

Wijzigingen DBC-pakket

Januari 2009

Deel 2: verantwoording wijzigingen

Versie 1.0

Utrecht, 1 oktober 2008

Inhoudsopgave

1	VOORWOORD	3
2	INLEIDING	6
2.1	ENKELE BELANGRIJKE BEGRIPPEN	6
2.1.1	<i>DPP, zorgprofielen, kostprijs per verrichting, casemix, CV-waarde</i>	6
2.2	AANDACHTSPUNTEN PAKKET JANUARI 2009 IN HET KORT	7
2.2.1	<i>Kenmerken data</i>	7
2.2.2	<i>Prijzen en effecten</i>	8
3	PRODUCTPRIJSBEREKENING	10
3.1	INLEIDING	10
3.2	DE BEREKENING IN VOGELVLUCHT	10
3.3	WIJZIGINGEN PRODUCTSTRUCTUUR 2009.....	10
3.3.1	<i>Productprijzen Epilepsie</i>	11
3.3.2	<i>Productprijzen Radiotherapie</i>	11
3.3.3	<i>Productprijzen Revalidatie</i>	11
3.4	KOSTPRIJZEN	11
3.5	NORMTIJD POORTSPECIALISME	11
3.5.1	<i>Normtijden teruggetransformeerde Enkelvoudig Consulten</i>	12
3.5.2	<i>Normtijden Epilepsie</i>	12
3.5.3	<i>Verdeling normtijden Thoraxchirurgie (0328)</i>	12
3.6	NORMTIJD ONDERSTEUNENDE SPECIALISMEN	14
3.6.1	<i>Aanpassing ondersteunernormtijden anesthesiologie</i>	14
3.6.2	<i>Compensatie onder/overdekking profielen ondersteunende specialismen</i>	15
3.6.3	<i>Herijking compensatiefactor ondersteunende specialismen 2009</i>	15
3.7	EXPERTPRIJZEN	16
3.7.1	<i>Correctie honorariumtarieven ondersteunende specialismen DBC's thuisdialyse</i>	16
3.7.2	<i>Tariefmutatie kostprijs zorgactiviteiten AICD</i>	16
3.7.3	<i>Correctie honorariumcomponent anesthesiologie OP 290164 (extramurale dieetadvisering)</i>	16
3.8	AANPASSING PRODUCTSTRUCTUUR NEUROCHIRURGIE	16
3.8.1	<i>Voorstel uitbreiding B-segment per 1 januari 2009</i>	18
3.8.2	<i>Limitatieve lijst</i>	18
3.8.3	<i>Aanspraak en WBMV</i>	18
3.9	UURTARIEF MEDISCH SPECIALISTEN.....	19
3.10	INDEXERING.....	19
3.11	CONTROLE PRODUCTPRIJZEN	20
3.12	WBMV PRODUCTGROEPEN EN STELPOSTEN.....	20
3.13	SCHONINGSPRIJZEN 2009.....	20

1 VOORWOORD

Voor u ligt deel 2 van het document "Wijzigingen DBC-pakket januari 2009". Dit document is een trilogie: het bestaat uit drie delen die in principe los van elkaar gelezen kunnen worden, verschillende aspecten van het januari-2009-pakket behandelen en voor verschillende doelgroepen bestemd zijn:

Deel 1: beschrijving wijzigingen

Deel 1 is een beschrijving van de wijzigingen die het pakket januari 2009 omvat. In dit deel wordt een overzicht gegeven van alle wijzigingen in het pakket januari 2009, waarbij op hoofdlijnen wordt aangegeven wat is gewijzigd en waarom. Ook is een korte beschrijving opgenomen van de wijze waarop de wijzigingen zijn verwerkt en welke tabellen hiervoor zijn aangepast. Voor meer details wordt verwezen naar de toelichtingen bij de DBC-tabellen zelf. Deel 1 is vooral bedoeld als snelle wegwijzer voor iedereen die dagelijks met DBC's werkt.

Deel 2: verantwoording kosten- en honorariaberekeningen

Deel 2 bevat de cijfermatige onderbouwing van de wijzigingen. Het beschrijft hoe de data voor de tariefberekeningen tot stand zijn gekomen, hoe de productprijzen berekend zijn en hoe de effecten van deze nieuwe productprijzen in kaart gebracht zijn. Dit deel is vooral bedoeld voor beleidsmakers en mensen die werken met/aan stuurinformatie.

Deel 3: ICT-eisen

Deel 3 beschrijft de ICT-eisen die worden gesteld aan succesvolle implementatie van het DBC-pakket 2009. Dit document was reeds eerder door DBC-Onderhoud beschikbaar gesteld, maar is nu ter wille van de overzichtelijkheid en volledigheid in de 2009-trilogie opgenomen. Dit deel is vooral bestemd voor automatiseerders en ZIS-leveranciers.

Status januari-2009-pakket

Het pakket januari 2009 is tot stand gekomen in overleg met de onderhoudspartijen en deels op basis van aanwijzingen van de minister van VWS aan de NZa (zie later).

Op 29 september 2008 heeft de raad van bestuur van de NZa zijn akkoord gegeven aan het januari-2009-pakket. Aansluitend is het januari-2009-pakket, bestaande uit o.a. DBC-tabellen, typeringslijsten, instructies en verantwoordingsdocumenten, op de website geplaatst van DBC-Onderhoud. Het pakket is hiermee conform de onderhoudscyclus beschikbaar gesteld aan de gebruikers. De formele ingangsdatum van dit pakket is vastgesteld op 1 januari 2009.

Aard van de wijzigingen

Het januari-2009-pakket bouwt voort op het juli -2008-pakket. In het januari-2009-pakket zijn ten opzichte van het juli-2008-pakket meerdere wijzigingen doorgevoerd. Dit betreft o.a. een uitbreiding van het B-segment, aanpassingen van enkele tarieven, het doorvoeren van specialismespecifieke wijzigingen, aanpassingen voor kaakchirurgie, aanpassingen voor de categorale DBC's en een aantal overige mutaties en correcties. In de alinea's hierna worden de wijzigingen op hoofdlijnen toegelicht.

Uitbreiding B-segment

Het B-segment met vrij onderhandelbare ziekenhuistarieven in 2009 is naar circa 30% verruimd.

Kaakchirurgie

Voor kaakchirurgie geldt dat deze vanaf 1-1-2009 een integrale bekostiging kent vanuit 1 bron: de DBC Tarieven Tabel. De honoraria van de kaakchirurg en anesthesie en de kosten instelling zijn hierin met één betaaltitel (declaratiecode) opgenomen .

