

**BESLISSING OP BEZWAAR****139259-206590**

Bij brief van 7 augustus 2015 die (per fax) is binnengekomen bij de NZa op 7 augustus 2015 en per post op 10 augustus 2015, is door AKD advocaten namens [vertrouwelijk ] en negentien anderen (hierna: bezwaarden) pro forma bezwaar gemaakt tegen de Prestatie en Tariefbeschikking DOT met kenmerk TB/CU-2047-01 d.d. 30 juni 2015. Meer specifiek is bezwaar gemaakt tegen het tarief van prestatie 079992 "Huisbezoektarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken", ook wel het "thuisprikatarief" genoemd. Het tarief is vastgesteld op een bedrag van € 13,42.

Op 18 augustus 2015 heeft Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst te Koog aan de Zaan haar bezwaarschrift schriftelijk ingetrokken.

Op 10 september 2015 heeft AKD het bezwaarschrift nader gemotiveerd. Naar aanleiding van dit bezwaar zijn bezwaarden op 5 oktober 2015 gehoord.

In haar vergadering van 17 november 2015 heeft de Raad van Bestuur van de NZa het besluit van 30 juni 2015 in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten het besluit ten aanzien van bovenvermelde prestaties niet te herroepen en ongewijzigd in stand te laten. De op 18 november 2015 vastgestelde nieuwe Prestatie- en tariefbeschikking DOT 2016, maakt voor dit onderwerp, onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar.<sup>1</sup> Onderstaand treft u de motivering hiervan aan.

**DE AANGEVOERDE BEZWAREN**

Bezwaarden voeren in hun bezwaarschrift aan dat er ten onrechte één tarief is bepaald voor twee verschillende activiteiten, te weten:

- Huisbezoek voor bloedafname in verband met trombosezorg ("Trombosehuisbezoek");

en

- Huisbezoek voor bloedafname op verzoek van een huisarts ("Huisartsenbezoek")

Deze activiteiten verschillen volgens bezwaarden in zowel de wijze van aanvragen, de wijze van planning als de wijze van bloedafname. Deze verschillen leiden tot verschillende kostprijzen van trombosediensten en ziekenhuizen enerzijds en eerstelijns diagnostische centra anderzijds.

Volgens bezwaarden kende de NZa deze verschillen en heeft ze desondanks één tarief vastgesteld. Als gronden van bezwaar wordt voorts het volgende aangedragen:

---

<sup>1</sup> Prestatie- en tariefbeschikking Medisch specialistische zorg d.d. 18 november 2015 met kenmerk TB/CU-2066-01

1. De tariefbeschikking is onzorgvuldig voorbereid en totstandgekomen. Door de omstandigheden die de laboratoria ten tijde bij de voorbereiding van het besluit hebben aangedragen buiten beschouwing te laten, handelt de NZa in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel (artikel 3:2 Awb).
2. De tariefbeschikking is in strijd met de doelstelling van de Wmg (artikel 3:3 Awb). Eén van de doelstellingen is dat de door de NZa vastgestelde tarieven de mogelijkheid moeten bieden om kostendekkende zorg te verlenen. Het vastgestelde tarief dekt de kosten van de laboratoria niet.
3. Het vastgestelde tarief heeft onevenredige gevolgen voor de eerstelijns diagnostische centra. Een aantal laboratoria heeft aangegeven het thuisprikken te staken, indien het tarief niet aangepast wordt, omdat het dan niet langer mogelijk is deze activiteit kostendekkend voort te zetten.

Tot slot verzoekt bezwaarde om vergoeding van de door haar gemaakte kosten in verband met de door haar gevoerde bezwaarprocedure.

## **ACHTERGROND EN TOTSTANDKOMING BELEID NZa**

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

### **Wettelijk kader**

#### *Tarief- en prestatieregulering Wmg*

Op zorgaanbieders die medisch specialistische zorg verlenen zoals bezwaarden is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) van toepassing. In de Wmg is bepaald dat de NZa in een beschikking ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief vastlegt of sprake is van een vrij tarief, vast tarief of een maximumtarief en welke prestatie er bij het tarief hoort.<sup>2</sup>

Het is een zorgaanbieder verboden om een hoger tarief in rekening te brengen dan door de NZa voor een prestatie is vastgesteld.<sup>3</sup> Ook is het een zorgaanbieder verboden om een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor de NZa geen of een andere prestatiebeschrijving heeft vastgesteld.<sup>4</sup>

Als de NZa voor een bepaalde categorie van zorgaanbieders met betrekking tot een bepaalde prestatie voor het eerst een tarief vaststelt, is daaraan voorafgaand een aanwijzing van de minister van VWS vereist.<sup>5</sup> Ook als de tariefsoort wordt gewijzigd (bijvoorbeeld van maximumtarief naar vrij tarief), is een voorafgaande aanwijzing nodig.<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> Art. 50 lid 1 onder a t/m d Wmg.

