

BESLISSING OP BEZWAAR**66424-112851**

Bij brief en fax van 11 december 2013, die is ingekomen bij de NZa op 11 december 2013, is door [VERTROUWELIJK] namens de [VERTROUWELIJK] (hierna: belanghebbende) bezwaar gemaakt tegen de prestatie- en tariefbeschikkingen DOT 2014, met kenmerk TB/CU-2012-1, d.d. 31 oktober 2013 en met kenmerk TB/CU-2012-2, d.d. 27 november 2013. Deze beschikkingen bepalen onder meer dat belanghebbende voor door haar geleverde DBC- en overige zorgproducten de door de NZa vastgestelde tarieven in rekening kan brengen. Bij brief van 16 januari 2014 heeft belanghebbende de gronden van bezwaar nader onderbouwd. Het bezwaarschrift heeft meer specifiek betrekking op de kostprijstarieven kinderchirurgie en transplantatiechirurgie.

Naar aanleiding van dit bezwaar is belanghebbende op 11 maart 2014 gehoord.

Na de hoorzitting heeft er meerdere malen telefonisch overleg plaatsgevonden met belanghebbende over de voortgang van het bezwaarschrift en de ontwikkelingen aangaande de tarieven transplantatiechirurgie.

Met belanghebbende is afgesproken het bezwaarschrift te splitsen. Deze beslissing op bezwaar ziet alleen op de door belanghebbende aangevoerde bezwaargronden met betrekking tot kinderchirurgie. De andere in het bezwaarschrift naar voren gebrachte gronden worden separaat behandeld.

Bij brief van 27 juni 2014 heeft belanghebbende de NZa per 11 juli 2014 in gebreke gesteld.

Op grond van het Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging is de directeur Strategie & Juridische Zaken van de NZa bevoegd om namens de NZa te beslissen op het bezwaarschrift.

De NZa heeft de hierboven vermelde beschikking in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten dat niet tegemoet kan worden gekomen aan het bezwaar en dat het bestreden besluit ongewijzigd in stand dient te blijven. Het bezwaar wordt dan ook ongegrond verklaard. Hieronder volgt de motivering daarvan.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN**A. Normtijdenberekening Kinderchirurgie:**

1. Tot 1 januari 2014 ontbrak er een adequate productstructuur voor kinderchirurgie voor de congenitale afwijkingen.
2. De DOT-structuur, opgezet door Prof. Wijnen, en ook voorgesteld door DBC-O, is door de NZa op 22 april 2013 afgekeurd.
3. Normtijden zijn conform de volwassen producten opgenomen op basis van het reguliere normtijdentraject RZ14a.

4. Normtijden kunnen niet op basis van historische data worden berekend. Er waren immers geen passende diagnosecodes. Voorstel was om deze als expertproduct te laten normeren, tezamen met urologie en orthopedie (punt 3.9 e.v. van het bezwaarschrift).
5. De honorariumtarieven zijn tot stand gekomen op basis van normtijden, aangeleverd door de NOV. Dit is zonder instemming van de andere twee verenigingen (NVVH en Urologen).
6. De tarieven zijn gebaseerd op een simulatie van een aanpalend specialisme dat op basis van onjuiste en onvolledige registratie zichzelf als beïnvloedend specialisme beschouwde (punt 3.14 e.v. van het bezwaarschrift).
7. Van een gewogen gemiddelde van geclusterde zorgproducten is geen sprake.

B. In strijd met zorgvuldige besluitvorming

1. Niet gebleken is dat heerkunde niet 70% van de casemix in handen had.
2. De weigering om een alternatieve berekening toe te passen is onvoldoende en gebrekkig gemotiveerd.
3. Normtijden voor nieuwe productomschrijvingen en productstructuren kunnen per definitie niet gebaseerd worden op gebruikelijke DIS registraties. DIS en Vektis geven niet het volume van de diverse verrichtingen weer en evenmin een adequate weergave van de zorg die is geleverd.
4. Door 2010 als registratiejaar te kiezen is een deel van de wel gerealiseerde, maar niet geregistreerde productie kinderchirurgie niet meegenomen bij de weging van de aandelen in de specialismen.
5. Normtijden zijn aanzienlijk lager dan de werkelijkheid.
6. Er zijn geen controles uitgevoerd en ook de gevolgen zijn niet gewogen.
7. De NZa heeft geen rekening gehouden met lopende kosten en investeringen met het oog op de forse dalingen.

C. Strijd met wet- en regelgeving

1. Beleid omtrent het bepalende specialisme moet in dit geval wijken (punt 7.2).
2. Artikel 23.2 van de beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg bepaalt expliciet dat de specialismen die tot de grootste uitvoerders behoren, een zorgproduct normeren. De chirurg behoort tot de grootste uitvoerder van de kinderchirurgie.
3. De gegevens zijn niet gebaseerd op de heerkunde.
4. Wetenschappelijke verenigingen waren het niet eens, uitgangspunt is dat de verenigingen het eens zijn over inhoud en normtijdenclusters.
5. NZa handelt in strijd met haar kerntaak: het bevorderen van een evenwichtig stelsel van tarieven.