Specialismespecifieke wijzigingen

Gebruikers van de DBC-systematiek dienen bij de onderhoudspartijen regelmatig wijzigingsverzoeken in. Dit betreft zeer uiteenlopende verzoeken, zoals verzoeken om nieuwe innovatieve zorg in de DBC-systematiek op te nemen of verzoeken tot aanpassingen in de afleiding/validatie of verzoeken om DBC-combinaties mogelijk of obsoleet te verklaren. Deze verzoeken betreffen doorgaans één of enkele specialismen en worden benoemd onder de categorie specialismespecifieke wijzigingsverzoeken. Deze verzoeken worden door de onderhoudspartijen op een groot aantal criteria beoordeeld en vervolgens uitgewerkt. In het pakket januari 2009 zijn acht van deze specialismespecifieke wijzigingen verwerkt.

Mutaties ingediend door onderhoudspartijen

In een aantal gevallen wordt vanuit de onderhoudspartijen zelf ook mutaties voorgesteld. Dit is bijvoorbeeld het geval indien door de NZa besluitvorming heeft plaatsgevonden op gerelateerde dossiers (zoals eerstelijns of dure geneesmiddelen), waardoor het noodzakelijk is om nieuwe O(V)P's of zorgactiviteiten vast te stellen.

Daarnaast heeft, op basis van een aanwijzing van de minister van VWS aan de NZa een aantal eerstelijns verrichtingscodes een vrij tarief gekregen.

Ook worden soms mutaties door het CVZ aangereikt als gevolg van aangepaste wetteksten voor de aanspraak op de basisverzekering. In het pakket zijn ook wijzigingen doorgevoerd in de aanspraken en in de machtigingen.

Categoriaal

Revalidatiegeneeskunde registreert sinds 1-1-2007 op een nieuw DBC-registratiemodel. Declaratie vindt nog plaats op basis van de RBU-systematiek (FB). Per 1-1-2009 wordt er gedeclareerd op basis van DBC's. De behandelas kenmerkt zich door het schrijven van (in)directe tijd en verpleegdagen.

Radiotherapie declareert DBC's sinds 2005. De oude T- en B-verrichtingen zijn 1 op 1 vertaald naar DBC's. Sinds 1-1-2007 worden er aanvullende verrichtingen geregistreerd (voorbereiding en uitvoeringscodes). Deze nieuwe verrichtingen maken het mogelijk dat per 1-1-2009 kan worden geregistreerd met behulp van een herijkte productstructuur.

Epilepsie declareert DBC's sinds 1-1-2008. Dit jaar zijn nieuwe normtijden beschikbaar gekomen, zodat de honorariumcomponent moet worden aangepast per 1-1-2009. Daarnaast worden er twee verrichtingen toegevoegd aan de huidige validatie.

Correcties

In het kader van de DBC-systematiek worden DBC-tabellen, typeringslijsten, instructies, verantwoordingsdocumenten en dergelijke beschikbaar gesteld. Gezien de omvang en complexiteit is een 100% foutloze uitlevering niet reëel. Bij een volgende uitlevering worden eventuele gevonden onjuistheden waar noodzakelijk gecorrigeerd, soms met terugwerkende kracht. In het pakket januari 2009 is een aantal correcties doorgevoerd. Zo is bijvoorbeeld een aantal validatieaanpassingen doorgevoerd bij gynaecologie.

Tariefaanpassingen

Een aantal van de bovengenoemde correcties betreft tariefsmutaties. In het pakket januari 2009 zijn tevens enkele van dergelijke tariefsaanpassingen doorgevoerd. Dit betreft afhankelijk van de situatie aanpassingen van de ziekenhuiskosten, poorthonoraria en/of ondersteunerhonoraria.

Een volledig overzicht van de wijzigingen is opgenomen in het document 'Wijzigingen DBC-pakket januari 2009, deel 1: beschrijving wijzigingen'. Voor meer details wordt verwezen naar de toelichtingen bij de DBC-tabellen, instructies etc.

DBC-Onderhoud verwacht met dit pakket een aantal verbeteringen te hebben doorgevoerd in de DBC-systematiek. Mochten er na het lezen van de documenten 'Wijzigingen DBC-pakket januari 2009' en na het lezen van de toelichtingen bij de DBC-tabellen nog vragen zijn over het pakket, dan kan uiteraard contact worden opgenomen met de helpdesk van DBC-Onderhoud.

2 INLEIDING

2.1 Enkele belangrijke begrippen

2.1.1 DPP, zorgprofielen, kostprijs per verrichting, casemix, CV-waarde

2.1.1.1 DPP

DPP (DBC Per Patiënt), ook wel DBC-traject: het totaal aan (CTG-)verrichtingen en activiteiten met kosten dat geregistreerd is bij één specifieke patiënt onder één DBC-code.

2.1.1.2 Zorgprofielen uit ronde 12

In de zorgprofielen is de koppeling tussen DBC's en verrichtingen vastgelegd, voorzien van percentage voorkomen en frequentie. Op basis van de voor Ronde 12 aangeleverde productiegegevens zijn nieuwe zorgprofielen bepaald. Naast de relatie tussen DBC en verrichtingen wordt ook het aantal geproduceerde DBC's meegeleverd.

AGB	TYP	VRA	DIA	BEH	DPP	CTG	%	freq
1	11	2	316	41	400	Code-A	0,54	1
1	11	2	316	41	400	Code-B	0,34	1,2

Tabel 1: Voorbeeld zorgprofiel

In bovenstaande tabel is een voorbeeld gegeven van een profiel. Bij de getoonde DBC-code komen twee verrichtingen voor in het profiel. De verrichting 'Code-A' komt bij 54% van de geproduceerde DBC's voor, en wordt in die gevallen gemiddeld 1 keer uitgevoerd. De verrichting 'Code-B' komt bij 34% van de geproduceerde DBC's voor, en wordt in die gevallen gemiddeld 1,2 keer uitgevoerd.

2.1.1.3 Kostprijs per verrichting

De kostencomponent van een DBC is opgebouwd uit de kostprijzen van de uitgevoerde zorgactiviteiten. De gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit hebben betrekking op het jaar 2005 en zijn aangeleverd door 13 algemene ziekenhuizen. Ontbrekende kostprijzen zijn aangevuld op basis van uit eerdere kostprijsronden verkregen informatie.

2.1.1.4 Casemix uit ronde 12

De casemix drukt de samenstelling uit van de producten binnen één specialisme. De aantallen zijn afkomstig uit de productiegegevens van de ziekenhuizen van Ronde 12. Door een casemix in procenten uit te drukken kunnen casemixen uit verschillende aanleversrondes met elkaar vergeleken worden, onafhankelijk van verschillen in productieaantallen.