<sup>3</sup> Art. 35 lid 1 onder a en b Wmg.

<sup>4</sup> Art. 35 lid 1 onder c en d Wmg.

<sup>5</sup> Art. 59a onder a jo. art. 7 lid 1 onder b Wmg.

<sup>6</sup> Art. 59a onder b jo. art. 7 lid 1 onder b Wmg.

In haar aanwijzing van 27 juni 2011 heeft de Minister van VWS bepaald dat voor overige zorgproducten maximumtarieven gelden en dat de NZa ter uitvoering daarvan waar nodig regels en beleidsregels vaststelt.<sup>7</sup>

#### *Beleidsregels en Nadere Regels*

De NZa stelt beleidsregels vast over het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.<sup>8</sup> Voor de onderhavige procedure is de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg<sup>9</sup>, de Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg<sup>10</sup>, de Nadere regel Medisch specialistische zorg<sup>11</sup> van belang en de Nadere Regel Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg<sup>12</sup>.

De beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg geeft inzicht in de wijze waarop de NZa informatie over de kostprijzen vergaart en de wijze waarop zij de kostprijzen laat berekenen door instellingen. De Nadere regel beschrijft algemene registratie-declaratie- en informatieverplichtingen die bindend zijn voor alle zorgaanbieders. De Nadere regel Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg legt instellingen op hoe ze hun administratie dienen in te richten en hoe ze kostprijzen dienen aan te leveren.

#### *Productprijsberekening volgens NZa kostprijsmodel*

De NZa heeft de tarieven vastgesteld op basis van het NZa-kostprijsmodel.<sup>13</sup> Op basis van de Nadere regel Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg zijn onder andere algemene ziekenhuizen, UMC's, huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten verplicht gesteld om voor 1 februari 2015 kostprijzen over 2013 aan te leveren.<sup>14</sup> Deze kostprijzinformatie vormt in beginsel de basis voor herijking van de tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment voor het jaar 2016 conform het door de NZa gehanteerde kostprijsmodel. In de productprijsberekening wordt voor alle kostencategorieën uitgegaan van werkelijke kosten.

#### *Overig Zorgproduct*

De Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg maakt onderscheid tussen DBC-zorgproducten en Overige zorgproducten.<sup>15</sup>

---

<sup>7</sup> Kenmerk MC-U-3070826, Stcrt. Nr. 11798, 5 juli 2011.

<sup>8</sup> Art. 57 lid 1 sub b en c Wmg.

<sup>9</sup> Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg nummer BR/CU-2143.

<sup>10</sup> Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg met nummer BR/CU-2144.

<sup>11</sup> Nadere regel Regeling Medisch specialistische zorg met nummer NR/CU-263.

<sup>12</sup> Nadere Regel Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg, NR/CU-261

<sup>13</sup> Zie artikel 12 van de beleidsregel BR/CU-2143.

<sup>14</sup> Zie artikel 8.3 Nadere Regel met kenmerk NR/CU-261

<sup>15</sup> Zie artikel 7 e.v. van Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg BR/CU-2143.

Onder een Overig zorgproduct (OZP) wordt verstaan:

*'Een prestatie binnen de medisch specialistisch zorg, niet-zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.'*<sup>16</sup>

De OZP's behoren grotendeels tot het gereguleerde segment. Het thuispriktarief valt in de categorie 'overige zorgproducten' en valt binnen het gereguleerde segment. De NZa stelt hier een (integraal)maximumtarief voor vast.

#### *Gewogen gemiddelde*

In de tariefberekening voor de tarieven 2014 en 2015 vormde de mediaan van de aangeleverde kostprijzen het uitgangspunt. Voor de berekening van de tarieven per 2016 is het gewogen gemiddelde van de aangeleverde kostprijzen toegepast. Het voordeel hiervan is dat deze methode minder gevoelig is voor uitbijters bij een klein aantal waarnemingen en dat instellingen met lage productieaantallen geen (te) grote invloed op de hoogte van het tarief hebben. Ook wordt geborgd dat de totale verwachte omzet aansluit bij de aangeleverde kosten (productiewaarde) van instellingen.