D. Onevenredig nadeel

1. Het afwijkingspercentage bedraagt 19%.
2. De vastgestelde tarieven kinderchirurgie reflecteren een normtijd die tot 50% van de werkelijke normtijd beslaat.

E. Inherente afwijkingsbevoegdheid

1. NZa heeft nagelaten hiervan gebruik te maken.
2. Een normtijdenberekening op basis van registraties van 3 jaar terug kan per definitie niet worden toegepast op producten die nieuw omschreven en ingedeeld zijn.

F. Motiveringsbeginsel

1. Het besluit om geen experttarief toe te passen is niet gemotiveerd.

OORDEEL NZa**Achtergrond**

Alvorens in te gaan op de gronden van bezwaar wordt eerst het beleid geschetst.

Algemeen

De DOT-productstructuur is per 1 januari 2012 als prestatie- en tarifieringssysteem voor de medisch specialistische zorg ingevoerd. Gedurende 2012 en 2013 is de productstructuur verder ontwikkeld. Releases die ingaan per een nieuw kalenderjaar bevatten doorgaans meer fundamentele wijzigingen in de productstructuur en tarieven. Dat geldt ook voor het DOT-pakket 2014. Het beoordelingsrapport release DOT 2014 (RZ14a)¹ (hierna: beoordelingsdocument) beschrijft de wijzigingen in het DOT-pakket 2014 en geeft de beoordeling van deze wijzigingen weer. De release DOT 2014 bevat eveneens wijzigingen in de productstructuur die de NZa per 2014 doorvoert. Deze wijzigingen komen voort uit de doorontwikkelagenda DOT en / of wijzigingsverzoeken vanuit veldpartijen.

Honorariumdelen tarieven DOT*Algemeen*

Aangaande de honorariumtarieven DOT is in het beoordelingsdocument het volgende opgemerkt.

Voor de totstandkoming van de honorariumtarieven van DBC-zorgproducten voor 2014 is dezelfde berekeningsmethodiek gehanteerd als voor de honorariumtarieven DOT 2012 en 2013. De NZa zag geen aanleiding om groot onderhoud te plegen aan de honorariumtarieven voor het jaar 2014. Daarom heeft de NZa besloten de onderliggende bronnen in de tariefberekening 2014 – evenals voor de tariefberekening 2013 – te baseren op het jaar 2010.

¹ Beoordeling release DOT 2014 (RZ14a), Beoordeling prestaties en tarieven met ingangsdatum 1 januari 2014, september 2013

Hierdoor blijft het productievolume en het Budgettair Kader Zorg (hierna: BKZ) aandeel per specialisme ongewijzigd. Het beschikbare BKZ voor 2014 wordt overigens wel geïndexeerd voor prijsontwikkelingen, zoals in het convenant door partijen is overeengekomen.

Dit laat onverlet dat er in 2013 wel een aantal wijzigingstrajecten hebben plaatsgevonden die van invloed zijn op de honorariumtarieven 2014.

Wijzigingen productstructuur

Allereerst is de productstructuur doorontwikkeld, als gevolg van wijzigingsverzoeken van veldpartijen of aan de hand van de door de NZa opgestelde doorontwikkelagenda. Deze wijzigingen zijn in hoofdstuk 2 van het beoordelingsdocument toegelicht. Deze nieuwe of aangepaste producten zijn door de betrokken wetenschappelijke verenigingen van een normtijd voorzien.

Daarnaast zijn een aantal clusterverzoeken ingediend, zodat de honorariumtarieven van deze producten specialismen overstijgend berekend worden. Om deze wijzigingen doorgang te laten vinden, is de normtijdentool generiek voor alle DBC-zorgproducten opengesteld en vindt een nieuwe rondrekening met het geïndexeerde BKZ plaats.

Honorariaberekening op hoofdlijnen

Voor de poort- en ondersteunershonoraria is voor 2014 een algehele herijking uitgevoerd. De methodiek voor het bepalen van de verschillende honorariumcomponenten is hetzelfde gebleven. Wetenschappelijke verenigingen zijn evenals vorig jaar in de gelegenheid gesteld normtijden toe te kennen aan nieuwe en bestaande zorgproducten en zorgactiviteiten. De normtijden vormen een onderlinge werklastverdeling tussen de zorgproducten en zorgactiviteiten. De hoogte van het budget (BKZ), de productieomvang en de onderlinge verdeling van de normtijden bepalen uiteindelijk de hoogte van de tarieven. De prijslijst wordt waar nodig aangevuld met experthonoraria voor poorters of ondersteuners.

Voor de berekening van de honoraria in de RZ14a is gebruik gemaakt van de bestaande methoden. Via de normtijdentool hebben wetenschappelijke verenigingen aanpassingen kunnen doen in de normtijden die voor de honorariumberekening gebruikt worden. De NZa heeft nieuwe BKZ-bedragen en indexfactoren vastgesteld. Middels het proces van uitlijning zijn de nieuwe honorariumtarieven berekend. Dit geldt zowel voor de poortspecialismen als voor de ondersteuners.

Productiebestanden

De DIS-data en een productiebestand voor los declarabele verrichtingen vormen de basis voor de tariefberekening. Om de verrichtingen voor ondersteunende specialismen op het niveau te krijgen van het ZIS (ziekenhuisinformatiesysteem), worden de verrichtingen binnen de DBC-profielen vermenigvuldigd met de ondersteunerscompensatiefactor.