DBC's	Dpp	Casemix
DBC A	80	27,59%
DBC B	70	24,14%
DBC C	40	13,79%
DBC D	100	34,48%
Totaal	290	100,00%

Tabel 2: Voorbeeld casemix

2.1.1.5 CV-waarde/kostenhomogeniteit/kostenheterogeniteit

De kostenhomogeniteit (ook wel Coefficient of Variation of CV genoemd) van een zorgproduct, DBC of productgroep, gedefinieerd als de verhouding tussen de standaardafwijking en het gemiddelde van de totale kosten, is een maat voor de spreiding in de totale kosten van een zorgproduct, de DBC of DBC('s) in een productgroep binnen dezelfde instelling of tussen verschillende instellingen. De kosten omvatten de ziekenhuiskosten exclusief kapitaallasten en exclusief het honorarium van de medisch specialist.

2.2 Aandachtspunten pakket januari 2009 in het kort

2.2.1 Kenmerken data

2.2.1.1 Gehanteerde basisgegevens

Bij de productprijsberekeningen voor het pakket januari 2009 is gebruik gemaakt van dezelfde data die ook gebruikt zijn voor de uitleveringen van de pakketten in 2008. Voor de zorgprofielen en casemix is gebruik gemaakt van afgesloten DBC's uit 2005. Voor de kostprijzen per zorgactiviteit is gebruik gemaakt van kostprijzen over het boekjaar 2005. Voor de normtijden is gebruik gemaakt van de normtijdentabel zoals deze voor het pakket juli 2008 gebruikt is. In de navolgende paragrafen treft u een korte beschrijving aan van de gebruikte basisgegevens. Voor een meer uitgebreide beschrijving van de gebruikte gegevens wordt verwezen naar het gebruikersdocument bij het pakket januari 2008 (zie [gebruikersdocument 20071201](#)).

2.2.1.2 Ontbreken effectberekening

De basisgegevens van het pakket 2009 zijn gelijk aan de gegevens die voor de pakketten in 2008 gebruikt zijn. Omdat de wijzigingen in het pakket 2009 ten opzichte van het pakket januari 2008 beperkt zijn, is er geen uitgebreide effectberekening uitgevoerd. In dit document is een beperkte analyse van de effecten van het pakket 2009 opgenomen (zie paragraaf 2.2.2).

2.2.1.3 Zorgprofielen en Casemix Ronde 12

De vaststelling van de zorgprofielen en casemix heeft plaatsgevonden op basis van de DIS-gegevens van 96 ziekenhuizen (waarvan 8 academische ziekenhuizen) ook wel Ronde 12 dataset genoemd. Voorafgaand aan de berekening van de zorgprofielen en casemix is de Ronde 12 dataset, bestaande uit de afgesloten DBC's over het jaar 2005, getransformeerd naar productstructuur 2009.

Voor de bepaling van de zorgprofielen is, evenals voor het januari pakket 2008, een bandbreedteschoning uitgevoerd waarna een dataset overbleef van 83 ziekenhuizen met in totaal 8.310.213 individueel gedeclareerde DBC-trajecten, verdeeld over 41.537 unieke DBC-codes. Ter vergelijking zijn in onderstaande tabel ook de kerngegevens van de Ronde 10 dataset opgenomen.

	Ronde 10	Ronde 12
Aantal ziekenhuizen voor schoning	---	96
Aantal ziekenhuizen na schoning	22	83
Totaal aantal trajecten voor schoning	2.638.256	12.741.723
Totaal aantal trajecten na schoning	1.422.604	8.310.213
Uitvalpercentage door schoning	46%	35%
Totaal aantal unieke DBC-codes	28.874	41.537

Totaal aantal verrichtingen voor schoning	---	143.305.135
Totaal aantal verrichtingen na schoning	16.805.068	109.343.418
Gemiddeld aantal trajecten per ziekenhuis na schoning	64.664	100.123
Gemiddeld aantal trajecten per unieke DBC-code	49,3	200,1
Gemiddeld aantal verrichtingen per traject	11,8	13,2

Tabel 3: vergelijking ronde 10 en 12

Na de bandbreedteschoning zijn conform de voor het pakket 2008 gebruikte systematiek profielregels toegevoegd voor dure geneesmiddelen en bloedproducten. Tenslotte zijn zorgprofielen als volgt geschoond en gecorrigeerd:

1. Maximeren van het aantal EPB's per DBC-profiel op 1. De eventueel teveel geregistreerde EPB's in het zorgprofiel zijn omgezet naar een herhaalconsult 190013.
2. Schonen van dagverpleging, opnamecode en verpleegdagen in zorgprofielen met behandelsetting 1 ("poliklinisch").
3. Schonen van opnamecode en verpleegdagen in zorgprofielen met behandelsetting 2 ("dagbehandeling").
4. Minimaliseren van het aantal opnamecodes op 1 in zorgprofielen met behandelsetting 3 ("klinisch").
5. Schonen van ZPK1-verrichtingen in zorgprofielen met zorgtype 13.

Bovengenoemde schoningen/correcties 1 t/m 4 corresponderen met de FB-schoningsregels zoals overeengekomen door NZa / NVZ / NFU / ZN in het kader van de FB Schoning 2008.

2.2.1.4 Kostprijzen per zorgactiviteit

De productprijsberekening 2009 is gebaseerd op de aanlevering van kostprijzen per zorgactiviteit over het boekjaar 2005. Van de 18 ziekenhuizen die deelnemen aan de werkgroep kostprijzen hebben in totaal 13 algemene ziekenhuizen hun kostprijzen per zorgactiviteit aangeleverd aan DBC-Onderhoud.

2.2.1.5 Normtijden

Voor de productprijsberekening 2009 zijn normtijden gebruikt uit de tweede rondrekening die eind juli 2007 is afgerond. In dit project heeft Capgemini de normtijden 2005 en 2007 gevalideerd. De normtijden 2007 zijn voor de productprijsberekening omgezet naar de productstructuur 2008. Ten behoeve van de pakketten januari, april en juli 2008 is nog een aantal wijzigingen aangebracht, waarvan de belangrijkste zijn: de verdeling van de normtijd en casemixaantallen van de SEH-DBC's en de verwerking van de effecten van de declaratierichtlijn die op 1 juli 2007 van kracht is geworden. Voor meer informatie over de wijzigingen in de normtijden verwijzen we naar de gebruikersdocumenten bij bovengenoemde pakketten.

2.2.2 Prijzen en effecten

Met inachtneming van de wijzigingen in het pakket 2009 zijn de productprijzen voor 2009 berekend aan de hand van de zorgprofielen, casemixgegevens, kostprijzen per zorgactiviteit, normtijden per DBC en het nieuwe uurtarief. De wijzigingen betreffen onder andere de uitbreiding van het B-segment. Voor een uitgebreide beschrijving van de wijzigingen verwijzen we naar gebruikersdocument deel 1 bij het pakket januari 2009.