#### *Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 (16a)*

In het document Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 wordt de tariefberekening van zorgprestaties verantwoord en beoordeeld.<sup>17</sup>

#### *Bestreden tariefbeschikking*

Op basis van de uitgangspunten, beschreven in de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg stelt de NZa prestaties en tarieven vast. Deze prestaties en tarieven worden vastgesteld in de "Prestatie en tariefbeschikking DOT".<sup>18</sup> Het bezwaar richt zich tegen deze tariefbeschikking en zoals reeds genoemd meer specifiek tegen het tarief van prestatie 079992 "Huisbezoektarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken", ook wel het "thuispriktarief". Het tarief is vastgesteld op een bedrag van € 13,42.

## **Historie**

### *Thuispriktarief 2014*

Sinds 1 januari 2014 geldt voor alle aanbieders van eerstelijns diagnostiek, inclusief de huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten, prestatiebekostiging. Voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) gold dit al vanaf 1 januari 2012. Vanaf 2014 zijn alle tarieven voor eerstelijns diagnostiek maximumtarieven.

<sup>16</sup> Zie artikel 7 van Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg BR/CU-2143.

<sup>17</sup> Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 (RZ16a) met ingangsdatum 1 januari 2016, d.d. juli 2016

<sup>18</sup> Prestatie- en tariefbeschikking DOT, d.d. 30 juni 2015, met kenmerk TB/CU-2047-01.

De tarieven 2014 zijn gebaseerd op de aangeleverde kostprijzen van het jaar 2012, die ziekenhuizen in 2013 aan de NZa hebben aangeleverd. De huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten waren in 2013 nog niet verplicht hun kostprijzen aan de NZa aan te leveren. Vanaf 2014 kennen ook de huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten deze aanleververplichting.

Het tarief voor 'thuisprikken' per 1 juni 2014 is bij besluit van 1 mei 2014 met kenmerk TB/CU-2012-03 vastgesteld op € 7,75. Bezwaarden hebben tegen dit tarief op 1 juni 2014 bezwaar aangetekend.

#### *Thuisprikken 2015*

Bij besluit van 19 november 2014 met kenmerk TB/CU-2023-02 heeft de NZa het 2015 tarief voor thuisprikken vastgesteld op € 7,88, gebaseerd op de kostprijzen over 2012. Ook voor dit tarief geldt dat de huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten niet onder de aanlevering verplichting vielen en niet waren meegenomen in het bepalen van de hoogte van het tarief. Op 23 december 2014 hebben bezwaarden ook tegen dit tarief bezwaar aangetekend.

Naar aanleiding van beide bezwaarschriften, heeft op 25 september 2014 een hoorzitting plaatsgevonden. De NZa heeft de huisartsenlaboratoria in de gelegenheid gesteld hun kostprijsgegevens over 2013 aan te leveren, zodat ook hun kostprijsgegevens meegenomen konden worden in de tariefberekening. Na verificatie van de aangeleverde gegevens kwam naar voren dat bij de kostprijsgegevens van de huisartsenlaboratoria sprake is van een duidelijk hogere mediane kostprijs dan bij de ziekenhuizen. De NZa heeft derhalve geconstateerd dat het vastgestelde tarief per 1 juni 2014 ad € 7,75 niet dekkend is voor de zorg die geleverd wordt door de huisartsenlaboratoria, waar deze prestatie in grote mate wordt geleverd.

De NZa heeft bij besluit van 13 maart 2015 met kenmerk TB/CU-2042-01 besloten om, in afwijking van de algemeen werkende prestatie- en tariefbeschikking DOT met kenmerk TB/CU-2023-02, het tarief voor thuisprikken per 1 januari 2015 nader vast te stellen op € 16,35. Dit tarief is gebaseerd op de mediaan van de kostprijsgegevens van de huisartsenlaboratoria.

Naar aanleiding van dit besluit hebben bezwaarden hun bezwaarschriften over 2014 en 2015 schriftelijk ingetrokken.

