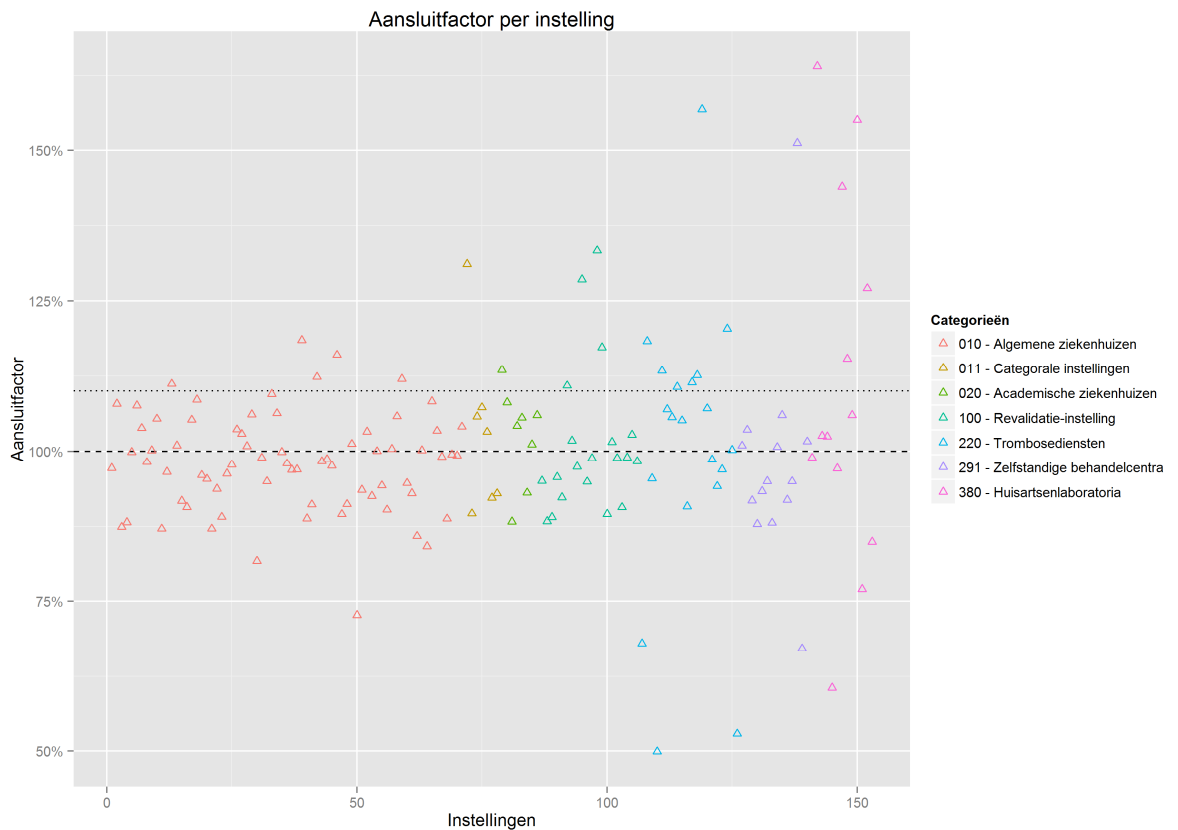


Figuur 4.11 – Aansluitfactor per categorie

Dit laat onverlet dat er op categorieëniveau, het type instelling, een spreiding zal zijn rondom dit gemiddelde. We hebben daarom eerst per categorie gekeken of er sprake is van een verwacht tekort of overschot. In figuur 4.11 zien we dat de verschillen tussen de verschillende categorieën van instellingen. Algemene ziekenhuizen, trombosediensten, ZBC's en huisartsenlaboratoria kunnen met de landelijk gewogen gemiddelde kostprijzen hun totale kosten dekken. Academische ziekenhuizen, revalidatie-instellingen en categorale instellingen komen net niet uit. Zij zitten met hun aangeleverde kostprijzen dus relatief vaker aan de rechterkant van het landelijk gewogen gemiddelde. De aansluitfactoren liggen echter dicht bij 1, namelijk maximaal 1,03 voor de academische centra. Een max-maxpercentage van 10% is dus ruim voldoende om de totale productiewaarde van het gereguleerde segment op 'categorieëniveau' te dekken. De bovengenoemde figuur illustreert dat het onverkort toepassen van het max-maxtarief voor alle DBC-zorgproducten en overige zorgproducten leidt tot een overwaardering van de totaal aangeleverde kosten op macro- en categorieëniveau.