Voor het A-segment stijgt de gemiddelde DBC-prijs van 2008 naar 2009 met 2,2 %, terwijl de omzet daalt met 15,2 %, vanwege de uitbreiding van het B-segment. Voor het B-segment daalt de gemiddelde DBC-prijs met 26,2 %, terwijl de omzet vanwege de uitbreiding stijgt met 55,2 %.

Met de uitbreiding van het B-segment per 2009 beslaat het B-segment per 2009 circa 30% van de totale geprognosticeerde DBC-omzet.

3 PRODUCTPRIJSBEREKENING

3.1 Inleiding

De productprijsberekening is uitgevoerd met de volgende uitgangspunten:

- In de berekening wordt de volledige productie meegenomen. Dit betekent dat:
 - a. de in DIS vastgelegde gedeclareerde productie uit het 2005 geheel gebruikt wordt om de productprijzen per 2009 te berekenen;
 - b. de totale minuutproductie, die is gebaseerd op de in DIS vastgelegde gedeclareerde productie uit 2005 en de normtijden 2008, geheel meegenomen wordt;
 - c. waar productie niet meer in dezelfde vorm terugkomt in 2009, deze zoveel mogelijk getransformeerd wordt naar een andere verschijningsvorm die in 2009 bestaat.
- Prijzen worden gewogen gemiddeld berekend, op basis van productiegegevens:
 - d. op basis van het voorkomen van zorgactiviteiten in het DBC-zorgprofiel zijn de gemiddelde kosten en ondersteunerhonoraria per DBC berekend;
 - e. op basis van productieaantallen per DBC uit de casemix zijn de poort- en ondersteunerhonoraria en ziekenhuiskosten per productgroep berekend;
- Bij onvoldoende gegevens worden ongewogen gemiddelden berekend of prijzen bepaald op basis van expert opinion.

3.2 De berekening in vogelvlucht

De productprijsberekening bestaat samengevat uit de volgende stappen:

- Importeren van gegevens ten behoeve van de berekening: de productstructuur per 2009, de zorgprofielenprognose 2009, de casemixprognose per 2009, de DBC-transformatietabel 2005-2009, de kostprijzen per zorgactiviteit uit 2005, de normtijden van het pakket juli 2008, het uniforme uurtarief voor medisch specialisten.
- Het uitvoeren van kruis- en verbandcontroles van de gegevens om verlies van prijsinformatie zoveel mogelijk te voorkomen. De productiecijfers bij DBC's die na 2008 niet meer bestaan dienen zo veel mogelijk bij DBC's te worden geplaatst die wel in 2009 bestaan.
- Het opstellen van de DBC-prijstabel met per DBC de normtijd van het poortspecialisme en de kostprijs vanuit de zorgprofielen.
- Het opstellen van de DBC-ondersteunerprijsstabel met per DBC op basis van het zorgprofiel de gemaakte normtijd per ondersteunend specialisme.
- Het uitvoeren van uitzonderingsberekeningen, bijstellingen en compensaties op normtijden van ondersteunende en poortspecialismen.
- Het bepalen van de weging per DBC in haar productgroep.
- Het bepalen van de gewogen gemiddelde productgroepprijzen.
- Het doorvoeren van bijstellingen en compensaties op de productgroepprijzen.

3.3 Wijzigingen productstructuur 2009

In deel 1 van het gebruikersdocument bij het DBC-pakket januari 2009 staat welke DBC's per 2009 vervallen, wijzigen of ontstaan. Elke wijziging op DBC-niveau wordt onderzocht op de mogelijkheid om gekoppelde productie uit 2005 te transformeren naar 2009. Voorafgaand aan de productprijsberekening worden de casemix- en zorgprofielen getransformeerd naar de

productstructuur 2009. Tijdens de productprijsberekening wordt de normtijd per DBC omgezet naar de productstructuur 2009. Deze transformaties zijn vastgelegd in de DBC-transformatietabel.

3.3.1 Productprijzen Epilepsie

Voor Epilepsie zijn de kostprijzen op DBC-niveau gehandhaafd uit "20060901 Rapport Epilepsie Analyse ronde 3 v10.doc".

3.3.2 Productprijzen Radiotherapie

Per 1 januari 2009 is voor de Radiotherapie een nieuwe productstructuur bepaald en zijn de bijbehorende productprijzen per productgroep berekend. Voor meer achtergrond en inzicht in de productstructuur en de berekende productprijzen wordt verwezen naar "20080701 productstructuur radiotherapie.pdf".

3.3.3 Productprijzen Revalidatie

Per 1 januari 2009 is voor de Revalidatie een nieuwe productstructuur bepaald en zijn de bijbehorende productprijzen per productgroep berekend. Voor meer achtergrond en inzicht in de productstructuur en de berekende productprijzen wordt verwezen naar "20080801 productstructuur revalidatie.pdf".

3.4 Kostprijzen

Voor elke zorgactiviteit is de gewogen gemiddelde kostprijs vastgesteld (zie [gebruikersdocument 20071201](#)). De gewogen gemiddelde kostprijs per DBC wordt berekend op basis van het percentage voorkomen van elke zorgactiviteit in de DBC-trajecten en het aantal malen geregistreerd per DBC-traject. Deze berekende waarden zijn vastgelegd in de zorgprofielen.

Per productgroep wordt de gemiddelde kostprijs van het totaal van zorgactiviteiten bij de DBC's in die productgroep gesommeerd, gewogen met het aandeel in de casemix van de DBC's (R12).

$$\text{Kostprijs per DBC} = \sum \text{kostprijs}_{\text{zorgactiviteit}} \times \text{percentage voorkomen} \times \text{aantal keer geregistreerd}$$

$$\text{Gemiddelde kostprijs per productgroep} = \sum_{\text{DBC's}} \text{casemix-aandeel} \times \text{kostprijs per DBC}$$

Er zijn geen uitzonderingsregels van kracht op het bepalen van de kostprijzen op DBC-niveau.

3.5 Normtijd poortspecialisme

De normtijden per DBC zijn gebaseerd op het door de NZa goedgekeurde pakket wijzigingen in januari, april en juli 2008. Deze gevalideerde normtijden worden gebruikt om de gewogen gemiddelde honoraria van poortspecialismen te bepalen per productgroep- of declaratiecode.

Als DBC's worden opgesplitst of samengevoegd per 01-01-2009, wordt de productie voor het poortspecialisme tegen productieaantallen gewogen gemiddeld verdeeld over de nieuwe DBC's, zonder verlies van minuutproductie.