#### *Thuisprikken 2016*

Met ingang van 2014 zijn de huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten, net als andere aanbieders van medisch specialistische zorg, overgegaan op prestatiebekostiging. In de nieuwe regelgeving<sup>19</sup> is daarom de reikwijdte van het kostprijsmodel verbreed naar alle instellingen voor medisch specialistische zorg, die zorgproducten in het gereguleerde segment (kunnen) leveren.

---

<sup>19</sup> Beleidsregel BR/CU-2144 en Nadere Regel NR/CU-261

Dit betekent dat ook huisartsenlaboratoria en de zelfstandige trombosediensten onder de reikwijdte van de Nadere regel Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg vallen en verplicht gesteld zijn om kostprijzen aan te leveren. De representativiteit van de kostprijsdataset is hiermee vergroot. Ten behoeve van de tariefberekening 2016 zijn kostprijzen uit 2013 aangeleverd. Er zijn 76 kostprijsaanleveringen voor het thuispriktarief, waarvan 4 uitbijters. Deze uitbijters zijn in de tariefberekening niet meegenomen. Een nadere analyse van de in de tariefberekening meegenomen kostprijsaanleveringen laat een CV-waarde van 0,55 zien. De aangeleverde kostprijzen zijn vervolgens in gezamenlijkheid beoordeeld en geconcludeerd is dat de aangeleverde dataset voldoende representatief is om het tarief 2016 te bepalen. Bij het berekenen van het tarief 2016 is door de toepassing van het gewogen gemiddelde rekening gehouden met productievolumes van instellingen en derhalve is het tarief een juiste afspiegeling van de landelijk geleverde zorg. Instellingen die de prestatie voor thuisprikken relatief vaak uitvoeren, hebben hierbij een groter aandeel in de tariefberekening.<sup>20</sup>

Op 17 maart, 7 mei en 27 mei 2015 heeft een aantal door de NZa georganiseerde werkgroepbijeenkomsten 'Verbetertraject kostprijsmodel' plaatsgevonden, waarin de NZa de totstandkoming van de tarieven per 2016 en de beoordelings- en effectanalyses hierop heeft toegelicht. Bezwaarden maken ook onderdeel uit van deze werkgroep.

Op 22 mei 2015 heeft er een bijeenkomst bij de NZa plaatsgevonden tussen de NZa en bezwaarden waarbij gesproken is over de voor 2016 vast te stellen tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek. Er is onder andere gesproken over het thuispriktarief. Bezwaarden hebben toen aangegeven dat zij zich niet kunnen vinden in een verlaging van het tarief van € 16,35 naar € 13,42.

Op 2 juni 2015 zijn de concept-tarieven gepubliceerd.

Op 4 juni 2015 heeft er een overleg plaatsgevonden bij de NZa tussen de NZa en bezwaarden waarbij wederom is gesproken over de tarieven voor de eerstelijnsdiagnostiek. Hierin hebben bezwaarden aangegeven dat de verlaging van het tarief veroorzaakt wordt doordat ook de kostprijsgegevens van trombosediensten zijn meegenomen in de tariefberekening. De NZa heeft inzicht gegeven in de tariefberekening, gecategoriseerd naar de verschillende soorten aanbieders. Bezwaarden hebben ten aanzien van het thuispriktarief verzocht om de kostprijsgegevens van de trombosediensten niet mee te nemen in de berekening van het tarief. Ook hebben bezwaarden aangegeven dat er twee aparte tarieven vastgesteld dienen te worden. Eén tarief voor thuisprikken door trombosediensten en één tarief voor thuisprikken door huisartsenlaboratoria. Volgens bezwaarden is er sprake van verschillende vormen van zorg. De trombosediensten, die eveneens belanghebbende zijn bij dit besluit, hebben dit verzoek niet gedaan.

---

<sup>20</sup> Zie Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 (RZ16a), juli 2015

Op 15 juni 2015 heeft de NZa aan bezwaarden per e-mail gemeld dat de NZa onvoldoende aanleiding ziet om twee aparte prestaties en daarbij behorende tarieven vast te stellen. Belangrijkste redenen hiervoor waren het ontbreken van een degelijke onderbouwing van dit (in feite) wijzigingsverzoek en het ontbreken van afstemming met andere belanghebbende (zoals de koepel van de trombosediensten).

Op 17 juni 2015 heeft er een overleg plaatsgevonden met de Adviescommissie Zorgmarkten Cure.

Het tarief voor thuisprikken dat thans wordt bestreden is op basis van de kostprijsaanlevering op 30 juni 2015 vastgesteld op € 13,42.