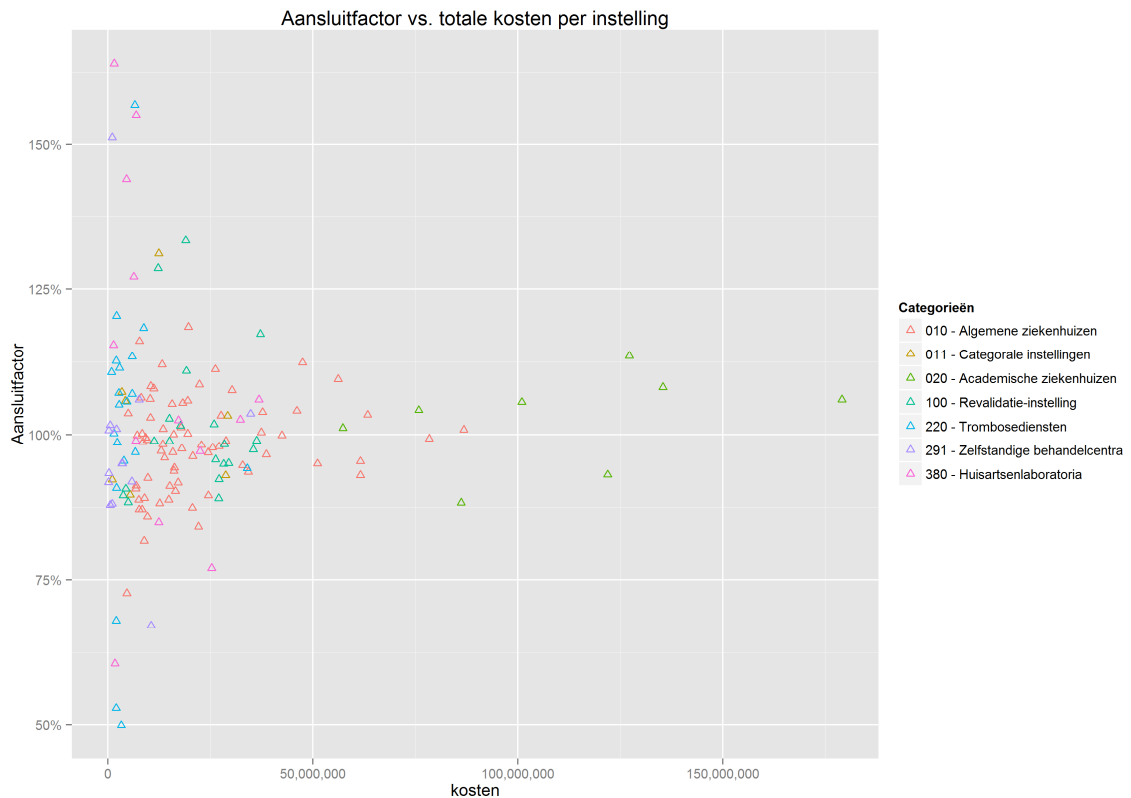
4.5.8.2 Effecten per instelling

Hoewel op macroniveau (is 100%) en op categorieniveau (is maximaal 103%) de totale kosten afgedekt worden met het max-maxtarief, hoeft dit niet te betekenen dat alle instellingen met het max-maxtarief uit de voeten kunnen.



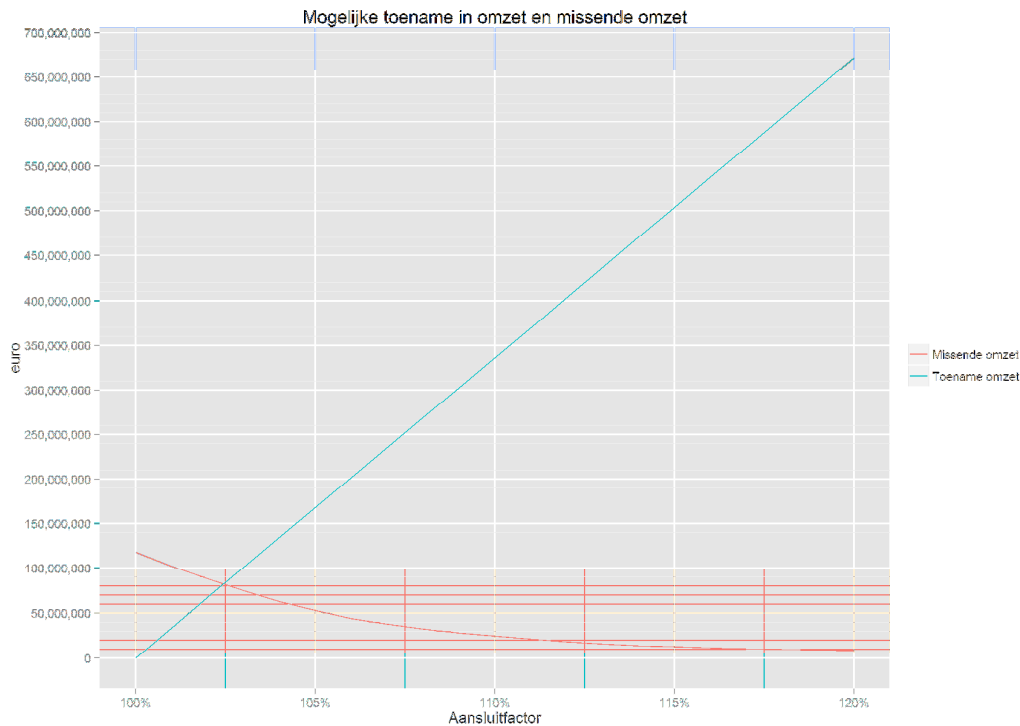
Figuur 4.12 – Aansluitfactor per instelling

Daarom hebben we vervolgens de individuele instellingen bekeken. Hier zien we dat voor ongeveer de helft van de instellingen de gewogen gemiddelde kostprijzen het totaal aan instellingskosten dekken. Deze instellingen bevinden zich onder de 100%-grens. Dankzij de extra ruimte die max-maximumtarieven bieden, kunnen de meeste instellingen de onderhandeling aangaan met de verzekeraars om ook voor hun situatie passende tarieven te onderhandelen. De resterende instellingen hebben een kostenniveau aangeleverd over 2013 die hoger ligt dan 110%. Omdat de spreiding binnen een categorie hier groot is, kunnen we op basis van de aangeleverde informatie geen uitspraak doen of dit komt door een afwijkende patiëntenpopulatie of door vervuiling in de kostprijsaanlevering.



Figuur 4.13 – Aansluitfactor per instelling

In figuur 4.13 sorteren we de instellingen naar grootte. Instellingen die via hun kostprijsaanlevering veel productiewaarde hebben aangeleverd, bevinden zich aan de rechterkant van de figuur. Als we de instellingen sorteren naar kosten in het gereguleerde segment, dan zien we over het algemeen dat hoe hoger de kosten zijn, hoe dichterbij de aansluitfactor bij de 1 komt. Hieruit kan verklaard worden dat bij relatief kleine instellingen de effecten van enkele producten van grotere invloed kunnen zijn op de omzet van deze instellingen. Deze instellingen hebben bijvoorbeeld een minder omvangrijke productportfolio.