3.5.1 Normtijden teruggetransformeerde Enkelvoudig Consulten

Per 2009 vervallen er 790 enkelvoudige consult-DBC's, grotendeels vanwege overheveling van groepen DBC's naar het B-segment. Dit betekent dat de bijbehorende productie weer mee gaat wegen in de prijs van de poliklinische DBC's, waar het EC ook uit is voortgekomen.

De normtijd van de poliklinische DBC, de "doel"-DBC, wordt gewogen gemiddeld met de normtijd van het enkelvoudig consult, de "herkomst"-DBC, beiden op basis van de casemixprognose per 1-1-2009. Als beide DBC's niet in 2005 geregistreerd zijn, wordt de ongewogen gemiddelde normtijd berekend.

3.5.2 Normtijden Epilepsie

De DBC-normtijden van de Epilepsie-DBC's zijn voorjaar 2008 opnieuw vastgesteld op basis van het EMET-rapport ("20080229 EMET - Onderzoek normtijden Epilepsie.pdf") en de DBC-profielen. De meeste honoraria Epilepsie nemen hierdoor af.

3.5.3 Verdeling normtijden Thoraxchirurgie (0328)

In de tweede rondrekening normtijden 2005/2007 heeft de BBC van de NVT een aantal DBC's (die naar haar mening onzinnig verklaard hadden moeten worden maar wel geregistreerd zijn en dus in de casemix van de rondrekening voorkwamen) een normtijd van 1 minuut toegekend. Dit had tot gevolg dat bij de middeling op productgroepniveau het honorariumtarief van een aantal productgroepen niet meer in een logische verhouding tot andere productgroepen stond (productgroepen met een lage werklast hadden een hogere normtijd dan productgroepen met een hoge werklast). Concreet is productgroep 2843208 (met diagnoses van de groep hart 8) hierdoor lager gewaardeerd dan productgroep 2843207 (met diagnoses van de groep hart 7).

De BBC van de NVT heeft het punt onder de aandacht van DBC-Onderhoud gebracht en verzocht om een aanpassing van de normtijden. In overleg met de DBC-Onderhoud heeft een minuutneutrale herverdeling van normtijden van de DBC's in de betrokken productgroepen plaatsgevonden. Hiervoor is gebruik gemaakt van de casemixaantallen die eind november 2007 aan de BBC ter beschikking zijn gesteld.

Voor productgroep 2843208 resulteerde dit in een normtijd van 1200 minuten en de normtijd voor PG 2843207 is op 908 minuten gesteld. Hiermee is de opbouw van de normtijd van de productgroepen 2843205 t/m 2843208 weer in hun logische samenhang hersteld.

Productgroep	Honorarium
2810101 13 INTERCOLLEGIAAL CONSULT 101	116,50
2833101 11 CONSERVATIEF LONG 101	69,80
2833102 11 CONSERVATIEF HART 102	69,80
2833201 11 CONSERVATIEF LONG (NIET UITGEVOERDE OPERATIE) 201	69,80
2833202 11 CONSERVATIEF HART 202 (NIET UITGEVOERDE OPERATIE) 202	69,80
2833203 11 CONSERVATIEF HART 202 (NIET UITGEVOERDE OPERATIE) 202	69,80
2835101 21 CONSERVATIEF CONTROLE NA LONG OK 101	69,80
2835102 21 CONSERVATIEF CONTROLE NA HART OK 102	69,80
2835202 21 Conservatief Controle Na Hart Ok 202	69,80
2837101 11/21 ENKELVOUDIG POLIKLINIEK 101	69,80
2843102 11 OPERATIEF LONG 102	332,50
2843103 11 OPERATIEF LONG 103	449,00
2843104 11 OPERATIEF LONG 104	705,00
2843105 11 OPERATIEF LONG 105	972,00
2843202 11 OPERATIEF HART 202	400,00
2843203 11 OPERATIEF HART 203	1.111,00
2843204 11 OPERATIE HART 204	1.176,00
2843205 11 OPERATIEF HART 205	1.469,00
2843206 11 OPERATIEF HART 206	1.552,00
2843207 11 OPERATIEF HART 207	2.109,00
2843208 11 OPERATIEF HART 208	2.791,00
2843209 11 OPERATIEF HART 209	2.460,00
2843263 11 - CABG, ven graft, max 1 art graft / 1e operatie	1.233,00
2843264 11 - CABG (?2 art grafts) / 1e operatie	1.302,00
2843273 11 - Aortaklepvervanging (AVR) / 1e operatie met impl	1.233,00
2843274 11 - CABG (1 art) + AVR / 1e operatie met impl	1.302,00
2843301 11 OPERATIEF VATEN 301	174,50
2843302 11 OPERATIEF VATEN 302	547,00
2843303 11 OPERATIEF VATEN 303	541,00
2890101 11 WBMV AICD IMPLANTATIE 101	400,00
2890201 11 WBMV HARTTRANSPLANTATIE 201	2.460,00
2890301 11 WBMV HART-LONGTRANSPLANTATIE 301	2.460,00

Daarnaast zijn enkele DBC's in de productgroepen (2835101, 2835102 en 2835202) met een normtijd van 1 min. (die wel geregistreerd werden) opgewaardeerd naar de normtijd van vergelijkbare zinnige DBC's, wat resulteerde in een normtijd van 30 min. De benodigde capaciteit is ontleend aan DBC's in productgroepen met vergelijkbare zorg (o.m. 2833101) waarvan de normtijd aldaar in beperkte mate gedaald is.

In bijgaande tabel treft u de poorthonoraria van de productgroepen aan na doorvoering van bovengenoemde wijzigingen per 01-01-2009.

3.6 Normtijd ondersteunende specialismen

De zorgprofielen geven het percentage voorkomen en het aantal malen geregistreerd per zorgactiviteit per DBC aan. De berekening vermenigvuldigt deze met de normtijd per zorgactiviteit voor elk ondersteunend specialisme. Dit levert per DBC de gemaakte tijd per ondersteunend specialisme. Na deze berekening gelden enkele compensatiemechanismen.

Per DBC zijn de normtijden van het poortspecialisme opnieuw vastgesteld tijdens de rondrekening normtijden 2007. Deze gevalideerde normtijden worden gebruikt om de gewogen gemiddelde honoraria van poortspecialismen te bepalen: eerst per DBC, later per productgroep- of declaratiecode.