Op 7 augustus 2015 hebben bezwaarden een pro forma bezwaarschrift ingediend en hebben bezwaarden verzocht om openbaarmaking van documenten die ten grondslag liggen aan het thuisprikstarief.

Op 17 augustus 2015 heeft de NZa de verzochte gegevens openbaar gemaakt.

Op 10 september 2015 zijn de aanvullende gronden van bezwaar ingediend.

Op 5 oktober 2015 heeft de hoorzitting plaatsgevonden. Op de hoorzitting waren eveneens vertegenwoordigers aanwezig van drie Trombosediensten.

## **OORDEEL NZa**

### **Ten aanzien van de gronden van bezwaar**

#### A. Twee verschillende prestaties

Bezwaarden voeren in hun bezwaarschrift aan dat er ten onrechte één tarief is bepaald voor twee verschillende activiteiten, te weten: huisbezoek voor bloedafname in verband met trombosezorg en huisbezoek voor bloedafname in verband met huisartsenbezoek.

Deze activiteiten verschillen volgens bezwaarden in zowel de wijze van aanvragen, de wijze van planning als de wijze van bloedafname. Deze verschillen leiden tot verschillende kostprijzen van trombosediensten en ziekenhuizen enerzijds en eerstelijns diagnostische centra anderzijds. Volgens bezwaarden kende de NZa deze verschillen en heeft ze desondanks één tarief vastgesteld.

Bezwaarden verzoeken ofwel om twee verschillende prestaties vast te stellen met daarbij behorende tarieven ofwel om de tarieven die golden in 2015 te indexeren. Op de hoorzitting, die op 5 oktober 2015 heeft plaatsgevonden, is uitvoerig over de vermeende verschillen en de verzochte oplossingsmogelijkheden gesproken.

Naar aanleiding van het bezwaar en het gestelde op de hoorzitting heeft de NZa vervolganalyses uitgevoerd. De NZa heeft op grond van de aangevoerde bezwaren onderzocht of de zorg terecht middels één prestatie bekostigd wordt. De analyses hebben betrekking op;

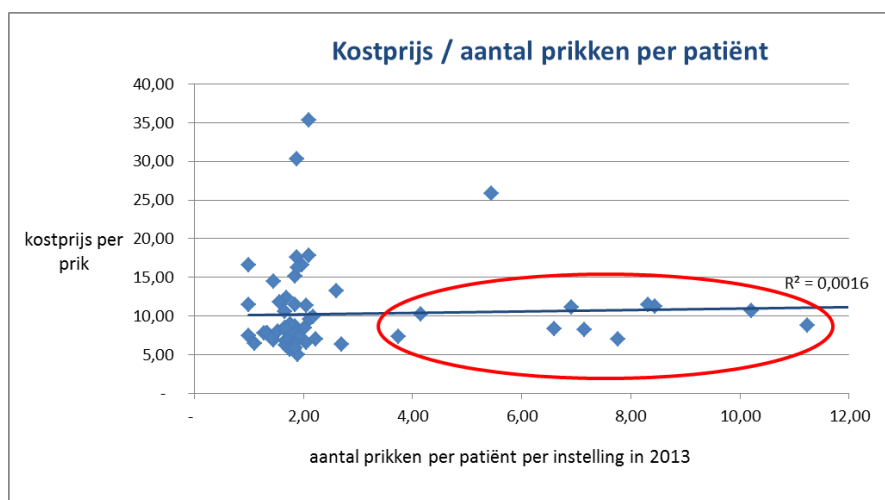
1. Planbaar versus niet-planbaar
2. Stedelijkheid
3. Statistische verschillen tussen verschillende populaties

#### Ad 1 Planbaar versus niet-planbaar

Volgens bezwaarden worden bezoeken door trombosediensten vanwege het voorspelbare karakter lang van te voren op geautomatiseerde wijze ingepland. Volgens bezwaarde prikt een trombosedienst patiënten regelmatig dan een huisartsenlaboratorium (om de twee, drie weken in plaats van ad-hoc, op aanvraag van een huisarts). Bezwaarden stellen dat de kostprijs lager is naarmate een instelling veel en/of vooral trombosepatiënten heeft en dus op regelmatige basis bij iemand komt om te prikken.