Figuur 4.14 – Aansluitfactor en omzet

Tot slot hebben we in figuur 4.13 een vergelijking gemaakt tussen de potentiële omzettoename en de dekking van de extra kosten. Uit figuur 4.13 blijkt dat bij een aansluitfactor van 10% het landelijke gat tussen kosten en omzet (voor instellingen die een tekort hebben) zakt van 120 miljoen euro naar 25 miljoen euro. Indien verzekeraars ongezien overal het max-maxtarief zouden contracteren, dan zou de omzet met 340 miljoen euro toenemen. Dit is afgezien van private contractafspraken, zoals een omzetplafond. Ter illustratie: het verhogen van het percentage naar 20% heeft een beperkt effect op het tekort van de laatste instellingen (de missende omzet daalt van 25 miljoen naar 10 miljoen), maar geeft wel een extra risico van nogmaals 340 miljoen euro extra omzet.

Op basis van deze bovenstaand beschreven analyses achten we het max-maxprincipe van 10% voldoende uitlegbaar. Het is vervolgens aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars in welke mate ze van deze mogelijkheid gebruik maken. Ter ondersteuning hierbij is in bijlage 3 een overzicht opgenomen met spreidingsinformatie per product.

4.5.9 Algehele conclusie

Op grond van de nadere regel (NR/CU-261) 'Registratie en aanlevering kostprijsmodel medisch specialistische zorg' hebben instellingen kostprijzen over het jaar 2013 aangeleverd van zorgproducten die in 2013 onderdeel vormden van het gereguleerde segment. Deze kostprijzen zijn verwerkt in de tarieven indien de betreffende producten na 2013 inhoudelijk niet gewijzigd zijn. Voor productstructuurwijzigingen per 2016 zijn de kostprijzen op basis van de productstructuur 2013 geconverteerd naar de nieuwe productstructuur 2016.

De aangeleverde kostprijzen zijn via verschillende invalshoeken beoordeeld. Hierbij is onder andere gekeken naar de homogeniteit, onderlinge spreiding en representativiteit. Hieruit concluderen we dat we de aangeleverde kostprijzen over 2013 voor zowel de overige zorgproducten als de DBC-zorgproducten kunnen verwerken in de tarieven voor 2016. De uitgevoerde analyses geven geen aanleiding om af te wijken van de methodiek die in hoofdstuk 4 is toegelicht, met uitzondering van de aangeleverde kostprijzen voor de 21 producten complex chronisch longfalen en

de 13 zorgproducten kinderoncologie die in paragraaf 4.5.4.1 en 4.5.4.2 zijn toegelicht. De tarieven van deze producten worden geïndexeerd.

Uit nadere analyse op de aangeleverde kostprijzen concluderen we dat de keuze voor het gewogen gemiddelde ten opzichte van de mediaan een positief effect heeft op de te verwachten productiewaarde. Ook de uitbreiding van de reikwijdte voor categorale instellingen, huisartsenlaboratoria, centra voor hyperbare geneeskunde en ZBC's heeft een positief effect op de hoogte van het tarief. Omdat het totale kostenniveau lager ligt dan het kostenniveau over de kostprijsaanlevering over 2012, of lager ligt dan de tarieven van de producten die in 2013 zijn gewijzigd en in de release van 2012 op een andere berekeningsmethodiek zijn gebaseerd, zien we een daling in de verwachte productiewaarde in de tarieven over 2016 ten opzichte van de tarieven die per 2015 gelden.

Het macro-effect van de verwachte productiewaarde is een daling van € 115,1 miljoen. De totale productiewaarde, op basis van de geconverteerde productieaantallen uit de aangeleverde kostprijzen, in het gereguleerde segment komt daarmee op € 3.385,9 miljoen²⁴. De tariefdaling (3,29%) slaat hoofdzakelijk neer bij de overige zorgproducten.

Hoewel de tarieven op totaalniveau voor de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten (gewogen) gemiddeld met 3,3% dalen, nemen de tarieven voor de DBC-zorgproducten licht (0,6%) toe. De verwachte productiewaarde van de DBC-zorgproducten neemt met € 11,6 miljoen toe tot € 2.040.8 miljoen. De tarieven van de overige zorgproducten dalen gemiddeld met 8,6%. De verwachte productiewaarde van de overige zorgproducten daalt met € 126,7 miljoen tot € 1.345.1 miljoen. Hierbij zijn enkel de geschoonde productieaantallen, voor uitbijters en voor afgekeurde accountantsverklaringen, meegenomen.

Hoewel de tarieven gemiddeld genomen dalen met 3,3%, maakt de invoering van het max-maximumtarief het mogelijk om deze gewogen gemiddelde kostprijzen met maximaal 10% te verhogen, mits zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier onderlinge afspraken over hebben gemaakt. Dit max-maximumtarief geeft de gelegenheid aan instellingen die een specifieke casemix kennen of een afwijkende patiëntenpopulatie om eventuele hogere kosten dan het gewogen gemiddelde te salderen. De invoering van het max-maximumtarief vormt een potentiële kostenstijging ten opzichte van de huidige tarieven over 2015. Daarom hebben we bij dit rapport een bijlage opgenomen met aanvullende statistiek die partijen ondersteunt bij de beoordeling of de max-maximumtarief in de lokale situatie voor betreffende producten nodig is.

²⁴ Bij deze conversie zijn de producten die nieuw zijn per 2016 (en een totale productiewaarde van € 103,2 miljoen vertegenwoordigen) buiten beschouwing gelaten, omdat we niet de beschikking hebben over een conversietabel van de productstructuur 2013 naar 2015. In paragraaf 4.5.4 hebben we laten zien dat de productiewaarde van de aangeleverde kostprijzen 2013 toeneemt ten opzichte van 2012 en ten opzichte van de tarieven uit de release RZ14c.

Bijlage 1. Kengetallen en representativiteit datasets

In deze bijlage staan de kengetallen van de zowel de DIS als de NFU datasets. Daarnaast bevat deze bijlage ook de vlaggen gebruikt voor de schoning van de DIS dataset.