DIS

Om tot tarieven te komen voor de poorter en voor de ondersteuner is het DIS gebruikt. De productiecijfers uit het DIS (Ronde 21 dataset) liggen ten grondslag aan de honorariumbedragen per 2014. De methodiek waarmee de honorariumtarieven berekend worden, gaat uit van volledige en representatieve productiebestanden. De volledigheid van de DIS dataset wordt geborgd door op instellingsniveau de productiecijfers uit het DIS op te schalen aan de hand van declaratiegegevens van verzekeraars (Vektis) over dezelfde instelling. De precieze wijze van opschaling staat beschreven in hoofdstuk 4 van de toelichting op de honorariumberekening DOT 2013².

Los declarabele productie

De NZa levert een productiebestand van de los declarabele zorgactiviteiten aan. Dit bestand betreft een middeling tussen DIS en Vektis. Deze middeling is noodzakelijk omdat de los declarabele zorgactiviteiten onvoldoende in DIS geregistreerd kunnen worden, terwijl Vektis het werkelijke declaratievolume weergeeft. Voor de normtijdentool is gebruik gemaakt van het productiebestand dat gebruikt is in de RZ13c. Hier zit eveneens de herverdeling van de IC-productie per specialisme in verwerkt op basis van de IC-gegevensuitvraag bij instellingen vorig jaar.

Normtijden*Algemeen*

Alle specialismen waar het BKZ op van toepassing is, mochten aan alle zorgproducten en zorgactiviteiten normtijden toekennen. Elk specialisme wordt hierbij vertegenwoordigd door één wetenschappelijke vereniging. De NFU heeft vervolgens een beoordeling gedaan op deze normtijden. Eventuele bevindingen van de NFU werden aan de wetenschappelijke vereniging doorgegeven. De wetenschappelijke vereniging is eindverantwoordelijk voor het toekennen van definitieve normtijden. Het normtijdentraject is beschreven in het verantwoordingsdocument normtijdentraject RZ14a (versie 20130815) en is ook gehanteerd voor de tariefberekening voor het DOT pakket van 2012 en 2013.

Bij het toekennen van de normtijden aan producten door wetenschappelijke verenigingen worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De specialismen die horen bij de grootste producenten (70%) mogen een zorgproduct normeren.
- Elk specialisme mag producten normeren die minimaal 90% beslaan van de totale productiewaarde van het betreffende specialisme. Dit houdt in dat alle specialismen invloed hebben op het honorariumtarief van producten, die minimaal staan voor 90% van de totale omzet van het betreffende specialisme
- Alle specialismen die een bepaalde ondersteunende zorgactiviteit uitvoeren mogen die normeren.
- Alle scopiën worden als ondersteunende verrichtingen gezien. Dus ook de scopiën die door de poorter zelf worden uitgevoerd.

² http://www.nza.nl/104107/138040/bijlagemap/Bijlage_4_bij_beoordelingsrapport_release_RZ13a_-_Toelichting_op_de_honorariumberekening_DOT_2013.pdf

De toegekende en beoordeelde normtijden zijn gepubliceerd op de website van DBC-Onderhoud.

Tariefberekening

De toegekende normtijden worden in de tariefberekening verwerkt. Sinds het invoeren van een BKZ per specialisme (RZ12a) zijn de normtijden verdeelsleutels geworden die de onderlinge werklust representeren.

Algemene uitgangspunten

De volgende uitgangspunten gelden voor de tariefberekening:

- De totale honorariumomzet per specialisme sluit (na de berekeningen) aan op het BKZ per specialisme.
- Alle zorgproducten en zorgactiviteiten krijgen één poorthonorarium.
- De ondersteunershonoraria worden (per zorgproduct) specialisme-specifiek berekend.
- Uitzondering op bovenstaande regel zijn scopieën die specialisme-overstijgend berekend worden voor MDL, interne geneeskunde en heelkunde.
- Het honorarium wordt uitgelijnd over de specialismen die een normtijd hebben toegekend. Het berekende honorariumtarief komt daarentegen wel ten laste van het specialisme specifieke BKZ van alle uitvoerende specialismen.

Normtijdclusters

Op aangeven van wetenschappelijke verenigingen kunnen (mits alle relevante wetenschappelijke verenigingen het hierover eens zijn) de normtijden van verschillende zorgproducten geclusterd worden. In de tariefberekening wordt vervolgens per specialisme een gewogen gemiddelde over deze geclusterde zorgproducten berekend. Door deze clustering krijgen zorgproducten eenzelfde tarief. Hiervoor worden de basisformules van de tariefberekening gebruikt.

Uitlijning

- Op basis van de toegekende normtijden wordt een basistarief berekend.
- De berekende basistarieven en de productie leveren een omzet op.
- Deze omzet wordt vergeleken met het BKZ per specialisme en naar verhouding gecorrigeerd. Bij overschrijding worden de tarieven naar verhouding afgeslagen; bij onderschrijding worden de tarieven opgeslagen. Na deze correctie volgt het gemiddelde (fictieve) uurtarief per specialisme.
- De uitlijning borgt dat de geprognostiseerde omzet per specialisme op basis van de berekende honorariumtarieven aansluit bij het BKZ bedrag per specialisme.