De NZa heeft op basis van Vektis declaratiedata uit 2013 per instelling berekend hoe vaak per jaar, gemiddeld genomen, een patiënt thuis geprikt wordt. De gebruikte dataset bevat 63 instellingen die thuisprikdeclaraties hebben gedeclareerd. Dit betreffen 49 ziekenhuizen, 10 eerstelijns diagnostische centra, 3 trombosediensten en 1 ZBC. Geconstateerd is dat van de 63 instellingen, 11 instellingen een gemiddelde hebben dat hoger dan 3 is. Bij deze 11 instellingen wordt een gemiddelde patiënt dus meer dan 3 keer per jaar geprikt.

De NZa heeft vervolgens de kostprijzen voor het thuisprikken afgezet tegen het gemiddeld aantal prikken per patiënt per jaar. Op basis van de aangevoerde bezwaren zou hier een negatief verband uit naar voren moeten komen, namelijk hoe vaker iemand geprikt wordt, hoe lager de kostprijs. De NZa heeft uit de analyse echter geen negatief verband kunnen afleiden. De NZa verwijst hierbij naar onderstaande figuur. Het blijkt dat er geen verband bestaat tussen het aantal keren dat iemand geprikt wordt en de kostprijs.





Het opgeworpen argument van bezwaarden, namelijk dat zorgaanbieders, die patiënten met grotere regelmaat prikken (trombosepatiënten), een lagere kostprijs hebben, treft gelet op het bovenstaande geen doel.

De suggestie dat het bij het 'Trombosethuisbezoek' steeds gaat om goed planbare afnames is daarnaast ook vanuit medisch oogpunt niet juist. De indicaties om patiënten te behandelen met bloedverdunners zijn divers. De duur van de behandeling met bloedverdunners wisselt dan ook. Soms is de duur levenslang, maar vaak gaat het om een kortere behandeling gedurende bijvoorbeeld 3 maanden, een half jaar of 1 jaar. In een groot deel van de gevallen wordt ook acuut besloten tot de start met bloedverdunnende medicatie. De suggestie als zou het moment van bloedafname altijd ruim van te voren bekend zijn, is eveneens niet juist omdat dat moment mede afhankelijk is van de uitslag van de uitkomst van de voorgaande uitslag(en) en afhankelijk is van de medische situatie van de patiënt die in de tussentijd kan veranderen. De momenten kunnen als gevolg daarvan wisselen.

#### Ad 2 Stedelijkheid

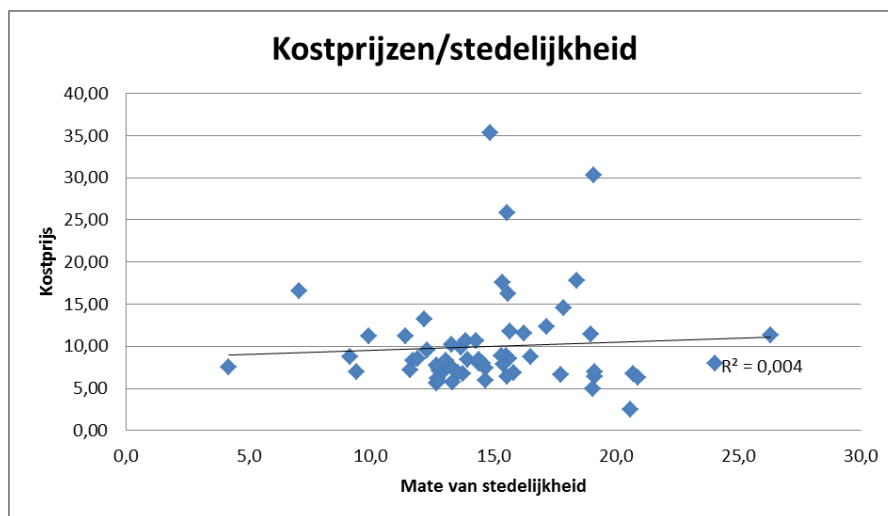
Tijdens de hoorzitting werd door bezwaarmakers aangegeven dat het nieuwe tarief voor een deel van de huisartsenlaboratoria wel (ongeveer) kostendekkend kan zijn. Maar dat dat niet geldt voor aanbieders die zich in minder stedelijke gebieden bevinden. Deze aanbieders zouden volgens bezwaarden niet uit kunnen met het tarief.