Kengetallen DIS dataset

In tabel 1 staat een overzicht van het aantal rijen in de subtraject- en verrichtingstabellen behorende bij DBC-zorgproducten in de medisch specialistische zorg (MSZ) die gebruikt zijn voor de tariefberekening 2016. Dit zijn de getallen vóór schoning. Het aangegeven jaar is het openingsjaar van het subtraject.

Openingsjaar subtraject	Aantal rijen subtrajecten	Aantal rijen verrichtingen
2012	16.595.060	223.230.645
2013	12.963.430	181.139.358
2014	3.180.290	45.981.728
Totaal	32.738.780	450.351.731

Tabel 1 – Aantal rijen DIS dataset voor schoning en andere bewerkingen.

Het aantal rijen ná schoning en vóór andere bewerkingen staat in tabel 2.

Openingsjaar subtraject	Aantal rijen subtrajecten	Aantal rijen verrichtingen
2012	16.392.208	219.034.829
2013	12.892.471	179.455.011
2014	3.165.704	45.508.837
Totaal	32.450.383	443.998.677

Tabel 2 – Aantal rijen DIS dataset na schoning en voor andere bewerkingen.

De DIS dataset ondergaat een aantal databewerkingen om deze op het niveau van 2013 en het niveau van 2016 te krijgen. De aantallen van de *gehele* DIS dataset na deze bewerkingen staan in tabel 3.

Openingsjaar subtraject	Aantal rijen subtrajecten	Aantal rijen subtrajecten exclusief ZT = 51	Aantal rijen verrichtingen
2013	32.724.732	32.515.945	444.000.027
2016	36.889.817	36.681.030	444.130.760

Tabel 3 – Aantal rijen DIS dataset na schoning en na alle bewerkingen (zoals beschreven in paragrafen 4.3.2.1 t/m 4.3.2.5)

Vlaggen schoning DIS dataset

In tabel 4 staan de aantallen rijen per uitgedeelde schoningsvlag. De schoning gebeurt in twee stappen. In de eerste schoning worden referentiële integriteit en technische fouten verwijderd. In de tweede schoning worden inhoudelijke onvolkomenheden verwijderd.

Dat er geen aansluiting is tussen de getallen in de verschillende tabellen komt om de volgende redenen:

- Een rij kan meer dan één vlag tegelijk krijgen;

- Rijen van verrichtingen waarbij de zorgactiviteitcode behoort tot zorgprofielklasse (ZPK) 2, 3, of 19 met een aantal groter dan 1 (vlag 2205) worden uitgesmeerd over meerdere rijen met aantal = 1.

Vlagnummer	Omschrijving	Aantal rijen
Eerste schoning		
Subtrajectentabel		
100	Dubbel subtraject	0
101	Geen bijbehorende verrichtingen	42.968
102	Geen bijbehorende patiënt	368
199	Geschoond omdat er een bijbehorende verrichting geschoond is	42.502
Verrichtingentabel		
200	Dubbele verrichting	0
201	Geen bijbehorend subtraject	13.428
202	Traject heeft geen bijbehorende patiënt	3.469
203	Aantal < 1 (dus 0 of negatief)	37.904
204	Zorgactiviteit_code is geen getal	0
205	Zorgactiviteit_code is 0 wanneer geconverteerd naar een getal	7
206	Zorgactiviteit uitgevoerd buiten begin- en einddatum subtraject	32.202
299	Geen bijbehorend subtraject	229.631
Tweede schoning		
Patiëntentabel		
1000	Ongeldige instellingscode	0
1003	Geboortjaar is geen getal	0
Subtrajectentabel		
1100	Ongeldige instellingscode	0
1101	Ongeldig behandelend specialismecode	259
1102	Zorgtypecode bestaat niet	263
1103	Zorgtypecode niet geldig op openingsdatum subtraject	263
1104	Zorgvraagcode bestaat niet, met uitzondering van 0	2.142
1106	Zorgvraagcode niet geldig op openingsdatum subtraject, met uitzondering van 0	2.668
1107	Diagnosecode bestaat niet	1.124
1108	Diagnosecode niet geldig op openingsdatum subtraject	5.755
2102	Subtrajecten met sum(aantal) = 0 van bijbehorende verrichtingen	24
2105	Subtrajecten met vlag 2209 in het geleverd zorgprofiel.	172.058
2900	Afgeleide zorgproduct SQLG ongelijk aangeleverde zorgproduct	183.634
Verrichtingentabel		
1202	Zorgactiviteitcode bestaat niet	20.703
1203	Zorgactiviteitcode niet geldig op verrichtingsdatum	23.230
2204	Dubbele operatieve verrichtingen, anesthesie record wordt gevlagd	73.790
2205	Uit te smeren verrichtingen zpk 2, 3, 19	8.362
2207	IC-dag en reguliere verpleegdag (zpk2 of zpk3) op dezelfde dag voor dezelfde patiënt/zorginstelling. Reguliere verpleegdag wordt gevlagd	24.694
2208	Aantal bewerkt = 0	8.362

Tabel 4 – Overzicht van de vlaggen die tot schoning van een rij leiden

Kengetallen NFU dataset

In tabel 5 staat een overzicht van het aantal rijen van de subtraject- en verrichtingstabellen uit de NFU dataset die gebruikt is voor de tariefberekening 2016. Dit zijn de getallen zoals aangeleverd door DHD.

Openingsjaar subtraject	Aantal rijen subtrajecten	Aantal rijen verrichtingen
2011	15	395
2012	2.152.351	35.510.003
2013	1.803.477	28.797.231
totaal	3.955.843	64.307.629

Tabel 5 - Aantal rijen NFU dataset na schoning en voor andere bewerkingen.