Doordat er gedeelde zorgproducten zijn die een specialisme-overstijgend en representatief tarief moeten krijgen, is een nadere invulling van het uitlijningsproces gewenst.

- Bij gedeelde zorgproducten wordt een gewogen gemiddelde berekend over de specialismen. Er wordt gewogen naar landelijk vrijgevestigde casemix.
- De specialismen die de meeste omzet delen met andere specialismen, worden als eerste uitgelijnd. Het specialisme dat als eerste uitgelijnd wordt, zet de gedeelde producten vast voor de andere specialismen. Dit wil zeggen dat de tarieven hiervan niet meer gecorrigeerd worden in volgende uitlijningsstappen.

Toepassing van bovenstaand uitlijningsproces draagt bij aan een hoge mate van representativiteit in de honorariumtarieven: de tarieven weerspiegelen na uitlijning zo optimaal mogelijk de logische opbouw in werklast op basis van ingegeven normtijden voor alle specialismen.

Experttarieven binnen BKZ

De expertproducten waarvan geen productie bekend is, worden niet in de BKZ-berekening opgenomen. De wetenschappelijke verengingen hebben wel normtijden aan deze producten toe mogen kennen.

De experttarieven worden als volgt berekend:

- De normtijd wordt gewaardeerd met het specialisme-specifieke uurtarief.
- Bij gedeelde expertproducten wordt een ongewogen gemiddelde berekend over de tarieven. Met andere woorden: alle tarieven tellen even zwaar mee.

Productstructuur Kinderchirurgie

Aangaande de productstructuur kinderchirurgie is in het beoordelingsdocument het volgende opgemerkt.

In de DOT-productstructuur (september 2013) zijn bepaalde onderdelen van de medisch specialistische zorg aan kinderen, geleverd door de specialismen chirurgie, urologie en orthopedie, onvoldoende beschreven. Het gaat hierbij vooral om zorg bij congenitale aandoeningen.

DBC-Onderhoud heeft op verzoek van veldpartijen een nieuwe zorgproductgroep ontwikkeld voor de kinderchirurgie met daarin 16 DBC-zorgproducten. De DBC-zorgproducten voor congenitale aandoeningen vallen uiteen in 9 operatieve producten (op basis van zwaarte van de ingreep, zonder onderscheid naar specialisme of karakter van ingreep) en 7 conservatieve producten. De betreffende producten zijn in beginsel specialisme overstijgend ontwikkeld wat een homogene werklast voor de drie behandelende specialismen impliceert. Ten behoeve van deze doorontwikkeling in de productstructuur met betrekking tot kinderchirurgie zijn vele nieuwe diagnoses (157) en zorgactiviteiten (69) aangemaakt.

Het betreft zorg in het vrije segment. De NZa ziet een aantal voordelen van deze wijzigingen voor kinderchirurgie:

- De zorg voor congenitale aandoeningen waren niet goed beschreven in de oude structuur. Met de introductie van nieuwe diagnoses en zorgactiviteiten vindt een grote verbetering plaats.
- De nieuwe productstructuur bevat specialisme-overstijgende producten voor orthopedie, chirurgie en urologie.
- De nieuwe diagnoses sluiten aan bij de ICD10-diagnoses.
- Deze nieuwe structuur voorkomt versnippering van producten en het aantal nieuwe producten is beperkt.

De NZa is daarom akkoord met een aparte productgroep voor deze zorg. Hierbij stelt de NZa wel de voorwaarde dat deze producten op termijn worden geïntegreerd in de reguliere ICD-10 productstructuur.

Naast het opnemen van 16 nieuwe DBC-zorgproducten voor congenitale afwijkingen, omvat het oorspronkelijke wijzigingsverzoek ook het opnemen van 11 nieuwe DBC-zorgproducten met betrekking tot nieuwvormingen. Het onderscheid naar nieuwvormingen is in het oorspronkelijke wijzigingsverzoek gemaakt om aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de kinderoncologische zorg. Dit staat hier niet ter discussie.

De NZa heeft besloten om geen nieuwe producten op te nemen met betrekking tot nieuwvormingen, omdat de NZa van mening is dat de chirurgische zorg bij nieuwvormingen goed beschreven is in de reguliere ICD-10 productstructuur. De NZa ziet dan ook geen aanleiding om hiervoor aparte producten voor kinderen te ontwikkelen. Het behoud van de integraliteit van de productstructuur is hierbij een zwaarwegend argument.

Ten aanzien van de gronden van bezwaar

In reactie op de gronden van bezwaar merkt de NZa het volgende op. In haar reactie gaat de NZa in op:

1. Procedurele aspecten tariefberekening
2. Proces nieuwe productstructuur kinderchirurgie
3. Proces totstandkoming normtijden nieuwe producten en beïnvloedend en aanpalend specialisme
4. Experttarieven
5. Afwijkingbevoegdheid
6. Conclusie en vergoeding proceskosten

Ad 1 - Procedurele aspecten tariefberekening

Ten aanzien van de procedurele bezwaargronden, is de NZa, onder verwijzing naar hetgeen hieronder gesteld wordt bij de punten 2, 3, 4 en 5, van oordeel dat de bestreden honorariumtarieven op een zorgvuldige wijze en in overeenstemming met de Wmg en de toepasselijke beleidsregels tot stand zijn gekomen. Van strijd met enige wet- en regelgeving is naar het oordeel van de NZa geen sprake.