Op basis van dezelfde Vektis dataset heeft de NZa bekeken hoe de patiëntenpopulatie is verdeeld in Nederland. Gekeken is of een patiënt zich bevindt in een stedelijk dan wel minder stedelijk gebied. De postcode van de patiënt (op 4-cijfer niveau) heeft de NZa daarbij gekoppeld aan een door de NZa verruimde stedelijkheidsindeling van het CBS<sup>21</sup>.

De NZa heeft een gemiddelde stedelijkheidsscore per instelling berekend door per instelling de stedelijkheid van alle patiënten te middelen. Vervolgens is deze score afgezet tegen de kostprijs van dezelfde instelling. In onderstaande figuur wordt de uitkomst hiervan weergegeven. Het onderstaande figuur bevat alle in de kostprijsberekening meegenomen kostprijzen.

---

<sup>21</sup> De indeling van het CBS bevat maar 5 klassen van stedelijkheid. De klasse met de grootste stedelijkheid is "omgevingsadressendichtheid van 2.500 of meer". Uit een eerste analyse bleek het grootste deel van de patiënten uit de Vektis data een score van 5 te hebben. We hebben daarom de bovengrens van het CBS vervangen en per 500 extra "omgevingsadressendichtheid" een nieuwe klasse gemaakt. Klasse 5 loopt van 2.500-3.000, klasse 6 van 3.000-3.500 etc.



Uit deze figuur blijkt dat er geen verband is tussen stedelijkheid en kostprijs. Uit het figuur blijkt zelfs dat de 3 instellingen met de hoogste kostprijzen zich in behoorlijk verstedelijkt gebied bevinden.

De aanname van bezwaarmakers dat een lage stedelijkheidsscore gepaard gaat met een hoge kostprijs is derhalve onjuist en vormt geen reden om het tarief op die grond aan te passen.

### Ad 3 Statistische verschillen tussen verschillende populaties

Een laatste manier om te kijken of er redenen zijn om verschillende prestaties met eigen tarieven vast te stellen, is door te onderzoeken of de aangeleverde kostprijzen per subpopulatie significant van elkaar afwijken.

Een hoge mate van (kosten)inhomogeniteit binnen de meegenomen kostprijzen in de tariefberekening kan een indicator zijn voor het bestaan van subpopulaties. De mate van homogeniteit (spreiding) wordt uitgedrukt in een CV-waarde.

De berekende CV-waarde van de 72 in de tariefberekening meegenomen kostprijsaanleveringen is 0,55. Daarmee ligt aan het tarief voor thuisprikken een omvangrijke en homogene set kostprijzen ten grondslag. Dit gegeven ondersteunt de stelling niet dat er sprake zou zijn van subpopulaties.

Vervolgens heeft de NZa dezelfde analyse herhaald voor de groep algemene ziekenhuizen, trombosediensten en huisartsenlaboratoria. Voor de algemene ziekenhuizen (53 waarnemingen na schoning), trombosediensten (7 waarnemingen na schoning) en huisartsenlaboratoria (10 waarnemingen na schoning) zijn de berekende CV-waarden respectievelijk 0,43, 0,56 en 0,62. De individuele kostprijzen van de huisartsenlaboratoria kennen daarmee een hogere spreiding, maar dit kan ook het gevolg zijn van een kleiner aantal waarnemingen (bij een klein aantal waarnemingen heeft 1 uitbijter meer invloed op de mate van spreiding dan op een grote groep van waarnemingen).

Om die reden heeft de NZa ook nog een statistische toets (t-toets) uitgevoerd om te analyseren of er sprake is van significante verschillen in de gemiddelde kostprijzen van huisartsenlaboratoria, trombosediensten en algemene ziekenhuizen. In de toets wordt zowel rekening gehouden met het aantal waarnemingen van elke groep als de verschillen in mate van spreiding binnen elke groep.

Uit de analyses volgt dat de gemiddelde kostprijzen van algemene ziekenhuizen, trombosediensten en huisartsenlaboratoria niet significant van elkaar verschillen. Ook kan op basis van de analyses gesteld worden dat de landelijke dataset, na schoning van de vier uitbijters, geen statistisch significante subpopulaties bevat wanneer het gaat om de *verdeling* van de kostprijzen. Vooral door de hogere spreiding bij de huisartsenlaboratoria is er statistisch gezien geen bewijs voor de stelling dat sprake is van twee verschillende vormen van zorg.

Het vergelijken van de kostprijzen (los van de aangeleverde volumes) van de algemene ziekenhuizen met die van de huisartsenlaboratoria, die van de trombosediensten met die van de huisartsenlaboratoria, en de kostprijzen van trombosediensten met die van de algemene ziekenhuizen levert geen significante verschillen op.