De NFU dataset ondergaat, net zoals de DIS dataset, bewerkingen om deze op het niveau van 2013 en 2016 te krijgen. De aantallen van de *gehele* NFU dataset na deze bewerkingen staan in tabel 6. Deze getallen sluiten echter niet aan bij de getallen van de tariefberekening. Dit zijn dezelfde redenen als bij de DIS dataset.

Openingsjaar subtraject	Aantal rijen subtrajecten	Aantal rijen subtrajecten exclusief ZT = 51	Aantal rijen verrichtingen
2013	4.125.139	4.125.139	64.307.761
2016	4.850.485	4.850.485	64.333.233

Tabel 6 – Aantal rijen NFU dataset na schoning en na alle bewerkingen (zoals beschreven in paragrafen 4.3.2.1 t/m 4.3.2.5)

Toepassen van de registratieregels op de DIS en NFU datasets

De registratieregels van 2016 verschillen ten opzichte van 2015 op de volgende hoofdlijnen (mutaties in de referentiegroepen staan hieronder niet beschreven):

- De registratieregels 1.0000.2 (Chronische zorg met thuisbeademing) en 1.0000.3 (Chronische zorg met dialyse) schrijven voor dat er nu één dag *voor* het voorkomen van een zorgactiviteit uit een referentiegroep afgesloten moet worden in plaats van *op de dag* van het voorkomen van die zorgactiviteit;
- De registratieregels van 1.0307.2 (Gynaecologie intra-uteriene ingrepen) neemt de plaats in van 1.0307.1 (vervalt). Dit komt doordat dat het deel van prenatale diagnostiek geen onderdeel meer uitmaakt van deze nieuwe regel;
- De registratieregels van 1.0000.11 (Kindergeneeskunde en kinderneurologie Oncologische behandeling in SKION centrum) neemt de plaats in van 1.0316.2 (vervalt). Deze nieuwe regel is gelijk aan 1.0316.2, maar heeft een uitbreiding naar andere specialismen en vereist het voorkomen van een zorgvraag;
- De registratieregels van 1.0320.3 (Cardiologie) is hetzelfde als 1.0320.2 (vervalt) met de uitbreiding van het registreren van een transvenieuze lead;
- De registratieregels van 2.0000.2 (vervalt) valt onder twee nieuwe registratieregels: 2.0000.4 (Orgaantransplantatietrajecten (exclusief hart-, long- en hartlongtransplantatie)) en 2.0000.5 (Begeleiding hart-, long- en hartlongtransplantatiezorg door beschouwende specialismen). Het deel in 2.0000.5 is identiek aan 2015, alleen zijn de referentiegroepen kleiner geworden door afsplitsing van de zorg gedekt door 2.0000.4;
- De registratieregels van 2.0000.6 (Hart-, long-, en hartlongtransplantatiezorg snijdende specialismen) vervangt 2.0000.3 (vervalt). De regel is identiek aan 2.0000.3, alleen dekt de regel minder transplantatiezorg;
- De registratieregels van 2.0000.7 (Kindergeneeskunde en kinderneurologie niet-klinische chronische verstrekking geneesmiddel) en 2.0000.8 (Kindergeneeskunde en kinderneurologie niet-klinische bloedtransfusies op oncologische indicatie) vervangen respectievelijk 1.0316.1 (vervalt) en 1.0316.3 (vervalt). De nieuwe regels zijn gelijk aan hun voorgangers, maar hebben een uitbreiding naar andere specialismen en vereisen het registreren van een zorgvraag.

Bijlage 2. Beschrijving en rekenvoorbeeld conversiemethode

Beschrijving conversiemethode

Basis voor de geïntegreerde conversietabel 2013-2016 zijn de DIS 2012/2013 en NFU 2012/2013 productiegegevens en de landelijk gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit 2010 omgerekend naar prijspeil 2013.

Voor beide datasets zijn eerst conversietabellen 2013-2016 op prijspeil 2013 berekend voor productievolume, ziekenhuiskosten, honorarium ondersteuners en honorarium poorters. Voor het berekenen van de conversietabel 2013-2016 voor ziekenhuiskosten worden de kosten van alle zorgactiviteiten meegenomen. Bij de berekening van de conversietabel 2013-2016 voor het ondersteunershonorarium worden uitsluitend de zorgactiviteiten meegenomen die in het profiel bijdragen tot de werklust van ondersteuners. Voor het bepalen van de conversietabel 2013-2016 voor het poortershonorarium wordt een aparte werklust-gerelateerde conversietabel samengesteld. Door deze te baseren op de uitgeleverde poortertarieven in 2013 wordt de hoogte van het initiële tarief gewaarborgd. Bij het berekenen van de omzetting van poortershonorarium voor zorgproducten 2013 naar het poortershonorarium voor zorgproducten 2016 wordt onderscheid gemaakt tussen operatieve zorgproducten en niet operatieve zorgproducten. Voor niet-operatieve zorgproducten worden alleen kosten van zorgactiviteiten van zorgprofielklassen 1 t/m 6 tot de werklust meegerekend. Voor operatieve zorgproducten worden de kosten van zorgactiviteiten in zorgprofielklasse 2 (Dagverpleging) en 3 (Klinische dagen) niet meegerekend tot de werklust.

Aan de hand van de conversietabellen 2013-2016 voor ziekenhuiskosten, ondersteunershonorarium en poortershonorarium is voor elk van de datasets DIS en NFU een conversietabel 2013-2016 voor integrale kosten berekend door de verschillende kostencomponenten op te tellen. Uitgaande van de conversietabellen integrale kosten voor beide datasets, is de geïntegreerde conversietabel 2013-2016 samengesteld door voor ieder zorgproduct 2013 de representatieve dataset te bepalen.