De ondersteunertijd per DBC wordt berekend met inachtneming van het volgende:

- De zorgprofielen zijn getransformeerd van 2005 naar 2009. Dit betekent dat het niet nodig is de ondersteunernormtijden per zorgactiviteit apart te transformeren.
- Voor Gastro-enterologie gemaakte ondersteunertijd wordt bij hun eigen DBC's opgeteld bij de poorternormtijd van die DBC. Dit is het enige specialisme waarbij dit gebeurt.
- Meerdere ondersteuners kunnen dezelfde zorgactiviteit uitvoeren, wat betekent dat een ondersteuner de productie van zorgactiviteiten deelt met anderen. Om te voorkomen dat productie dubbel wordt toegewezen, is de normtijd per zorgactiviteit vooraf gecorrigeerd.

Er zijn ondersteunende zorgactiviteiten die een poortspecialist altijd zelf uitvoert. De gemaakte ondersteunertijd voor deze DBC's wordt geschoond voor deze zorgactiviteiten.

3.6.1 Aanpassing ondersteunernormtijden anesthesiologie

In 2008 heeft de NVA aangegeven de allocatie van de normtijden voor anesthesiologie te willen herzien:

1. Alleen bij operatieve en bij negen niet-operatieve verrichtingen wordt betrokkenheid van een anesthesioloog verondersteld, ook al zijn er met de laatste rondrekening normtijden meer valide normtijden per zorgactiviteit geldig.
2. Bij poliklinische en enkelvoudige consult-DBC's wordt geen betrokkenheid verondersteld van de anesthesioloog;
3. Ter voorkoming dat bij door hoofd- en nevenverrichtingen en dubbelzijdige operaties de normtijd van de anesthesioloog veel hoger is dan van de hoofdbehandelaar is de verhouding tussen de normtijd anesthesioloog en poortspecialist op DBC-niveau maximaal 1,2:1.

Na verwerking van de herallocatie in de productprijzen april 2008, bleek in juni 2008 dat een interpretatieverschil tot andere ondersteunerhonoraria leidde dan door de NVA verwacht. Met ingang van 1 januari 2009 zijn de ondersteunernormtijden van het specialisme anesthesie in overeenstemming met de door de NVA aangegeven allocatie.

De herallocatie reduceert de ondersteunerhonoraria Anesthesie al op voorhand, waardoor het compensatiemechanisme geen overdekking, maar zelfs een kleine onderdekking compenseert. Echter, dit betekent niet dat het herijken van de compensatiefactor voor Anesthesie overbodig wordt, omdat het herijken kan betekenen dat de referentie waarop het compensatiemechanisme leunt sterk wijzigt.

3.6.2 Compensatie onder/overdekking profielen ondersteunende specialismen

Bij de eerste uitlevering van het DBC-systeem is gebleken dat het aantal verrichtingen van ondersteunende specialismen die gekoppeld zijn aan DBC's van poortspecialismen in de CGAO-aanleveringen substantieel afweek van het aantal verrichtingen in de Ziekenhuis-Informatie-Systemen. Voor de specialismen Radiologie, Microbiologie, Pathologie en Nucleaire Geneeskunde bleek sprake van een onderdekking van het aantal verrichtingen in het zorgprofiel. Voor het specialisme Anesthesiologie betrof het een overdekking. Omdat de honorariumomzetten van de ondersteunende medisch specialisten door de invoering van het DBC-systeem niet teveel mochten wijzigen, werd besloten om de verrichtingenomzet op basis van de zorgprofielen met een compensatiefactor te verhogen, zodat wordt aangesloten bij het niveau van de gemiddelde honorariumomzet.

De compensatiefactoren zijn per 2009:

Specialisme	Factor
Radiologie	1,502
Nucleaire geneeskunde	2,284
Klinische chemie	1,315
Medische microbiologie	2,986
Pathologische anatomie	2,401
Anesthesiologie	1,018

3.6.3 Herijking compensatiefactor ondersteunende specialismen 2009

DBC-Onderhoud is in het tweede kwartaal van 2008 gestart met de herijking van de compensatiefactor, door per ondersteunend specialisme de capaciteit op basis van de verrichtingomzet in de ZIS'en over een boekjaar en de behaalde productieprognose op basis van DIS-gegevens tegen elkaar af te zetten, op basis van de gevalideerde normtijden per zorgactiviteit.

Ten behoeve van de herijking van de compensatiefactor is de totale verrichtingcapaciteit van een aantal maatschappen van ondersteunende specialismen in de ZIS'en van verschillende ziekenhuizen over boekjaar 2005 vergeleken met de totale verrichtingcapaciteit, gekoppeld aan DBC's die door dezelfde maatschappen/ziekenhuizen via DIS zijn aangeleverd en in 2005 zijn afgesloten¹. Uitgangspunt is dat het door het specialisme in 2009 te declareren ondersteunerhonorarium even groot zou moeten zijn als de verrichtingcapaciteit uit de ZIS'en vermenigvuldigd met het uurtarief. Het geconstateerd verschil tussen deze twee grootheden wordt gecorrigeerd met de compensatiefactor 2009.

Door de onderhoudspartijen is een ondergrens aan het aantal maatschappen gesteld om de representativiteit van het onderzoek te waarborgen. Na analyse is gebleken dat, door toedoen van ontbrekende data en problemen met de kwaliteit van de data, er onvoldoende onderbouwde aannames kunnen worden gedaan om tot een goed onderbouwde herijking van de compensatiefactor per 2009 te kunnen komen. Derhalve is er onvoldoende basis voor de herijking van de compensatiefactor en is besloten de compensatiefactor 2008 te handhaven..

¹ Gebruik van meer actuele jaren heeft als nadeel dat eventuele mutaties in de capaciteit en productie gecorrigeerd moeten worden omdat bij de honorariumberekening voor 2009 gebruik wordt gemaakt van zorgprofielen van afgesloten DBC's uit het jaar 2005.

3.7 Expertprijzen

3.7.1 Correctie honorariumtarieven ondersteunende specialismen DBC's thuisdialyse

Enkele ondersteunertarieven voor de thuisdialyse-week-DBC's (productgroep 1372301) bleken in de DBC Tarieven Tabel een factor 100 te hoog vastgesteld te zijn. Dit probleem is ontstaan in het pakket januari 2008 en meegenomen in het pakket april 2008.

De stelprijzen van enkele ondersteunerhonoraria zijn als euro's overgenomen in plaats van centen. Gevolg hiervan is bijvoorbeeld dat 85 cent in 2008 na verwerking van het uurtarief en afrondingsregels € 89,20 wordt.

Het betreft drie DBC's in de productgroep 1372301, waarvan de ondersteunerhonoraria per 1 januari 2008 voor 4 specialismen (0303, 0318, 0320 en 0388) met een factor 100 zijn verhoogd. Deze DBC's hebben betrekking op thuisdialyse (vervolg- en week-DBC's). In overleg met de NZa is besloten de betreffende ondersteunertarieven vanaf 1 januari 2009 correct op te nemen.