De NZa heeft op basis van de hiervoor toegelichte berekeningsmethodiek de honorariumtarieven vastgesteld. De NZa past ten behoeve van de tariefberekening 2014 dezelfde berekeningsmethodiek toe en hanteert dezelfde productiecijfers als bij het DBC-pakket 2013. De betreffende berekeningsmethodiek en bronnen zijn destijds (vanaf 2011) veelvuldig afgestemd met belanghebbende veldpartijen (via een representatieve klankbordgroep waar belanghebbende onderdeel van uitmaakt) door middel van verschillende consultatiebijeenkomsten.

De NZa is dan ook van oordeel dat het besluit zorgvuldig tot stand is gekomen.

Ad 2 - Procedurele aspecten totstandkoming productstructuur kindergeneeskunde

DBC-Onderhoud heeft op verzoek van veldpartijen een nieuwe zorgproductgroep ontwikkeld voor de kinderchirurgie met daarin 16 DBC-zorgproducten. De DBC-zorgproducten voor congenitale aandoeningen vallen uiteen in 9 operatieve producten (op basis van zwaarte van de ingreep, zonder onderscheid naar specialisme of karakter van ingreep) en 7 conservatieve producten. De betreffende producten zijn in beginsel specialisme-overstijgend ontwikkeld wat een homogene werklast voor de drie behandelende specialismen impliceert. Ten behoeve van het project kinderchirurgie zijn vele nieuwe diagnoses (157) en zorgactiviteiten (69) aangemaakt.

Zoals eerder opgemerkt heeft de NZa besloten om geen nieuwe producten op te nemen met betrekking tot nieuwvormingen, omdat zij van mening is dat de chirurgische zorg bij nieuwvormingen goed beschreven is in de reguliere ICD-10 productstructuur.

Aangaande de totstandkoming van de nieuwe productstructuur merkt de NZa het volgende op.

Begin 2012 is DBC-Onderhoud een project gestart om de chirurgie bij kinderen beter herkenbaar te maken in de DOT-productstructuur. Destijds was er sprake van kosteninhomogeniteit binnen de bestaande DBC-zorgproducten. Het gaat om zorg geleverd door de specialismen heilkunde, orthopedie en urologie en is met name gericht op congenitale aandoeningen bij kinderen, waarbij het criterium is gehanteerd dat het om wezenlijke andere zorg moet gaan dan die aan volwassenen geleverd wordt.

Op 6 juli 2012 is op een bijeenkomst in het kader van de Clinical Expert Teams (CET-dagen) op hoofdlijnen een plan van aanpak gepresenteerd. Hier zijn NFU, ZN en OMS bij aanwezig geweest. Hierin is aangegeven dat de beroepsbelangen commissies (BBC) van de Wetenschappelijke Verenigingen van Urologie, Orthopedie en Heilkunde zijn aangehaakt bij de doorontwikkeling van de productstructuur.

In het Technisch Overleg DOT op 22 april 2013 is de voorgestelde structuur onderwerp van gesprek geweest. De NVK heeft hierop gereageerd. De NVK begrijpt op zich het standpunt van de NZa nieuwvormingen niet in een kinderchirurgieboom onder te brengen in het kader van precedentwerking (aparte boom maken voor ieder specifieke patiëntgroep). Wel geeft de NVK in haar reactie aan dat de NZa in 2009 akkoord heeft gegeven om voor Kindergeneeskunde toch een aparte boom te maken onder voorwaarde dat deze uiteindelijk wordt geïntegreerd in de ICD-10 bomen. Voorstel van NVK is om ook nieuwvormingen onderdeel van dit akkoord te laten zijn om pragmatische redenen en aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de kanceroncologische zorg. Ook heeft de NVK aangegeven dat de zorg rondom kinderen met congenitale afwijkingen in de voorgestelde structuur een verbetering en een goede specialisme overstijgende basis is.

Gelet op bovenstaande overeenstemming over de productstructuur kan de NZa de opmerking van belanghebbende, dat de zorgproducten die in de zorgboom vallen onder de drie specialismes urologie, orthopedie en kinderchirurgie, volstrekt niet aan elkaar gelijk zijn en de opmerking dat er sprake is van volstrekt verschillende diagnoses, niet volgen.

Ad 3 - Proces totstandkoming normtijden nieuwe producten

In het bezwaar van belanghebbende komen drie fundamentele punten terug ten aanzien van het proces voor de totstandkoming van de normtijden van nieuwe producten:

1. Vrijgevestigde productie

Volgens belanghebbende is het niet correct en onbegrijpelijk te kijken naar de uitgevoerde verrichtingen van de vrijgevestigde medisch specialisten, omdat er sprake is van academische zorg. Deze zorg wordt bij kinderchirurgie slechts door een beperkt aantal vrijgevestigde specialisten verricht. Het overgrote deel van die zorg wordt verricht in de academische centra waar de specialisten in dienstverband zijn.

2. Simulatie van gedateerde DIS data

Bij het normeren van de producten had volgens belanghebbende niet de DIS-registratie betrokken moeten worden. Juist bij kinderchirurgie waren volgens belanghebbende veel diagnoses niet goed vertaald naar het DIS, omdat zij niet goed waren omschreven in DBC's. In de praktijk is veel geregistreerd onder de codes 'Overig algemeen (129)' en 'Overig gastro-intestinaal (179)'. Dit is nu niet meegenomen in de berekening van het volume.

3. Invloedpercentage belanghebbende in normeringstraject

Belanghebbende merkt op de hoorzitting in dit verband op dat per definitie het beïnvloedingspercentage bij kinderchirurgie niet 0% kan zijn. De NZa had volgens belanghebbende kunnen zien dat er iets fout is gegaan. Orthopedie had niet uitsluitend de normtijden mogen bepalen als de juiste berekening was gemaakt.

Ten aanzien van het hanteren van de productie van vrijgevestigd medisch specialisten onder punt 1 merkt de NZa het volgende op.

Het model dat ten grondslag ligt aan de honorariumtariefberekening 2014 is reeds in 2011 is geïntroduceerd. Ook toen is naar voren gekomen dat een aantal specialismen met name in loondienst voorkomen. Er is toen in het kader van de tariefberekening 2013 een representativiteitstoets toegepast. Dat betekent dat er op basis van de opgeschaalde DIS-gegevens, dus waarbij de Vektis gegevens ook verwerkt zijn, is gekeken naar hoe de productieverhoudingen waren tussen de mensen in loondienst en de vrijgevestigden. Dat is voor ieder specialisme gedaan. Er is gekeken of daar significante verschillen uit naar voren kwamen. Uitkomst was dat de verdeling representatief bleek te zijn, dan wel dat de verschillen niet significant waren tussen de productiecijfers van loondienst en die van de vrijgevestigden. Dat is overigens dezelfde productiedataset die ten grondslag ligt aan de tarieven voor 2014.

Naar het aangedragen punt van bezwaarde is dan ook expliciet gekeken, maar is de NZa tot de conclusie gekomen dat er geen significante verschillen aan te wijzen waren tussen de productie van de maatschappen en die van de mensen in loondienst. Het is dus wel degelijk correct om de uitgevoerde verrichtingen van vrijgevestigd medisch specialisten als uitgangspunt te nemen.

Ten aanzien van het hanteren van gesimuleerde DIS-data onder punt 2 merkt de NZa het volgende op:

De honorariumtarieven 2014 zijn gebaseerd op de productiecijfers uit het DBC Informatiesysteem (DIS). De zogenoemde Ronde 21 dataset bevat alle DBC-trajecten die zijn gesloten in 2010. Om een representatief beeld te krijgen van de verwachte productie per 2014, vinden een aantal bewerkingsslagen plaats:

1. Schoning van trajecten;
2. Simulatie van registratieregels en toepassen productstructuur 2014.

Schoning van trajecten

Door diverse controles op traject- en zorgactiviteitsniveau, worden registratiefouten in de DIS-data getraceerd. Bij deze controles (zogenaamde flagging rules) worden oorspronkelijke data niet overschreven of verwijderd, maar worden fouten gemarkeerd met indicatoren (zogenaamde vlaggetjes) in extra kolommen. De geschoonde dataset kan met behulp van deze markeringen geselecteerd worden. Aan de tariefberekening ligt de geschoonde dataset ten grondslag.

Simulatie en toepassen productstructuur 2014

Op de geschoonde dataset is vervolgens de simulatie van de registratieregels uitgevoerd. Per zorginstelling, patiënt, specialisme, diagnose en zorgvraag zijn alle subtrajecten en bijbehorende verrichtingen samengevoegd tot één zogenaamd overstijgend traject. Dit samenvoegen gebeurde alleen voor diagnoses waarbij dit op basis van de Diagnose Combinatie Tabel is toegestaan. Vervolgens wordt dit traject opgeknipt in deeltrajecten volgens de reguliere registratieregels of de uitzonderingsregels.

Als laatste stap in de bewerking op de dataset is de productstructuur toegepast op de gesimuleerde data. De productstructuur 2014 maakt gebruik van bestaande en nieuwe zorgactiviteiten en diagnosecodes. Als gevolg van de nieuwe zorgactiviteiten en diagnosecodes kan de productstructuur niet zonder meer worden toegepast op historische data uit de Ronde 21 dataset. Ter voorkoming van onterechte uitval worden zorgactiviteiten en/of diagnoses toegevoegd aan de betrokken knopen in de boomstructuur zodat afleiding naar het juiste nieuwe DBC-zorgproduct kan plaatsvinden.

Door simulatie van gedateerde DIS-data heeft de NZa voor het berekenen van de honorariumtarieven 2014 wel degelijk de productiecijfers uit 2010 kunnen hanteren.

Met betrekking tot het gestelde ten aanzien van de diagnosecodes 'Overig algemeen (129)' en 'Overig gastro-intestinaal (179)', merkt de NZa het volgende op:

De bovengenoemde twee diagnosecodes hebben betrekking op trajecten die afleiden tot een groot palet aan prestaties. Het toevoegen van deze diagnosecodes aan het knooppunt in de boomstructuur 2014 (inclusief de restrictie 'jonger dan 18 jaar') leidt tot een te ruime afleiding naar de zorgproductgroep 990356 Kinderchirurgie vanuit medisch inhoudelijk standpunt. Het toevoegen van deze diagnosecodes aan het knooppunt in de boomstructuur leidt naar het oordeel van de NZa tot een onterechte vertekening van productiebestanden bij andere prestaties met als gevolg een vertekening in de honorariumtarieven van andere prestaties heekkunde.

Ten aanzien van het hanteren van een invloedpercentage van 0% voor belanghebbende onder punt 3 merkt de NZa het volgende op:

Er is, zoals reeds opgemerkt, een normtijdentraject opgesteld waarbij de wetenschappelijke verenigingen de normtijden toekennen aan producten. De uitgangspunten zijn in de algemene beschrijving van de methodiek toegelicht.

De NZa verwijst naar hetgeen eerder is opgemerkt ten aanzien van de nieuwe productstructuur. Deze gewijzigde productstructuur kinderchirurgie vormt de basis voor de berekening van de honorariumtarieven en betreft een gezamenlijk ingediend voorstel door de drie betrokken verenigingen. Het verbaast de NZa dat belanghebbende ten aanzien van de nieuwe producten een gezamenlijk voorstel indient met andere betrokken wetenschappelijke verenigingen, maar in de werklust van deze producten niet tot een gezamenlijke normering kan komen.

De NZa is van mening dat bij specialisme overstijgende en daarmee werklust homogene producten de tarieven gebaseerd op gegevens van orthopedie of urologie in beginsel ook tot representatieve tarieven moeten leiden.

Bij de bepaling van de invloedpercentages per specialisme is gekeken naar de productieaantallen per product en gekeken welke specialismen deze producten uitvoeren. Daarbij is gekeken welke specialismen tot de 70% of meer uitvoerders behoorden. Dat is voor alle producten toegepast die door meerdere specialismen kunnen worden uitgevoerd. Meerdere producten worden door een drietal specialismen uitgevoerd, zoals ook in dit geval door heelkunde, orthopedie en urologie. In die gevallen waar heelkunde tot de 70% behoort, is die normtijd toegekend en meegewogen. Dat is het geval bij vijf van de zestien producten voor kinderchirurgie. Op deze vijf producten gaan de ingediende bezwaargronden per definitie niet op, aangezien hier geen percentage van 0% optreedt. Ook in de overige producten voor kinderchirurgie treedt niet in alle gevallen een percentage van 0% op. Bij 13 van de 16 producten is ook productie geregistreerd voor heelkunde, maar vindt een hogere mate van productie plaats door urologie en orthopedie, waardoor heelkunde niet behoort tot de 70% grootste producenten. Om die reden heeft bezwaarde geen normtijden kunnen toekennen. Dit is in lijn met de gehanteerde methodiek zoals beschreven in het rapport 'toelichting op de tariefberekening'.

Concluderend merkt de NZa ten aanzien van de hierboven genoemde punten op dat het gebruik maken van vrijgevestigde productie valide is, dat de productsimulatie correct is toegepast en de spelregels met betrekking tot het toekennen van normtijden zijn opgevolgd. Bovendien is de NZa van oordeel dat een specialismen-overstijgend product een homogene werklust van de onderliggende specialismen veronderstelt.

Daarnaast is de NZa van oordeel dat er geen sprake is van onevenredig nadeel. De honorariumtariefberekening borgt dat ex ante een BKZ bedrag per specialisme kan worden gerealiseerd voor elk specialisme. In het hypothetische geval, zoals belanghebbende voorstelt, dat bezwaarde ook een normtijd had kunnen toekennen, zou dit een positief effect hebben gehad op de hoogte van de honorariumtarieven mits belanghebbende een hogere normtijd had toegekend. Dit heeft echter als consequentie dat de minuutprijs van het specialisme heelkunde lager uitvalt, aangezien de minuutprijs en de normtijden communicerende vaten zijn in een model dat een BKZ-uitlijning als uitgangspunt hanteert.

Er is dus geen sprake van een onevenredig nadelig gevolg, omdat hogere honorariumtarieven voor de door bezwaarde genoemde producten leidt tot lagere honorariumtarieven voor de tarieven van de overige producten van het specialisme heelkunde. De door belanghebbende aangedragen gronden van bezwaar treffen, gelet op bovenstaande, dan ook geen doel.

Ad 4 - Experttarieven

Belanghebbende is van mening dat er een experttarief toegepast had moeten worden in plaats van een tarief gebaseerd op de normtijden van één zogenaamd beïnvloedend specialisme. Bij laag frequente, hoog complexe zorg kan het volgens belanghebbende niet zo zijn dat het tarief wordt gebaseerd op één specialisme met een afwijkende diagnose.

De NZa merkt in het algemeen op dat de expertproducten waarvan geen productie bekend is, niet in de BKZ-berekening worden opgenomen. De wetenschappelijke verenigingen hebben wel een normtijd aan deze producten toe mogen kennen.