Het selecteren van de representatieve dataset vindt plaats aan de hand van het representativiteitscriterium. Volgens het representativiteitscriterium is een dataset representatief indien voor een zorgproduct 2013 5 of meer subtrajecten aanwezig zijn aan de bronkant. Representativiteit wordt eerst getoetst voor de DIS dataset en indien deze dataset niet voldoet aan het criterium vervolgens voor de NFU dataset. Opgemerkt wordt dat door de fragmentatie van de integrale kosten voor zorgproducten 2013 te baseren op de representatieve dataset, dat een zorgproduct 2016 opgebouwd kan zijn uit fragmenten afkomstig van beide datasets. Als gevolg hiervan kunnen de conversiepercentages uit beide datasets aan de doelkant van de conversietabel 2013-2016 zijn vermengd. Als laatste stap wordt voor het berekenen van de geïntegreerde conversietabel 2013-2016 de fragmentatie naar uitvalproducten verwijderd.

Uitgangspunt is dat de geïntegreerde conversietabel 2013-2016 omzetneutraal is, dat wil zeggen dat de integrale kosten van alle zorgproducten 2013 is gelijk aan de integrale kosten van de zorgproducten volgens productstructuur 2016. Dit waarborgt dat voor zorgproducten uit categorie C het kostenniveau van de berekende productprijzen 2016 gelijk is aan het kostenniveau van de kostprijsaanleveringen over boekjaar 2013. De omzetneutraliteit van de conversietabellen 2013-2016 is gewaarborgd doordat alle kosten- en werklustdragers zijn aan subtrajecten gesimuleerd volgens de productstructuur voor 2013 en 2016. Dit houdt in dat de integrale productiewaarde van alle kosten- en werklustdragers volgens

productstructuur 2013 gelijk is aan de integrale productiewaarde volgens productstructuur 2016.

De geïntegreerde conversietabel 2013-2016 dient als basis voor het berekenen van de tarieven voor zorgproducten uit categorie C. Om een maximumtarief te berekenen voor zorgproducten uit categorie C dienen aan de doelkant 5 of meer subtrajecten aanwezig zijn. Indien voor een zorgproduct uit categorie C minder dan 5 subtrajecten aanwezig zijn aan de doelkant wordt het product beschouwd als expertproduct. Het tarief van een expertproduct wordt bepaald via donormapping of een andere methode.

Bij de berekening van de maximumtarieven voor zorgproducten uit categorie A en C dient rekening te worden gehouden met eventuele overheveling tussen 2013 en 2016 van kosten naar de medisch specialistische zorg, zoals de kosten voor fertiliteitshormonen en voedingssupplementen. De kosten voor fertiliteitshormonen en voedingssupplementen worden in de tarieven verwerkt door middel van tariefopslagen berekend volgens de conversiemethode.

Rekenvoorbeeld conversiemethode

Het volgende rekenvoorbeeld illustreert de opeenvolgende stappen van de conversiemethode en de wijze waarop de tariefopslag wordt berekend. De conversiemethode bestaat uit de volgende stappen:

1. Bepaal per dataset de kosten en honoraria voor alle zorgproducten 2013;
2. Bereken per dataset conversietabellen 2013-2016 voor kosten en honoraria;
3. Bereken per dataset de conversietabel 2013-2016 voor integrale kosten;
4. Bereken de geïntegreerde conversietabel 2013-2016;
5. Bereken productprijzen 2013 op basis van prijspeil 2016;
6. Bereken productprijzen 2016 met geïntegreerde conversietabel 2013-2016;
7. Bereken eventuele tarieftoeslagen 2016;

1. Bepaal per dataset de kosten en honoraria voor alle zorgproducten 2013

Bepaal voor elk van de datasets (DIS en NFU) het productievolume en de productiewaarde (prijspeil 2013) voor kosten, honorarium poorters en honorarium ondersteuners voor de declarabele zorgproducten 2013. Productiegegevens 2013 die in uitvalproducten terechtkomen worden geschoond zodat alleen declarabele zorgproducten 2013 worden meegenomen. De productiewaarde voor de kosten wordt berekend met de kostprijzen per zorgactiviteit 2010. Het honorarium voor poorters wordt berekend met behulp van de vastgestelde RZ13 tarieven. De honoraria voor ondersteuners wordt bepaald o.b.v. profielen. Zo kan voor elk van de datasets een tabel worden samengesteld zoals weergegeven in Tabel B4.1.

ZP code 2013	Volume 2013	Kosten 2013	Poortershon 2013	Ondersteunershon 2013	Integrale kosten 2013
999999001	5	8.000	1.300	400	9.700
999999002	6	6.000	950	300	7.250
999999006	8	24.000	3.700	1.200	28.900
Totaal	19	38.000	5.950	1.900	45.850

Tabel 7 - Overzicht productiegegevens (prijspeil 2013)

2. Bereken per dataset conversietabellen 2013-2016 voor kosten en honoraria

Bereken vervolgens voor elk van de datasets de conversietabellen 2013-2016 voor kosten, honorarium ondersteuner en honorarium poorters. Voor de omzetting van de kostendelen van zorgproducten 2013 naar de kostendelen van zorgproducten 2016 wordt een conversietabel 2013-2016 berekend, waarin de kosten van alle zorgactiviteiten zijn meegenomen (kostprijzen per zorgactiviteit 2010). Voor omzetting van het honorarium voor de ondersteunend specialisten worden alleen zorgactiviteiten meegenomen die bijdragen tot de werklust van ondersteuners. De omzetting van het poortershonorarium 2013 vindt plaats met de conversietabel 2013-2016 waarin alleen de kosten van werk-gerelateerde zorgactiviteiten is opgenomen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen operatieve zorgproducten en niet operatieve zorgproducten. Voor niet-operatieve zorgproducten worden alleen kosten van

zorgactiviteiten van zorgprofielklassen 1 t/m 6 tot de werklust meegerekend. Voor operatieve zorgproducten worden de kosten van zorgactiviteiten in zorgprofielklasse 2 (Dagverpleging) en 3 (Klinische dagen) niet meegerekend tot de werklust.