3.7.2 Tariefmutatie kostprijs zorgactiviteiten AICD

Bij productgroep 2095101 (AICD implantatie) is in 2008 een sterke stijging van het kostentarief geconstateerd. In de kostprijstabel die gebruikt is bij de uitlevering van het pakket januari 2008 zijn de kostprijzen van twee zorgactiviteiten betreffende AICD met elkaar gespiegeld. Op basis van de omschrijving van de beide codes en de zorgprofielklasse zijn de kostprijzen voor de codes 033820 en 192011 gelijkgesteld, omdat de beschrijving van beide zorgactiviteiten medio 2007 gelijk was. Naar later is gebleken, is de inhoud van beide zorgactiviteiten echter niet vergelijkbaar: de 03-codes zijn voor de operaties exclusief de implantaten, de andere zorgactiviteit heeft betrekking op het implantaat. **De betreffende kostenprijzen en resulterende tarieven voor ziekenhuiskosten zijn per 1 januari 2009 hersteld.**

3.7.3 Correctie honorariumcomponent anesthesiologie OP 290164 (extramurale dieetadviesing)

In het pakket juli 2008 is de honorariumcomponent bij zorgactiviteit 290164 (extramurale dieetadviesing (individueel tarief, per kwartier) komen te vervallen. In de DBC Tarieven Tabel van het pakket juli 2008 is de aanpassing bij specialisme anesthesiologie niet uitgevoerd. Dit is per 1 januari 2008 gecorrigeerd.

3.8 Aanpassing productstructuur Neurochirurgie

Een groot aantal onzinnige DBC's is vervallen. Er zijn drie grote groepen te onderscheiden:

- Veelal complexe operaties die niet poliklinisch uitgevoerd kunnen worden en om DBC's met enkelvoudig consult behandelassen waarvan de poliklinische variant ook vervalft. De achtergrond van deze mutatie is als volgt: in 2004 zijn de behandelassen gekoppeld aan het 4-cijferig systeem dat de Wetenschappelijke Vereniging (WV) van neurochirurgie opgesteld had. Daarbij werd vastgesteld dat klinische (operatieve) verrichtingen door het specialisme

neurochirurgie uitgevoerd werden terwijl patiënten bij een ander specialisme (meestal neurologie) opgenomen waren. Vanuit DBC-Onderhoud is toen geadviseerd om de behandelas “operatief poliklinisch” bij deze operaties te gebruiken. In het pakket januari 2007 is behandelas 26 (“operatief klinisch zonder ligdagen”) ingevoerd, die in 2005 en 2006 nog niet beschikbaar was. De poliklinische DBC’s worden nu als onzinnig bestempeld.

- Vervolg-DBC’s die niet operatief uitgevoerd kunnen worden: Bij bepaalde aandoeningen komen patiënten in een poliklinisch controletraject terecht. Indien in de loop van de tijd blijkt dat zich een recidief van het probleem voordoet, waarvoor opnieuw klinische behandeling nodig is, heeft dit een zodanige cascade aan ziekenhuiskosten tot gevolg, vergelijkbaar met de eerste behandeling, dat in dat geval de vervolg-DBC (zorgtype 21) wordt afgesloten en een nieuwe reguliere DBC wordt geopend. Dit heeft tot gevolg, dat klinische behandeling c.q. dagbehandelingen niet kunnen samengaan met zorgtype 21. Deze combinaties leveren dus een onzinnige DBC op.
- DBC’s Klinisch zonder dagen: Bij het opstellen van deze lijst zijn combinaties opgesteld die niet kunnen voorkomen, bijvoorbeeld diagnose 1101 (supratent intra-axiale tumor) (operatieve behandeling) met behandelas 11 (poliklinisch conservatief).

De WV heeft een lijst met zinnige DBC-codes opgesteld. Daarnaast heeft de WV, in overleg met DBC-Onderhoud, aangegeven naar welke zinnige DBC’s de productieaantallen van de onzinnige DBC’s verplaatst kunnen worden. Hiervoor heeft de WV gebruik gemaakt van een rondrekentool. De wijzigingen hebben “minuutneutraal” plaatsgevonden.

Doorvoering van deze aanpassingen heeft tot gevolg dat van de 1481 zinnige DBC-prestatiecodes in 2008 er 1159 vervallen (“onzinnig” worden), wat resulteert in 322 geldige DBC-prestatiecodes. In deel 1 zijn de zinnige DBC-codes per 2009 aangegeven. Tevens is in deel 1 een lijst met de vervallen DBC-codes opgenomen met de daarbij behorende doel-DBC’s (een DBC-code waar de productieaantallen naar verplaatst worden).

Als gevolg van het vervallen van de 1159 DBC bevatten 4 van de 78 huidige productgroepen geen geldige DBC-codes meer. Deze productgroepen zijn vervallen.

Door de herschikking zijn er zes DBC’s met een groot verschil tussen de normtijd van de DBC’s en de normtijd van de productgroep. Deze DBC’s krijgen een aparte productgroep. Het gaat om de volgende DBC’s:

Zorgtype	Diagnose	Behandeling	oude productgroep	nieuwe productgroep
11	1515	23	860109	0863001
11	1515	26	868109	0868001
11	1810	23	860110	0863002
11	1810	26	868110	0868002
11	2705	23	860102	0863003
11	2705	26	868102	0868003

Onderstaand treft u een overzicht aan van de aantallen DBC’s in dit mutatiepunt.

Casemix van oud naar nieuw:	Aantal DBC’s	Aantal DPP	Capaciteit (min)
-----------------------------	--------------	------------	------------------

Ongeldig (2009)	1159	13760	912380
Geldig (2009)	322	51230	8915759
Totaal (2008)	1481	64990	9828139
% dat vervalt	78.26%	21.17%	9.28%

Bij de aanpassing geldt dat:

- Alle diagnoses, zorgtypes en behandelingen blijven bestaan.
- Een aantal DBC-combinaties is komen te vervallen.
- Na aanpassing resteren 30 consult-DBC's (behandelas 14 of 24). 1 consult-DBC bevindt zich in het B-segment, deze prestatiecode verwijst door naar de poliklinische DBC omdat consult-DBC's niet in het B-segment voor mogen komen.
- Na aanpassing resteren 96 Klinisch-zonder-dagen-DBC's met behandelas 26. Elke KZD-DBC correspondeert met een klinische DBC.
- Na aanpassing resteren 8 unieke prestatiecodes met zorgtype 21 (Vervolg-DBC's).