De experttarieven worden als volgt berekend:

- De normtijd wordt gewaardeerd met het specialisme-specifieke uurtarief.
- Bij gedeelde expertproducten wordt een ongewogen gemiddelde berekend over de tarieven. Met andere woorden: alle tarieven tellen even zwaar mee.

Als er nieuwe diagnoses worden toegevoegd en er nieuwe producten ontstaan, die wellicht niet op basis van oude data af te leiden zijn, dan worden de data (in dit geval data uit 2010) door de grouper gehaald van de productstructuur 2014. Op het moment dat er nieuwe diagnostiek is die men via de boomstructuur niet kan afleiden naar declarabele producten betekent het per definitie dat het een experttarief wordt. Dat kunnen bijvoorbeeld academische producten zijn die niet voorkomen. Er volgt dan een experttarief en de expertbenadering om een honorariumtarief te bepalen.

De expertmethode wordt dus toegepast als geen productiedata voorhanden zijn. Die situatie doet zich, anders dan bezwaarde stelt, hier niet voor. Voor alle 16 DBC-zorgproducten is na simulatie ruim voldoende productiedata voorhanden. De productie-aantallen overstijgen ruimschoots het representativiteitscriterium (7 trajecten), zoals beschreven in het toetsingskader. De NZa heeft om die reden geen aanleiding gezien de bij de zorgproductgroep 990356 Kinderchirurgie de expertmethode toe te passen. In het onderhavige geval is door simulatie voor 13 van de 16 nieuwe zorgproducten zelfs een vrijgevestigde casemix ontstaan voor alle drie specialismen.

De NZa heeft dus voldoende betrouwbare data de tarieven daarop te baseren. Ook betekent bovenstaande dat de gegevens van deze producten mee kunnen worden genomen in de BKZ uitlijning, waardoor mogelijke over- of onderschrijdingen van het kader kunnen worden gemitigeerd.

Aangezien er in het onderhavige geval wel degelijk productiedata voorhanden is en in 13 van 16 producten zelfs uitgevoerd door alle 3 specialismen, is terecht geen experttarief toegepast.

Ad 5 - Bijzondere omstandigheden-toets

De NZa ziet in de aangevoerde omstandigheden geen aanleiding af te wijken van de voornoemde gehanteerde beleidsmatige uitgangspunten. Van bijzondere omstandigheden is geen sprake. Ook is, zoals hiervoor uiteen gezet, geen sprake van onevenredig nadelige gevolgen. Hogere honorariumtarieven voor de door belanghebbende genoemde producten leiden, door rondrekening in het BKZ, immers tot lagere honorariumtarieven voor de tarieven van de overige producten van het specialisme heekkunde.

Ad 6 - Conclusie en proceskosten

Het verzoek om een nieuwe normtijdenaanlevering voor de in het geding zijnde honorariumtarieven kinderchirurgie congenitaal wordt niet gehonoreerd.

Met betrekking tot het verzoek tot vergoeding van de kosten van rechtsbijstand is de NZa van oordeel dat dit niet gehonoreerd kan worden. Om in aanmerking te komen voor een proceskostenvergoeding dient het primaire besluit te worden herroepen wegens een aan de NZa te wijten onrechtmatigheid. In de onderhavige situatie is hiervan geen sprake.

Voor zover de primaire beslissing niet voldoende is gemotiveerd wordt dit gebrek in deze beslissing op bezwaar hersteld met bovenstaande overwegingen. Van onevenredig nadelige gevolgen is, gelet op bovenstaande, eveneens geen sprake.

Gelet op het voorgaande heeft de NZa besloten om het bezwaar aangaande de honorariumtarieven kinderchirurgie van de in het geding zijnde prestaties ongegrond te verklaren.

Ingebrekestelling – Dwangsom

Per fax van 27 juni 2014 is de NZa namens belanghebbende in gebreke gesteld wegens het overschrijden van de wettelijke beslistermijn.

De periode waarover de dwangsom wordt berekend begint op de dag waarop twee weken zijn verstreken na de dag waarop de termijn voor het geven van de beschikking is verstreken en het bestuursorgaan van de aanvrager een schriftelijke ingebrekestelling heeft ontvangen (artikel 4:17, derde lid, Awb).

In het onderhavige geval wordt de dwangsom berekend over de periode die begint op 11 juli 2014 en eindigt op 1 augustus 2014 en derhalve 22 dagen bedraagt.

De dwangsom bedraagt de eerste veertien dagen € [VERTROUWELIJK] per dag, de daaropvolgende veertien dagen € [VERTROUWELIJK] per dag en de overige dagen € [VERTROUWELIJK] per dag. Er geldt een maximum van 42 dagen.

Bezwaarde heeft gezien het voorgaande recht op een dwangsom van € [VERTROUWELIJK]. Het bedrag zal binnen zes weken worden gestort op het door u opgegeven rekeningnummer zoals dat in de ingebrekestelling is opgenomen.

Ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto 8:6 Awb juncto hoofdstuk 2, artikel 4 van Bijlage 2 Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, Postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,

mevrouw A.M. van der Laan,
plv. directeur Strategie en Juridische Zaken