3. Bereken per dataset de conversietabel 2013-2016 voor integrale kosten

Bereken voor elk van de DOT en NFU datasets een conversietabel 2013-2016 voor de integrale productiewaarde en het productievolume. Voorafgaand aan de berekening van de omzettingpercentages vindt een schoning plaats van productie die terechtkomt in uitval zorgproducten 2016. Zo wordt voor de beide datasets een conversietabel voor de integrale kosten berekend zoals weergegeven in Tabel B4.2 en Tabel B4.3

ZP code 2013	ZP code 2016	pw%	vol%
999999001	999999001	0,803	0,887
999999001	999999005	0,197	0,981
999999002	999999002	1,000	1,000
999999006	999999006	0,796	0,874
999999006	999999005	0,204	0,998

Tabel 8 - DIS conversietabel 2013-2016 voor integrale kosten en volume (prijsspeil 2013)

ZP code 2013	ZP code 2016	pw%	vol%
999999001	999999001	0,800	0,900
999999001	999999005	0,200	0,500
999999002	999999002	1,000	1,000
999999003	999999003	0,650	1,100
999999003	999999004	0,350	0,700
999999005	999999001	0,200	0,750
999999005	999999005	0,500	0,850
999999005	999999006	0,300	0,750

Tabel 9 - NFU conversietabel 2013-2016 voor integrale kosten en volume (prijsspeil 2013)

4. Bereken de geïntegreerde conversietabel 2013-2016

Voor elk van de zorgproducten 2013 wordt de representatieve dataset bepaald met behulp van het representativiteitscriterium. Een dataset is per definitie representatief voor een zorgproduct 2013 als 5 of meer subtrajecten voorkomen van dit zorgproduct. De bepaling vindt in eerste instantie plaats op basis van de DIS dataset en in tweede instantie op basis van de NFU dataset. De omzetting van een zorgproduct 2013 naar zorgproducten 2016 (de zogenaamde 'fragmentatie') wordt bepaald door de conversietabel die behoort bij de representatieve dataset voor het betreffende zorgproduct 2013. Door achtereenvolgens op ieder van de zorgproducten 2013 het representativiteitscriterium toe te passen, kan de conversietabel 2013-2016 worden samengesteld aan de hand van de conversietabel die hoort bij de representatieve dataset. In Tabel B4.4 is de geïntegreerde conversietabel 2013-2016 weergegeven voor de situatie dat de DIS dataset representatief is voor de zorgproducten 001, 002 en 006 en de NFU dataset is representatief voor de zorgproducten 003 en 004.

Selectie dataset	ZP code 2013	ZP code 2016	pw%	vol%
DOT	999999001	999999001	0,803	0,887
DOT	999999001	999999005	0,197	0,981
DOT	999999002	999999002	1,000	1,000
NFU	999999003	999999003	0,650	1,100
NFU	999999003	999999004	0,350	0,700
NFU	999999005	999999001	0,200	0,750
NFU	999999005	999999005	0,500	0,850
NFU	999999005	999999006	0,300	0,750
DOT	999999006	999999006	0,796	0,874
DOT	999999006	999999005	0,204	0,998

Tabel 9 - Geïntegreerde conversietabel 2013-2016 voor integrale kosten en volume (prijsspeil 2013)

5. Bereken integrale productprijzen 2013 volgens prijspeil 2016

Op basis van de goedgekeurde NZa kostprijsaanleveringen worden de integrale productprijzen 2013 geïndexeerd naar prijspeil 2016. Hierbij worden de kostendelen (krs=300) en honorariumdelen (krs=200) geïndexeerd naar prijspeil 2016 door gedifferentieerde indexatiepercentages voor 2014 en 2015 en het uniforme indexatiepercentage voor 2016 voor kosten en honorarium. Bereken vervolgens voor ieder zorgproduct 2013 de integrale kosten (krs=100) volgens prijspeil 2016.

Indexatie kosten 2013-2016		6,40%					
Indexatie honorarium 2013-2016		3,50%					
ZP code 2013	Volume 2013	Prijspeil 2013			Prijspeil 2016		
		Kosten (krs=300)	Honorarium (krs=200)	Integrale kosten (krs=100)	Kosten (krs=300)	Honorarium (krs=200)	Integrale kosten (krs=100)
999999001	6,00	8.000	1.700	9.700	8.512	1.760	10.272
999999002	8,00	6.000	1.250	7.250	6.384	1.294	7.678
999999003	7,00	8.475	1.678	10.153	9.017	1.737	10.754
999999005	8,00	15.255	3.000	18.255	16.231	3.105	19.336
999999006	9,00	24.000	4.900	28.900	25.536	5.072	30.608
Totaal	38,00	61.730	12.528	74.258	65.681	12.966	78.647

Tabel 10 – Integrale productprijzen 2013 op basis van de NZa kostprijsaanleveringen 2013

6. Berekening productprijzen 2016 met geïntegreerde conversietabel 2013-2016

Na indexatie van de integrale productprijzen 2013 naar prijspeil 2016 wordt met behulp van de samengestelde conversietabel B4.4 de integrale kosten en het volume van de DBC-zorgproducten 2013 omgezet naar de integrale kosten en het volume van DBC-zorgproducten 2016.

ZP code 2013	ZP code 2016	Integrale kosten 2013	Volume 2013	Integrale kosten 2016	Volume 2016
999999001	999999001	10.272	6,00	8.249	5,32
999999001	999999005	10.272	6,00	2.023	5,89
999999002	999999002	7.678	8,00	7.678	8,00
999999003	999999003	10.754	7,00	6.990	7,70
999999003	999999004	10.754	7,00	3.764	4,90
999999005	999999001	19.336	8,00	3.867	6,00
999999005	999999005	19.336	8,00	9.668	6,80
999999005	999999006	19.336	8,00	5.801	6,00
999999006	999999006	30.608	9,00	24.359	7,87
999999006	999999005	30.608	9,00	6.249	8,98
			Totaal	78.647	67,46

Tabel 11 – Conversie van de integrale kosten en volume

Door na de conversie per zorgproduct 2016 de integrale productiewaarde 2016 en het productievolume 2016 te sommeren, kan de integrale productprijs 2016 worden berekend door middel van de ratio van integrale productiewaarde en het productievolume.

ZP code 2016	Volume 2016	Prijspeil 2013		Prijspeil 2016		Gemiddelde index 2013-2016
		Integrale kosten	Rekenprijs	Integrale kosten	Rekenprijs	
999999001	11,32	11.441	1.010,45	12.116	1.070,09	5,902%
999999002	8,00	7.250	906,25	7.678	959,72	5,900%
999999003	7,70	6.599	857,07	6.990	907,82	5,921%
999999004	4,90	3.554	xxxxxxx	3.764	768,15	xxxxxxx
999999005	21,67	16.938	781,72	17.939	827,96	5,915%
999999006	13,87	28.477	2.053,17	30.160	2.174,53	5,911%
Totaal	67,46	74.258		78.647		

Tabel 12 – Berekening maximumtarieven 2016 via de conversiemethode

Bovenstaand rekenvoorbeeld toont aan dat de integrale kosten 2013 omzetneutraal worden verdeeld over de zorgproducten 2016. Benadrukt wordt dat door tussentijdse wijzigingen van de registratieregels het productievolume 2016 wel kan verschillen van het productievolume 2013.

7. Berekening tariefopslagen op maximumtarieven 2016 via conversiemethode

Bij de berekening van de maximumtarieven 2016 dient rekening te worden gehouden met overhevelingen van kosten naar de medisch specialistische zorg registratieregels die tot en met 2013 uit andere bronnen werden gefinancierd en zodoende niet zijn verwerkt in de kostprijsaanleveringen over boekjaar 2013. Dit betreft overheveling van de kosten voor fertiliteitshormonen vanuit het GVS naar de MSZ en de toevoeging van de kosten van voedingssupplementen. Deze extra kosten worden verwerkt in de maximumtarieven 2016 via een tariefopslag. Deze tariefopslag wordt berekend met behulp van de conversiemethode. Het volgende rekenvoorbeeld laat zien op welke wijze de tariefopslag wordt berekend.

Stel dat in het tarief 2013 van zorgproduct 999999005 een tariefopslag voor voedingssupplementen is verwerkt van Euro 100. Met behulp van de geïntegreerde conversietabel 2013-2016 (zie B4.4) kan het productievolume en kosten 2013 voor voedingssupplementen (d.w.z. de tariefopslag 2013 vermenigvuldigd met het productievolume 2013 voor zorgproduct 999999005) worden omgezet naar het productievolume en kosten over 2016.

ZP code 2013	ZP code 2016	Tariefopslag geneesmiddelen 2013	Volume 2013	Kosten geneesmiddelen 2013	Kosten geneesmiddelen 2016	Volume 2016	Tariefopslag geneesmiddelen 2016
999999005	999999001	97	8,00	776	155	6,00	26
999999005	999999005	97	8,00	776	388	6,80	57
999999005	999999006	97	8,00	776	233	6,00	39
				Totaal	776	18,80	

Tabel 13 – Berekening van de tariefopslag op de maximumtarieven 2016.

De opslag op de tarieven 2016 wordt berekend door de integrale productprijzen 2016 met prijspeil 2013 te indexeren met de gemiddelde prijsindex voor kosten en honoraria over de periode 2013-2016.

Bijlage 3. Kengetallen en statistiek

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. Dit bestand betreft een separaat bijgevoegd Excelbestand. In dit document wordt een korte toelichting gegeven bij dit Excelbestand.

Aanleiding

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

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

Toelichting Excelbestand

In het Excelbestand (Bijlage 3_Kengetallen en statistiek.csv) zijn 14 kolommen opgenomen. In kolom A tot en met E is het zorgproduct omschreven. In het bestand zijn alleen de producten toegevoegd waarvan de aangeleverde kostprijzen per 2016 ook zijn verwerkt in de tarieven. Dit betekent dat producten die inhoudelijk zijn gewijzigd in 2014, 2015 of 2016 niet zijn opgenomen in het overzicht. Van deze nieuwe producten na 2013 hebben we namelijk geen kostprijzen ontvangen.

In kolom F en kolom G is achtereenvolgens het maximumtarief per 2016 en het max-maximumtarieven opgenomen.

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

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

In het rapport is 4.4.3.1 en paragraaf 4.4.3.2 toegelicht dat een aantal producten een toeslag heeft ontvangen voor fertiliteitshormonen, voedingssupplementen en voor interventieradiologie. In kolom M en N zijn deze toeslagen, voor die producten waar dit van toepassing is, opgenomen.

Bijlage 4. Expertproducten

Jaarlijks wordt als onderdeel van de release een lijst met expertproducten uitgeleverd. De definitie van een expertproduct is *‘Indien minder dan vijf subtrajecten voorkomen in de gehanteerde productiedataset is sprake van een expertproduct’*.

Deze lijst met expertproducten bestaat dus uit producten die op basis van de beschikbare productiegegevens minder dan 5 subtrajecten kennen. De hiervoor geselecteerde productiegegevens komen uit verschillende databronnen, namelijk DIS dataset 2012/2013 en de NFU dataset 2012/2013. Op basis van de representatieve dataset worden zorgproductprofielen berekend. Indien minder dan vijf subtrajecten voorkomen in beide datasets wordt het berekende zorgproductprofiel beschouwd als niet-representatief.

In bijlage 4 is een Excelbestand opgenomen met alle declarabele DBC-zorgproducten binnen de RZ16a productstructuur die voldoen aan bovenstaande voorwaarde. Deze lijst bestaat in totaal uit 407 DBC-zorgproducten, waarvan 129 in het gereguleerde segment en 278 in het vrije segment. Overigens heeft deze lijst met expertproducten geen relatie met de tariefberekening voor 2016, aangezien de tarieven gebaseerd zijn op de aangeleverde kostprijzen. Deze bijlage vormt dan ook een aanvullend informatieproduct.