3.8.1 Voorstel uitbreiding B-segment per 1 januari 2009

In de oorspronkelijke opzet zouden bij de uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 162 zinnige DBC-prestatiecodes vanuit het A-segment naar het B-segment worden overgeplaatst. Het betroffen alle DBC's met de diagnosecodes 2501, 2505, 2510, 2515, 2520, 2525, 2527, 2530, 2535, 2540, 2545 en 2565. Door het schonen van de onzinnige DBC-combinaties zullen slechts 26 DBC-prestatiecodes vanuit het A-segment naar het nieuwe B-segment worden overgeplaatst. 136 DBC-prestatiecodes in het B-segment worden vanaf 1 januari 2009 als "onzinnig" aangemerkt.

3.8.2 Limitatieve lijst

Voor alle onzinnige en zinnige DBC's van het specialisme Neurochirurgie is geen machtiging noodzakelijk. Dit kan worden gesteld op basis van de huidige door ZN afgegeven limitatieve lijst.

3.8.3 Aanspraak en WBMV

Op 27-6-2008 is de aanspraak door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) vastgesteld. Dit leidt tot de aanpassing van 8 DBC's, waarvan er 4 overlappen met de DBC's die een nieuwe productgroep krijgen (zie hierboven).

Zorgtype code	Diagnose code	Afgeleide behandeling	Productgroep code	DBC declaratiecode verzekerde zorg	DBC declaratiecode onverzekerde zorg	Opmerkingen
11	1515	23	0863001	142200	162200	Wordt oranje
11	1515	26	0868001	142201	162201	Wordt oranje
11	1520	23	0860109	140258	160258	Wordt oranje
11	1520	26	0868109	140859	160859	Wordt oranje
11	2705	23	0863003	142204	162204	Wordt oranje
11	2705	26	0868003	142205	162205	Wordt oranje
11	4805	11	0831101	140243	Vervalt	Wordt groen
21	4805	11	0831101	140243	Vervalt	Wordt groen

Daarnaast worden er nog 2 DBC's oranje t.g.v. het mogelijk maken ballonkyphoplastiek (zie 2.2.5.2).

CVZ heeft n.a.v. deze actie voor de resterende zinnige DBC's opnieuw beoordeeld of hiervoor een aanpassing van een WBMV-vergunning noodzakelijk is. Het CVZ heeft vastgesteld dat geen aanpassing nodig is. DBC-Onderhoud stelt voor om deze wijzigingen in de kosten en honorariumberekeningen voor het pakket 2009 mee te nemen met als ingangsdatum 1 januari 2009.

3.9 Uurtarief medisch specialisten

Per 15 juli 2008 heeft de NZa de indexcijfers voor 2009 bekend gemaakt:

- Het geïndexeerde uurtarief ten behoeve van de honorariumbedragen in het A-segment wordt per 1 januari 2009 € 139,50.
- Op basis van het uurtarief 2009 is een indexpercentage voor de honorariumtarieven bepaald. Dit bedraagt uurtarief 2009 / uurtarief 2008 = $139,50/135,50 = 1,0295$. Dit indexpercentage is toegepast op de onafgeronde structurele tarieven 2008 en geldt zowel voor het A- als het B-segment.
- Het landelijke uurtarief geldt niet voor het specialisme kaakchirurgie. Voor het specialisme kaakchirurgie geldt voor 2009 een indexpercentage van 2,01% voor het honorarium. Dit percentage is volgens de gebruikelijke systematiek voor kaakchirurgie vastgesteld.

Jaar	Bedrag
2007	Per specialisme verschillend
2008	135,50
2009	139,50

3.10 Indexering

De voor de uitlevering 2009 gebruikte kostprijzen van zorgactiviteiten zijn gebaseerd op het jaar 2005. Dit betekent dat onderstaande indexen worden toegepast op de kostprijzen per productgroep en declaratiecode.

Per 15 juli 2008 heeft de NZa de indexcijfers voor 2009 bekend gemaakt:

- De gewogen index voor het ziekenhuiskostendeel (loon en materieel) bedraagt per 1 januari 2009 2,47 %. Dit indexpercentage geldt zowel voor DBC's als voor O(V)P's en overige trajecten en verrichtingen zoals opgenomen in de DBC Tarieven Tabel.
- De genoemde indexpercentages worden toegepast op de onafgeronde structurele tarieven 2008 en gelden zowel voor het A- als het B-segment. In het B-segment zijn de ziekenhuiskosten vrij onderhandelbaar. De kostentarieven worden echter wel berekend en spelen een rol bij de opschoning van de FB-budgetten.
- Voor de verrichtingcode 010905 – reiskosten per kilometer geldt dat deze niet geïndexeerd wordt per 2009.
- De voor de uitlevering 2009 gebruikte kostprijzen van zorgactiviteiten zijn gebaseerd op het jaar 2005. Dit betekent dat nevenstaande indexen worden toegepast op de kostprijzen per productgroep en declaratiecode.

Index	Factor
Kapitaallasten	1,08695652
Kosten 2006	1,0184363
Kosten 2007	1,022
Kosten 2008	1,0373
Kosten 2009	1,0247

3.11 Controle productprijzen

De productprijzen 2009 zijn berekend op basis van dezelfde data, normtijden en kostprijzen als gebruikt voor de pakketten 2008. Alle voor de pakketten 2008 bepaalde stelposten en aanpassingen zijn geïndexeerd naar prijspeil 2009 en uurtarief 2009 en overgenomen voor 2009. Dit geldt zowel voor de WBMV als voor de overige productprijzen.

Voorafgaand aan elke uitlevering vindt een testtraject van de productprijzen plaats. Het testtraject valt uiteen in een technische controle en een visuele controle. De visuele controle heeft in de afgelopen jaren op productgroepniveau plaats gevonden. De technische controle richt zich primair op de bewerkingen in de productprijsberekening. Voor het pakket 2009 zijn beide controles uitgevoerd.

3.12 WBMV productgroepen en stelposten

Voor de WBMV-prijzen en stelposten voor ontbrekende prijzen wordt verwezen naar het gebruikersdocument van januari 2008.

3.13 Schoningsprijzen 2009

Ten behoeve van de verdere opschoning van het budget in 2009 zijn schoningsprijzen 2009 vastgesteld. Uitgangspunt voor de berekening van de schoningsprijzen 2009 zijn de bruto productprijzen conform de productprijsberekening 2009, waarbij wordt gecorrigeerd voor kapitaallasten en medische inventaris conform de factoren zoals gespecificeerd in beleidsregel CI-1065 bepaling 2b. Indexering van de schoningsprijzen 2009 vindt plaats op basis van hetzelfde indexpercentage als voor de A-segment tarieven.