Naast de uitgevoerde analyses merkt de NZa op dat ook het argument dat de wijze van bloedafname verschillend zou zijn, geen hout snijdt. Bloedafname gebeurt steeds door middel van speciale daarvoor ontwikkelde (disposable) systemen. Deze bestaan uit een houder met naald en vacuumbuizen. De naald wordt eenmalig in een ader geprikt, waarna één of meerdere buisjes in de houder worden gestoken. Het type buisje (en dus het aantal buisje) wordt bepaald door het type bepaling dat in het bloed moet worden gedaan. Bij het 'Trombosehuisbezoek' gaat het vrijwel steeds om één buisje, bij een 'Huisartshuisbezoek' kan het gaan om enkele buisjes. De patiënt hoeft daarvoor niet nogmaals geprikt te worden. Bij het thuisprikken zal de voorbereiding en aanprikken conform de Richtlijn veneuze bloedafname van de NVKC, het daadwerkelijk aanprikken van een ader en het nabehandelen van de insteekwond na het verwijderen van de naald, het grootste deel van de tijd vragen. Eén of meer buisjes, maakt het wezenlijke verschil niet.

Bezwaarden hebben naar het oordeel van de NZa onvoldoende gemotiveerd waarom er sprake zou zijn van twee verschillende vormen van zorg. De bovengenoemde uitgevoerde analyses bevestigen de stelling van bezwaarden evenmin. Ook medisch inhoudelijk zijn er geen redenen aangevoerd waarom deze prestatie niet functioneel bekostigd dient te worden.

#### B. Onzorgvuldig, in strijd met de Wmg en onevenredig

Bezwaarden voeren in hun bezwaarschrift aan dat het bestreden besluit onzorgvuldig is voorbereid, dat het bestreden besluit in strijd is met de doelstelling van de Wmg en dat er sprake is van onevenredige gevolgen.

Voorafgaand aan de vaststelling van het bestreden besluit hebben er meerdere overleggen met bezwaarden plaatsgevonden over het tarief. Ook heeft de NZa bezwaarden voor het nemen van het besluit geïnformeerd over het advies aan de Raad van Bestuur. De genoemde redenen in de e-mail van de NZa van 15 juni 2015 om het concepttarief niet aan te passen waren naar het oordeel van de NZa duidelijk. Achteraf gezien was een meer inhoudelijke reactie op het gestelde van bezwaarden beter op zijn plaats geweest. Na uitgebreide analyse in bezwaar is gebleken dat het concepttarief terecht niet is aangepast. Het bezwaar en de daarin aangevoerde gronden vormen thans eveneens geen reden om het tarief te herroepen. Bezwaarden zijn door de handelswijze van de NZa niet benadeeld en eventuele onzorgvuldigheden in de voorfase zijn in bezwaar hersteld. Het bezwaar vormt geen aanleiding om voor het thuisprikken twee aparte prestaties vast te stellen en vormt eveneens geen reden om het bestreden tarief te herzien.

Ook is er geen sprake van strijd met de doelstelling van de Wmg. De argumenten van bezwaarden en de analyses van de NZa tonen niet aan dat bezwaarden niet meer op kostendekkende wijze zorg kunnen verlenen. Van onevenredige gevolgen is, gelet op bovenstaande, eveneens geen sprake.

#### Conclusie:

Terecht heeft de NZa bij het berekenen van het thuisprik tarief geen onderscheid aangebracht in het thuisprikken door trombosediensten en het thuisprikken door huisartsen. Op basis van de aangeleverde informatie en de uitgevoerde analyses van de NZa heeft de NZa geen reden om aan te nemen dat er sprake is van twee verschillende soorten vormen van zorg. Het bezwaarschrift vormt geen aanleiding om het bestreden tarief te herroepen. Het bezwaarschrift wordt dan ook ongegrond verklaard. De op 18 november 2015 vastgestelde nieuwe Prestatie- en tariefbeschikking DOT 2016, maakt voor dit onderwerp, onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Prestatie- en tariefbeschikking Medisch specialistische zorg d.d. 18 november 2015 met kenmerk TB/CU-2066-01

Aan het verzoek om tegemoetkoming van de kosten, gemaakt in de bezwaarfase, komt de NZa eveneens niet tegemoet.

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 ten minste 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,  
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur