

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderzoek naar honorariaontwikkeling
medisch specialisten 2007-2008

Februari 2010

Referentie: W&Z/GJP/KB/jre/2010-0398u



Inhoud (1)

Hoofdstuk		Pagina
1	Samenvatting	3
2	Introductie	7
3	Onderzoeksopzet	12
4	Onderzoeksvraag 1- Honorariumontwikkeling 2007-2008	25
5	Onderzoeksvraag 2- Analyse en verklaringen	34
Appendices		
Appendix 1	Segmentering	48
Appendix 2	Aanvullingen en ordeningen van de dataset	49
Appendix 3	Honorarium buiten reikwijdte van het onderzoek	53
Appendix 4	Aansluitingen verschillende gegevensbronnen	54
Appendix 5	Correctie afschaffing SEH-DBC's	59
Appendix 6	Correctie incidentele compensatie enkelvoudig consult	60
Appendix 7	Overzicht van specialismen en uurtarieven 2007 en 2008	61

1 - Samenvatting

Samenvatting (1)

Honorarium van medisch specialisten is in 2008 20% tot 24% hoger dan in 2007

Deze conclusie is de uitkomst van een uitgebreid onderzoek op basis van gegevens uit het DBC-informatiesysteem (DIS) en lumpsumgegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit¹. In absolute bedragen ligt de toename tussen 469 en 605 miljoen euro.

Het honorarium van de medisch specialisten bestaat uit het honorarium van voor DBC's en het honorarium van voor overige producten (O(V)P's). Honorarium voor overige producten heeft betrekking op met name aanvragen van buiten het ziekenhuis (zoals huisartsen) of geleverde zorg voor andere specialismen binnen het ziekenhuis (zoals scopieën). Voor de vrijgevestigde specialisten die in 2007 deelnamen aan de lumpsum, komt daar het honorarium uit de afrekening van de lumpsum in 2007 nog bij.

De spreiding in het onderzoeksresultaat (20 tot 24%) is het gevolg van het gebruik van twee omzetdefinities. Doordat een DBC een periode van opening tot sluiting omvat, zijn er veel DBC's die in enig jaar zijn geopend en in een volgend (kalender-)jaar zijn gesloten. Dit roept de vraag op aan welk jaar de waarde van een dergelijke overlopende DBC moet worden toegekend. In dit onderzoek is het honorarium van medisch specialisten onderzocht op basis van beide definities, namelijk:

- het openingsmoment van DBC's (zogenoemde schadelastmethodiek);
- het sluitmoment van DBC's (zogenoemde kasstelselmethodiek).

Figuur S-1 illustreert de omzetdefinities. De horizontale strepen in de figuur vertegenwoordigen de "jaar-DBC's" en "overlopende DBC's". De DBC's die binnen de selectie vallen van elk van drie definities zijn omcirkeld.

1) De gegevensbronnen zelf hebben wij niet gecontroleerd.

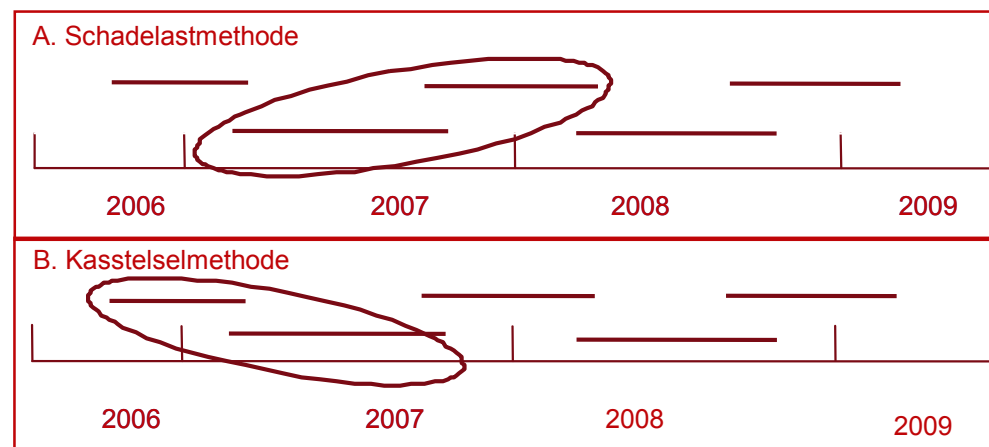
In de vergelijking tussen twee jaren zijn de uitkomsten van deze omzetdefinities verschillend, op lange termijn zijn ze gelijk. In dit onderzoek laten beide omzetdefinities wel een stijging van het honorarium zien en daarmee zijn de conclusies over de oorzaken van deze trend vergelijkbaar.

Bij de start van ons onderzoek hebben wij eerst de DIS-gegevens over 2008 moeten completeren. De gegevens over 2008 waren ten tijde van ons onderzoek onvolledig doordat :

- nog niet alle DBC's die zijn afgesloten in 2008 zijn aangeleverd aan DIS;
- nog niet alle DBC's die zijn geopend in 2008 zijn afgesloten (en aangeleverd aan DIS) vanwege de maximale doorlooptijd van 365 dagen;
- er geen landelijke tarieven bestaan voor het ondersteunersdeel van het B-segment DBC's.

Het bijschatten van DBC's en honoraria van ondersteuners is in afstemming uitgevoerd met de leden van de klankbordgroep, zijnde Ministerie van VWS, NZa, DBC-Onderhoud, Orde van Medisch Specialisten, ZN, NVZ en NFU.

Figuur S-1: twee omzetdefinities



Samenvatting (2)

De toename is bij vrijgevestigde specialisten niet groter dan bij specialisten in loondienst

Van de honorariumontwikkeling op macroniveau hebben wij verschillende dwarsdoorsneden gemaakt, om te bezien waar de ontwikkeling in de sector zich voordoet, zie figuur S-2.

Het honorarium in DBC's en O(V)P's van specialisten in loondienst is sterker toegenomen dan het honorarium van vrijgevestigde specialisten, dat bestaat uit DBC's, O(V)P's en afrekening lumpsum (vrijwaring). De honorariumontwikkeling van beide groepen specialisten is echter gelijk als alleen DBC's en OVP's worden gemeten. De ontwikkeling van het ziekenhuisbudget, waarmee het honorarium van de dienstverbanders wordt verrekend, is niet onderzocht. In absolute bedragen ligt de toename van de vrijgevestigde specialisten, inclusief vrijwaring, tussen 273 en 374 miljoen euro (volgens kasstelsel respectievelijk schadelaststelsel).

Aangezien het honorarium van lumpsumdeelnemers circa 90% bestaat van de vrijgevestigden, vertoont de dwarsdoorsnede lumpsum – niet lumpsum een vergelijkbare uitkomst als de dwarsdoorsnede vrijgevestigd - loondienst.

De vrijgevestigde specialisten zijn alleen actief in de algemene ziekenhuizen. De dienstverbanders zijn actief in zowel algemene ziekenhuizen als de universitair medische centra (UMC's). De procentuele ontwikkeling van beide type ziekenhuizen ligt dicht bij elkaar. Ook in deze dwarsdoorsnede is geen aanwijzing dat het honorarium van vrijgevestigde specialisten sterker toeneemt dan van dienstverbanders.

Wij hebben geen informatie over de vestigingsvorm van specialisten in zelfstandige behandelcentra (ZBC's). ZBC's vallen daarom buiten de vergelijking van vrijgevestigden en dienstverbanders. De toename in de (ZBC's) is aanmerkelijk hoger dan bij algemene ziekenhuizen of UMC's.

De toename is procentueel groter bij ondersteunende specialismen dan bij poortspecialismen

De honorariumontwikkeling hebben wij alleen voor het totaal van ondersteunende specialismen onderzocht. Door het ontbreken van specifieke informatie in het DIS is het niet mogelijk om een onderscheid te maken naar bijvoorbeeld radiologie of anesthesiologie.

Tussen de poortspecialismen is een zeer fors verschil in honorariumontwikkeling te zien, van -14% tot +136% (volgens schadelastdefinitie). De grote stijging bij kindergeneeskunde, als overwegend dienstverband specialisme, is een verklaring voor de toename bij de honoraria van dienstverbanders.

Figuur S-2: dwarsdoorsneden in honorariumonderzoek



Samenvatting (3)

Belangrijkste oorzaken voor de toename zijn een hoger gemiddeld uurtarief en een toename van de productie

De analyse van de honorariumontwikkeling zelf is uitgevoerd aan de hand van het model in figuur S-3.

Het aantal DBC's is met 8% tussen 2007 en 2008 toegenomen. Deze toename van het aantal DBC's betreft voornamelijk (circa 5%) werkelijke meerproductie. Het restant van de toename is naar wij verwachten een combinatie van betere aanlevering aan DIS en een betere registratie in de ziekenhuizen. Algemene ziekenhuizen vertonen een iets grotere stijging van het aantal DBC's dan UMC's, maar wij vinden geen aanwijzing dat algemene ziekenhuizen beter of slechter aanleveren aan DIS dan UMC's. De toename van het aantal DBC's in ZBC's is aanmerkelijk hoger dan in de ziekenhuizen. Waarschijnlijk wordt een groot deel van deze toename wel verklaard door een betere aanlevering aan DIS.

De invoering van het normatief uurtarief in 2008, als vervanging voor de specialismespecifieke uurtarieven in 2007, heeft een grote impact op de toename van het honorarium. Het gemiddeld uurtarief in DBC's stijgt met 15% (kasstelsel) tot 23% (schadelast). Daarmee zijn verschillen in honorariumontwikkeling per specialisme voor een groot deel verklaard door het uurtarief.

De ontwikkeling van het uurtarief dient in samenhang met de vrijwaring te worden beschouwd, aangezien dit een aanvulling op het honorarium van medisch specialisten is. Het honorarium vrijwaring (169 miljoen euro) is als een aanvullende vergoeding per uur in 2007 uitgedrukt. Door de afschaffing van de lumpsum vervalt deze vergoeding per uur in 2007, waardoor een toename van het uurtarief resteert van 6% (kasstelsel) tot 14% (schadelast).

Geen aanwijzingen gevonden voor substantiële toename van normtijd per DBC of van registratie van zwaardere DBC's door medisch specialisten

In de DIS-data zien wij geen verschuiving in het type DBC's, dat wil zeggen een verschuiving van poliklinische naar klinische productie. Deze analyses geven dus geen aanwijzing dat medisch specialisten in 2008 substantieel zwaardere DBC's hebben uitgevoerd of geregistreerd dan in 2007. Andere mogelijke veranderingen van zorgzwaarte, bijvoorbeeld een verschuiving van de behandeling binnen dezelfde setting of een toename van het aantal uitgevoerde verrichtingen, hebben wij niet onderzocht.

De gemiddelde normtijd per DBC is vrijwel gelijk tussen 2007 en 2008. Hierdoor is deze component geen verklaring voor de stijging van de honoraria.

De gemiddelde normtijd per DBC is wel toegenomen voor ondersteunende specialismen, wat wordt gecompenseerd door een lichte daling bij de poortspecialismen. Deze toename bij de ondersteuners lijkt te worden verklaard door de ondersteunerscompensatie in 2008. Dit is een factor die bedoeld is om het aandeel van ondersteunende specialismen in de DBC's te corrigeren, vanwege (voornamelijk) onderregistratie van verrichtingen van ondersteuners bij de invoering van DBC's.

Figuur S-3: analysemodel



2 - Introductie

Inleiding
Basisbegrippen

2- Introductie

Inleiding

Achtergrond

Per 1 januari 2008 is de lumpsumbekostiging van de vrijgevestigde medisch specialisten vervangen door een normatief onderbouwd uurtarief. Deze vernieuwing kent meerdere doelen:

- vergroting koppeling tussen prestaties en inkomen van de medisch specialist;
- vergroting prikkel tot doelmatigheid, innovatie en ondernemerschap;
- een oplossing voor de historisch gegroeide verschillen tussen specialistenhonoraria.

Om het effect van de maatregel in een vroeg stadium (voor afloop van het registratiejaar 2008) te toetsen, heeft het Ministerie van VWS een indicatief onderzoek laten uitvoeren naar de honorariumeffecten van de afschaffing van de lumpsumsystematiek en de invoering van de DBC-bekostiging voor medisch specialisten. Omdat bij de resultaten van dit onderzoek veel kanttekeningen geplaatst konden worden, werd duidelijk dat er volgonderzoek nodig zou zijn om een betrouwbaarder beeld te krijgen van het daadwerkelijk effect en een verklaring van de verschillen.

Naast dit indicatieve onderzoek heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ook een onderzoek uitgezet naar de ontwikkeling van de schadelast van medisch-specialistische zorg in de jaren 2006, 2007 en 2008 en naar de oorzaken daarvan. Een onderdeel van dit onderzoek, dat door Vektis is uitgevoerd, is de ontwikkeling van de honoraria per specialisme.

Onderzoeksvraag

De resultaten van beide onderzoeken zijn voor het Ministerie van VWS aanleiding geweest voor het verstrekken van een opdracht om een nieuw, uitgebreider onderzoek uit te voeren waarin niet alleen de feitelijke honorariumontwikkeling tussen 2007 en 2008 in beeld wordt gebracht, maar nadrukkelijk ook wordt gezocht naar de verklaringen voor die ontwikkeling. De onderzoeksvraag is daarom als volgt geformuleerd:

1. Hoe heeft het honorarium van de medisch specialist zich in 2008 ontwikkeld ten opzichte van 2007 op macroniveau en op specialisme-niveau?
2. Welke mogelijke verklaringen liggen ten grondslag aan de resultaten van vraagstelling 1?

Leeswijzer

In deze rapportage geven wij antwoord op de gestelde onderzoeksvragen. Vanwege de complexiteit van de materie beschrijven wij in de volgende paragraaf van dit hoofdstuk eerst enkele basisbegrippen en definities. Vervolgens gaan wij in hoofdstuk 3 uitgebreid in op de onderzoeksopzet die van essentieel belang is voor de uitkomsten en interpretatie daarvan. De uiteindelijke onderzoeksresultaten vindt u terug in de hoofdstukken 4 en 5. Voor meer details over zowel de aanpak als uitkomsten kunt u terecht in de Appendices.

Basisbegrippen (1)

In deze paragraaf beschrijven wij de belangrijke basisbegrippen die wij in dit onderzoeksrapport hanteren.

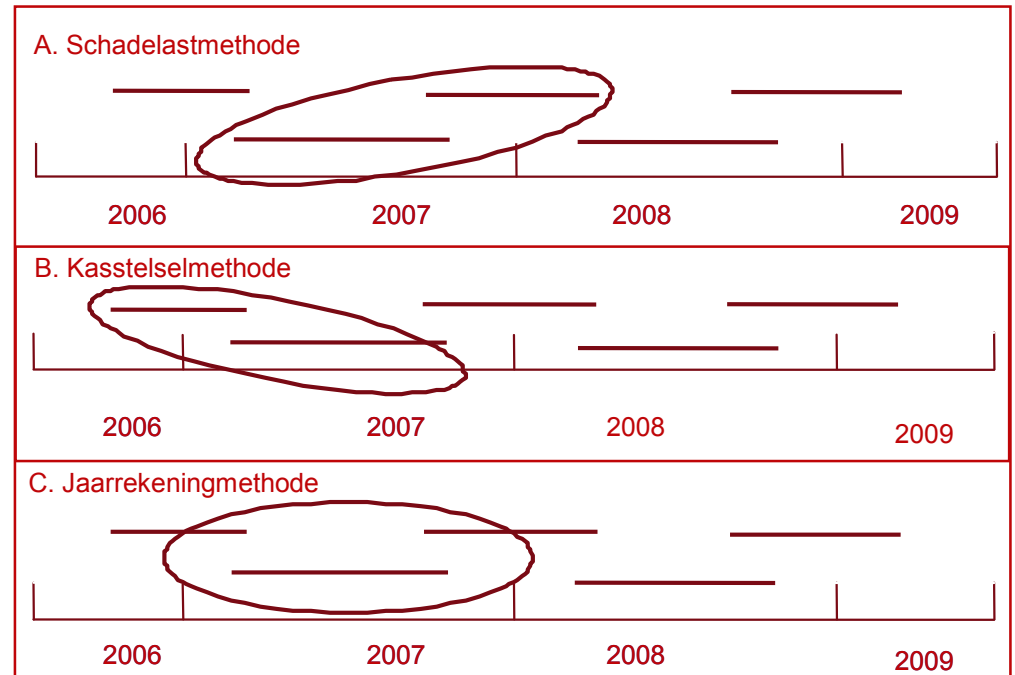
DBC-omzet

Voor de berekening van de omzet uit DBC-gegevens bestaan drie mogelijkheden om de selectie van DBC's voor het te onderzoeken jaar uit te voeren:

- alle DBC's met een openingsdatum in het betreffende jaar – “schadelastmethode”, deze definitie wordt gehanteerd door zorgverzekeraars bij de bepaling van de schadelast voor een jaar;
- alle DBC's met een sluitdatum in het betreffende jaar – “kastselmethode”, deze definitie wordt veelal gehanteerd door medisch specialisten om hun inkomen van een jaar te berekenen;
- alle DBC's met een sluitdatum in het betreffende jaar minus het onderhanden werk van het voorgaande jaar plus het onderhanden werk van het onderhavige jaar – “jaarrekeningmethode”, deze methode wordt door de NZa en vrijgevestigde specialisten toegepast voor de afrekening van de lumpsum en wordt door ziekenhuizen gebruikt om hun jaarrekening op te maken.

Deze definities zijn grafisch weergegeven in figuur 2-1. De horizontale strepen in de figuur vertegenwoordigen twee soorten DBC's: DBC's die in enig jaar zijn geopend en gesloten (“jaar-DBC's”) en DBC's die in enig jaar zijn geopend maar in het volgende jaar zijn gesloten (“overlopende DBC's”). De DBC's die binnen de selectie vallen van elk van drie definities zijn omcirkeld.

Figuur 2-1: drie verschillende omzetdefinities



Zoals uit bovenstaande figuur blijkt leiden de drie definities ieder tot een andere selectie van DBC's. Gebruik van een andere selectie kan leiden tot een andere omzet door:

- wijzigingen in de DBC-systematiek: in de overgang van 2007 naar 2008 (en in beperktere mate binnen 2008) zijn wijzigingen doorgevoerd in de productstructuur, normtijden, uurtarief, et cetera. Een (positief of negatief) effect van deze wijzigingen op de omzet is maximaal bij omzetdefinitie A (schadelast), omdat in deze selectie uitsluitend DBC's met een

Basisbegrippen (2)

openingsdatum in 2008 zijn meegenomen waarin de genoemde wijzigingen dus van toepassing zijn (de toe te passen versie van de DBC-systematiek wordt bepaald door de openingsdatum van de DBC).

Het effect is minimaal in definitie B (kasstelsel) waarin het aandeel DBC's met een openingsdatum uit 2007 het grootst is waarin deze wijzigingen niet van toepassing ware. In deze omzetdefinitie ijlt het effect van de systematiekwijziging na in de omzet van 2009.

- ontwikkelingen in het volume (aantal en casemix) van DBC's in de loop der tijd: conform de toelichting bij het vorige punt, bevat omzetdefinitie A DBC's uit een latere periode dan definities B en C. Hierdoor bevat definitie A volumeontwikkelingen uit een latere periode dan definities B en C.

Omzetdefinitie "schadelastmethode" geeft het beste inzicht in het totale (eventuele) effect van de wijzigingen in de DBC-systematiek. Bovendien is het voordeel van deze definitie dat er een directe aansluiting gemaakt kan worden met de systematiekontwikkeling (die immers gekoppeld is aan de openingsdatum).

Omzetdefinitie "kasstelselmethode" sluit het beste aan bij de financiële werkelijkheid van de medisch specialist. Bovendien is de DBC-set voor 2008 in deze definitie vollediger dan in definitie A waarin DBC's ontbreken die in 2008 zijn geopend, maar nog niet zijn gedeclareerd.

Omzetdefinitie "jaarrekeningmethode" is rekentechnisch het meest ingewikkeld. Conform omzetdefinitie B is de DBC-set voor 2008 minder volledig.

In dit onderzoek is in overleg met het Ministerie van VWS en na afstemming met de klankbordgroep ervoor gekozen om zowel omzetdefinitie A (schadelast) als B (kasstelsel) uit te werken.

Opbouw honorarium medisch specialist

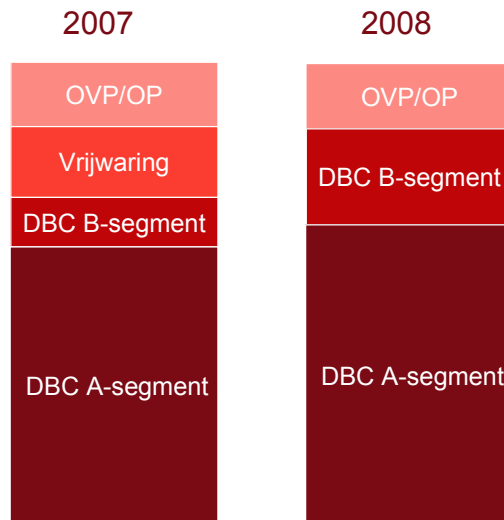
Het honorarium van medisch specialisten bestaat uit de volgende componenten:

- DBC-omzet: het honorarium van de medische specialist is onderdeel van het DBC-tarief, waarin, naast een honorariumcomponent ook een kostendeel ziekenhuis is opgenomen. De honorariumcomponent bestaat uit een vast deel voor het poortspecialisme en een deel voor de ondersteunende specialismen. Voor DBC's in het A-segment is het ondersteunersdeel een vaste (landelijk bepaalde) component. Voor het B-segment is het ondersteunersdeel en kostendeel ziekenhuis vrij onderhandelbaar voor ieder ziekenhuis en bestaan er geen landelijke tarieven. In 2008 is het B-segment uitgebreid van gemiddeld 10% naar 20% van de DBC's.
- Vrijwaring: de vrijwaring is het verschil tussen de lumpsum en de gedeclareerde omzet plus mutatie onderhanden werk (het verschil tussen het onderhanden werk aan het begin en het eind van het jaar in kwestie). Alleen vrijgevestigde medisch specialisten die deelnemen aan een lokaal initiatief (een overeenkomst tussen ziekenhuis, zorgverzekeraars en medisch specialisten) ontvangen vrijwaring. Omdat de lumpsum na 2007 is afgeschaft geldt deze component alleen voor 2007.
 - Overige producten (OVP), ondersteunende producten (OP) en overige omzet: dit zijn honoraria die buiten de DBC-structuur vallen (zoals IC-omzet); honorarium van poorters voor poorters (bijvoorbeeld ECG of scopieën); en honorarium van ondersteunende specialismen voor aanvragen van buiten het ziekenhuis (bijvoorbeeld huisartsen). Honorarium uit keuringen valt buiten de scope van dit onderzoek.

Basisbegrippen (3)

Deze componenten zijn schematisch weergegeven in figuur 2-2. Hierin is geïllustreerd dat de vrijwaring in 2008 is komen te vervallen en dat het B-segment in 2008 is uitgebreid. De verhouding tussen de vlakken in deze figuur is indicatief.

Figuur 2-2: opbouw honorarium



Segmentering/dwarsdoorsneden

In onze analyse van de oorzaak van de omzetsijging maken wij gebruik van dwarsdoorsneden om verschillende typen instellingen en vakgroepen met elkaar te vergelijken (zie hoofdstuk 3). Hierbij wordt gebruik gemaakt van de volgende doorsneden:

- type instelling: algemeen ziekenhuis versus academisch ziekenhuis versus zelfstandig behandelcentrum;
- loondienst versus vrijgevestigd;
- lumpsum versus niet-lumpsum;
- poorter versus ondersteuner;
- per specialisme.

Figuur 2-3: dwarsdoorsneden:



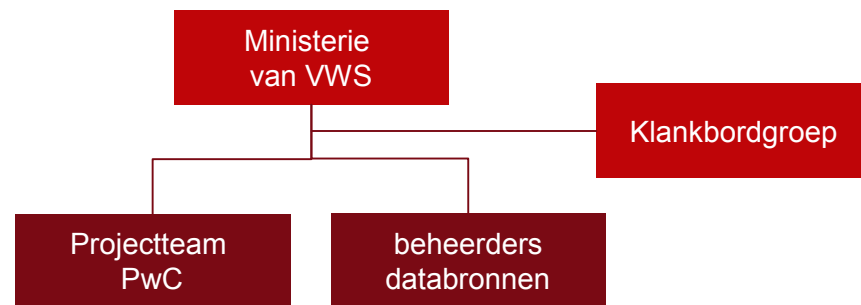
3 - Onderzoeksopzet

Onderzoeksproces
Analysemodel
Stappenplan

Onderzoeksproces

Dit onderzoek is uitgevoerd door een projectteam van PricewaterhouseCoopers in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Overige betrokkenen zijn de beheerders van de in dit onderzoek gebruikte databronnen en de voor dit onderzoek opgerichte klankbordgroep. Deze projectorganisatie is weergegeven in onderstaande figuur:

Figuur 3-1: projectorganisatie



Zowel de onderzoeksopzet als de (tussen)resultaten zijn zowel gedurende formele bijeenkomsten als daarbuiten getoetst bij de klankbordgroep die bestaat uit vertegenwoordigers van:

- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- Orde van Medisch Specialisten (OMS);
- DBC-Onderhoud;
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ);
- Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU);
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Naast deze formele projectorganisatie is voor dit onderzoek gebruik gemaakt van de kennis en expertise van medewerkers van de volgende organisaties:

- NZa;
- DBC-Onderhoud;
- Vektis;
- Prismant/Dutch Hospital Data;
- Capaciteitsorgaan;
- DIS-beheerorganisatie.

Verder is bij dit onderzoek gebruik gemaakt van de volgende documenten:

- Rapportage Schadelast medisch specialistische zorg (Vektis 2009, in opdracht van ZN);
- Rapportage Onderzoek omzetontwikkeling van medisch specialisten 2007-2008 (Mazars, in opdracht van de OMS);
- Monitor Ziekenhuiszorg 2009 (NZa);
- Vervolgopleiding medische specialismen: Jaaroverzicht 2008 met terug- en vooruitblik (Capaciteitsorgaan);
- Capaciteitsplan 2008 (Capaciteitsorgaan);
- Verantwoordingsdocumenten uit 2007 en 2008 (DBC-Onderhoud);
- Jaarrekeningen ziekenhuizen (CIBG);
- Rapportage Ontwikkeling specialisten-honoraria 2005 t/m 2008 (DBC-Onderhoud maart 2009)
- Rapportage Nulmeting DIS-kwaliteit (DBC-Onderhoud maart 2009).
- Tabellen DBC-Onderhoud (tarieventabel, eindklassetabel)

Analysemodel

Zoals ook benoemd in hoofdstuk 2 valt deze opdracht uiteen in twee hoofdvragen:

1. Hoe heeft het honorarium van de medisch specialist zich in 2008 ontwikkeld ten opzichte van 2007 op macroniveau en op specialisameniveau?
2. Welke mogelijke verklaringen liggen ten grondslag aan de resultaten van vraagstelling 1?

Deze vragen hebben wij verwerkt in het analysemodel dat is uitgewerkt in figuur 3-2. Hierin staat de omzetontwikkeling, gedefinieerd als het product van prijs en volume, centraal.

Figuur 3-2: analysemodel



De verschillende aspecten van prijs en volume worden beïnvloed door de DBC-systematiek of de medisch specialisten, maar vaak ook een combinatie van beide. Zo zijn de Wetenschappelijke Verenigingen nadrukkelijk betrokken geweest bij de toedeling van normtijden waardoor deze “systeem-factor” toch beïnvloedbaar is door de medisch specialisten. In onze resultaten geven wij waar mogelijk aan waar het zwaartepunt van de invloed zich bevindt: in het systeem of bij de medisch specialisten.

Het analysemodel uit figuur 3-2 hebben wij vertaald in een onderzoeks-aanpak die bestaat uit de volgende hoofdstappen:

- verzamelen en beoordelen;
- ordenen en aanvullen;
- corrigeren, isoleren en analyseren.

In de hierop volgende paragrafen beschrijven wij per (hoofd)stap de specifieke aandachtspunten en de wijze waarop wij deze hebben verwerkt in het onderzoek. Voor meer gedetailleerde informatie en achtergronden over onderdelen van onze aanpak verwijzen wij u naar de Appendices. De uiteindelijke resultaten van het onderzoek vindt u in hoofdstuk 4 en 5.

Stappenplan – verzamelen en beoordelen (1)

Verzamelen en beoordelen

De eerste stap in het onderzoeksproces is het verzamelen van de benodigde gegevens van de volgende bronnen/instanties::

- DBC Informatie Systeem (DIS): DBC- en O(V)P-aantallen;
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): lumpsum en vrijwaring;
- Capaciteitsorgaan: capaciteit medisch specialisten;
- Landelijke Medische Registratie (LMR) en Landelijke Ambulante Zorgregistratie (LAZR): budgetparameters.

Om de bruikbaarheid van deze bestanden voor ons onderzoek te bepalen hebben wij per bestand voor zover mogelijk een beoordeling uitgevoerd op de betrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid (aansluiting) met andere databronnen. Wij hebben nadrukkelijk geen accountantscontrole uitgevoerd op de door ons ontvangen gegevens.

In de volgende pagina's hebben wij onze bevindingen uit de beoordeling en de gevolgen voor de onderzoeks aanpak verder uitgewerkt.

Stappenplan – verzamelen en beoordelen (2)

Resultaat beoordeling DBC's en O(V)P's

Het gebruik van de DIS-gegevens als bron voor de DBC- en O(V)P-omzet is in het Programma van Eisen van deze opdracht als uitgangspunt geformuleerd. Derhalve hebben wij de aansluiting tussen DIS en de informatiesystemen in de ziekenhuizen niet nader onderzocht. De gegevensset die wij voor dit onderzoek ter beschikking hebben gekregen is een bestaande, in de beleidsregel Minimale Dataset beschreven, data-extractie uit het DIS tot augustus 2009. De bruikbaarheid van de DIS-gegevens (DBC en O(V)P) hebben wij beoordeeld door vergelijkende analyses te maken met rapportages van eerdere onderzoeken (zie paragraaf "Onderzoeksproces").

Bevindingen:

- De DBC-aantallen over 2007 uit het DIS zijn vergelijkbaar met aantallen uit rapportages van Vektis, JMV en DBC-O (zie appendix 4). Het blijkt echter niet of nauwelijks mogelijk om eenduidige aansluitingen te maken vanwege het gebruik van verschillende bronnen, meetmomenten en definities.
- De vergelijking van ruwe DBC-aantallen 2008 met andere rapportages is niet goed te beoordelen, doordat eerdere rapportages gebruik hebben gemaakt van of een oudere (en dus meer onvolledige) dataset of door gebruik van andere definities. Een vergelijking is alleen op een redelijke wijze te maken van de mutatie van het aantal DBC's.
- Het aantal DBC's (gemeten op basis van begindatum en einddatum) over 2007 is veel groter dan beschikbaar voor 2008 doordat de data van 2008 onvolledig zijn. De onvolledigheid wordt verklaard doordat ten tijde van ons onderzoek:
 - nog niet alle DBC's, die zijn afgesloten in 2008, zijn aangeleverd aan DIS.
 - nog niet alle DBC's die zijn geopend in 2008, zijn afgesloten (en aangeleverd aan DIS), vanwege de maximale doorlooptijd van 365 dagen.
- Het honorarium van het ondersteunersdeel van B-segment DBC's is niet te berekenen uit de DIS-dataset, omdat hiervoor geen landelijke tarieven beschikbaar zijn.
- De aantallen en het honorarium van de OVP's en OP's vertonen een behoorlijk verschil tussen 2007 en 2008. Uit de interviews met de leden van de klankbordgroep bleek een algemene twijfel over de betrouwbaarheid van deze registratie.

Gevolg(en) voor onderzoek

1. De DIS-gegevens uit 2007 zijn nagenoeg compleet en bruikbaar voor ons onderzoek.
2. De DIS-gegevens uit 2008 zijn niet compleet en moeten worden aangevuld voor vergelijking met 2007 (zie stap "Aanvullen en ordenen")
3. Het honorarium van het ondersteunersdeel B-segment kan niet worden afgeleid uit de DIS-gegevens en moet worden geschat (zie stap "Aanvullen en ordenen")
4. De betrouwbaarheid van de OVP's en OP's is onzeker. Deze gegevens zijn daarom niet bruikbaar voor detailanalyses.

Stappenplan – verzamelen en beoordelen (3)

Resultaat beoordeling lumpsum/vrijwaring

De lumpsumgegevens die nodig zijn voor het bepalen van de vrijwaring worden gebaseerd op de verrekeningen van lumpsum met de gedeclareerde omzet plus mutatie onderhanden werk per ziekenhuis bij de NZa. Uit de gegevens van de NZa blijkt dat deze afrekeningen over 2007 voor het merendeel definitief zijn.

Voor de bepaling van de vrijwaring gaan wij er in dit onderzoek van uit dat de externe lumpsum gelijk is aan de interne lumpsum. Dit betekent dat ook de externe vrijwaring (zoals toegekend door de NZa) gelijk is aan de interne vrijwaring (de verdeling van de vrijwaring binnen het ziekenhuis).

Bevindingen:

- De NZa heeft de raming van de lumpsumgegevens als betrouwbaar aangeduid.
- De lumpsumgegevens hebben betrekking op een kalenderjaar (omzet volgens de jaarrekeningmethode), terwijl in het onderzoek wordt uitgegaan van de omzetdefinities kasstelsel en schadelaststelsel. Daarmee sluit de gebruikte omzetdefinitie in de lumpsumverrekening (zijnde gedeclareerde omzet in 2007 plus mutatie onderhanden werk) niet aan bij de omzetdefinities die in dit onderzoek worden gebruikt, te weten schadelaststelsel (alle DBC's met begindatum in 2007) en kasstelsel (alle DBC's met einddatum in 2007).

Gevolg(en) voor onderzoek

5. De lumpsumgegevens van de NZa zijn bruikbaar voor ons onderzoek, maar de vrijwaring moet worden herberekend om aan te sluiten bij de door ons gebruikte omzetdefinities.

Stappenplan - verzamelen en beoordelen (4)

Resultaat beoordeling capaciteit medisch specialisten

De gegevens over geregistreerde aantallen specialisten zijn aangeleverd door het Capaciteitsorgaan en zijn gebaseerd op de jaarverslagen van de MSRC. Het betreft hier aantal specialisten in koppen, niet in FTE.

Bevindingen:

Het Capaciteitsorgaan geeft aan dat deze aantallen niet per definitie gelijk aan het aantal werkzame specialisten. Het absolute aantal specialisten is daarmee voor de doeleinden van dit onderzoek niet volledig betrouwbaar. De mutatie van het aantal geregistreerde specialisten geeft volgens het Capaciteitsorgaan wel een redelijk beeld van de ontwikkeling van de capaciteit van medisch specialisten.

Gevolg(en) voor onderzoek

6. De gegevens van het capaciteitsorgaan kunnen worden gebruikt als bron voor de ontwikkeling van de capaciteit van medisch specialisten, maar niet in de vorm van absolute getallen.

Resultaat beoordeling budgetparameters

De gegevens over budgetparameters komen uit de Landelijke Medische Registratie (LMR) en de Landelijke Ambulante Zorgregistratie (LAZR). Deze beslaan zowel het A- als B-segment. Prismant heeft deze data geconverteerd naar de budget-parameters eerste polikliniekbezoek, dagbehandeling en opname. De conversie van Prismant hebben wij niet gecontroleerd.

Bevindingen:

- De volledigheid van de LMZ/LAZR-data kunnen wij niet vaststellen, aangezien er geen verplichting voor ziekenhuizen is om deze gegevens aan te leveren. ZBC's leveren in elk geval geen LMR/LAZR –gegevens aan.
- De LMR/LAZR is een registratie per kalenderjaar, waardoor het niet een eenduidige vergelijking biedt met de omzetdefinities uit dit onderzoek (kasstelsel en schadelast).
- De LMZ/LAZR is een andere registratievorm dan DBC's, waardoor verschillen per specialisme kunnen bestaan in de ontwikkeling van LMR/LAZR en DBC-aantallen.

Gevolg(en) voor onderzoek

7. De LMR/LAZR gegevens kunnen gebruikt worden als bron voor de ontwikkeling van de hoeveelheid geleverde zorg. Vergelijkingen per specialisme kunnen alleen op hoofdlijnen worden beoordeeld.

Stappenplan – aanvullen en ordenen (1)

Aanvullen en ordenen

Wij hebben alle componenten voor de omzet van medisch specialisten in 2007 en 2008 geordend in honorariumcomponenten en segmenten, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Omdat uit de beoordeling van de brondata blijkt dat de DBC-data 2008 onvolledig zijn, hebben wij de ontbrekende componenten aangevuld. In de volgende pagina's wordt nader ingegaan op de hierbij gebruikte methode en gedane aannames.

Stappenplan - aanvullen en ordenen (2)

Issue uit beoordeling	Aanpak
<p>2. De DIS-gegevens uit 2008 zijn niet compleet en moeten worden aangevuld voor vergelijking met 2007 (zie stap "Verzamelen en beoordelen")</p>	<p>Om een werkelijke vergelijking te kunnen maken tussen 2007 en 2008 hebben wij de DBC's uit 2008 aangevuld door middel van extrapolatie van gegevens over de DBC's uit 2007. Hiervoor hebben wij uitgebreid de data van 2007 en 2008 geanalyseerd, zie appendix 2.</p> <ul style="list-style-type: none">• DBC's die ontbreken in onze dataset omdat ze wel zijn afgesloten, maar nog niet zijn aangeleverd, hebben wij geëxtrapoleerd aan de hand van het aanleverpatroon van DBC's met einddatum 2007.• DBC's die ontbreken in onze dataset omdat ze nog niet zijn afgesloten hebben wij geëxtrapoleerd op basis van de verhouding tussen DBC's die in 2007 zijn geopend en gesloten (jaar-DBC's) en DBC's die in 2007 zijn geopend en 2008 zijn gesloten (overloop DBC's). Deze verhouding hebben wij vervolgens toegepast op de jaar-DBC's van 2008.
<p>3. Het honorarium van het ondersteunersdeel B-segment kan niet worden afgeleid uit de DIS-gegevens en moet worden geschat (zie stap "Aanvullen en ordenen")</p>	<p>De omvang van deze component hebben wij zowel voor 2007 als voor 2008 geschat aan de hand van de verhouding tussen honorarium poortspecialismen A- en B-segment en honorarium van ondersteunende specialismen in het A-segment in het betreffende jaar, zie appendix 2.</p>
<p>5. De lumpsumgegevens van de NZa zijn bruikbaar voor ons onderzoek, maar de vrijwaring moet worden herberekend om aan te sluiten bij de door ons gebruikte omzetdefinities.</p>	<p>De vrijwaring is het verschil tussen de DBC- en O(V)P-omzet en de lumpsum voor een bepaald specialisme. Om een inschatting te kunnen maken van de vrijwaring die voor een specialisme in 2007 van toepassing is geweest, hebben wij de "gedeclareerde omzet en mutatie onderhanden werk" op basis van DIS-gegevens berekend, zie appendix 2. Uitgangspunt hierbij is dat de vrijwaring gelijk is voor beide omzetdefinities</p>

Stappenplan – corrigeren en analyseren (1)

Corrigeren en analyseren

De derde en laatste hoofdstap van het onderzoek is de beantwoording van de tweeledige onderzoeksvraag:

1. Hoe heeft het honorarium van de medisch specialist zich in 2008 ontwikkeld ten opzichte van 2007 op macroniveau en op specialisameniveau?
2. Welke mogelijke verklaringen liggen ten grondslag aan de resultaten van vraagstelling 1?

Ter beantwoording van vraag 1 hebben wij zowel op macroniveau als op specialisameniveau voor beide omzettefinities (schadelast en kasstelsel) de honorariumontwikkeling tussen 2007 en 2008 bepaald.

Om een zuivere vergelijking te kunnen van het aantal DBC's hebben wij een correctie uitgevoerd op de DBC-aantallen van 2007 vanwege de afschaffing van SEH-DBC's (zorgtype 12) in 2008. Hierdoor konden in 2008 minder DBC's geregistreerd worden dan in 2007. De gepresenteerde DBC-aantallen zijn derhalve de gecorrigeerde aantallen. De berekening van deze correctie is opgenomen in appendix 5.

Ook hebben wij een correctie uitgevoerd op het honorarium van 2007, vanwege de incidentele compensatie door de invoering van enkelvoudig consult DBC's. Deze compensatieregeling is in feite een (incidentele) prijsindexeringsmaatregel. Het betekent dat het honorarium over 2007 met begindatum in 2007 een deel bevat dat in feite aan 2006 zou moeten worden toegerekend. De uitwerking hiervan is opgenomen in appendix 6. Wij verwerken dit effect niet in de hoofdreportage, aangezien wij ook geen rekening houden met de reguliere prijsindexering van DBC's, O(V)P's en de lumpsum tussen 2007 en 2008.

Door gebruik te maken van de in hoofdstuk 2 genoemde doorsneden hebben wij onderzocht hoe de honorariumontwikkeling verdeeld is voor:

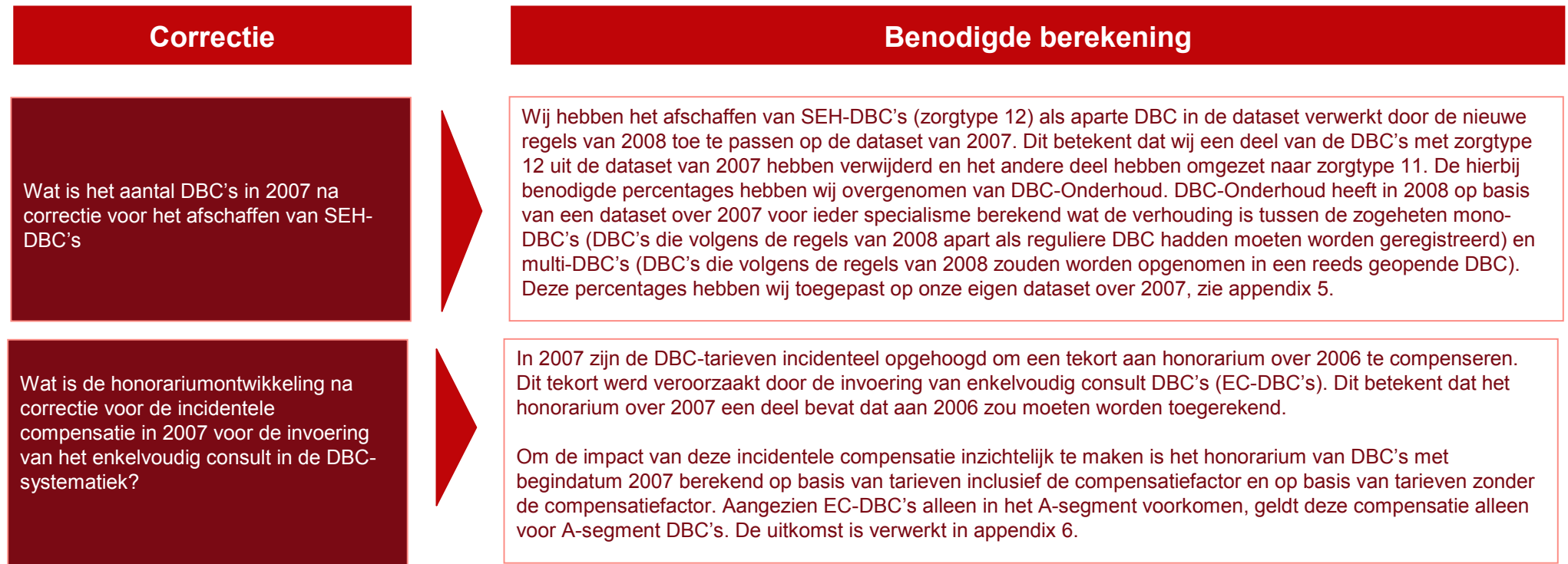
- type instelling;
- loondienst versus vrijgevestigd;
- lumpsum versus niet-lumpsum;
- poorter versus ondersteuner;
- specialismen.

Vervolgens hebben wij mogelijke verklaringen voor de honorariumontwikkeling en de verschillen tussen dwarsdoorsneden geanalyseerd en waar mogelijk gekwantificeerd. Hierbij hebben wij gebruik gemaakt van het in figuur 3-2 beschreven analysemodel door de ontwikkeling van ieder element afzonderlijk te berekenen:

- aantal DBC's;
- type DBC's;
- normtijd;
- uurtarief;
- vrijwaring.

In de hierna volgende tabel zijn bovengenoemde correcties en analyses verder uitgewerkt.

Stappenplan – corrigeren en analyseren (2)



Stappenplan – corrigeren en analyseren (3)

Analyse aantal DBC's	Benodigde berekening
Is de toename van het aantal DBC's te verklaren door een toename van de geleverde zorg?	<p>Wij hebben een inschatting gemaakt van de werkelijke volumegroei (die dus niet te wijten is aan betere/meer registratie) door analyse van de ontwikkeling van de FB-parameters. Hiervoor zijn gegevens uit JMV en uit de LMR/LAZR (i.e. behandelingen omgezet naar parameters) gebruikt. Deze analyse kan alleen worden uitgevoerd voor poortspecialismen van algemene en academische ziekenhuizen, omdat ZBC's en ondersteuners geen FB-parameters registreren.</p> <p>Daarnaast is de ontwikkeling van de capaciteit van medisch specialisten onderzocht. De capaciteit geeft niet direct inzicht in aantallen DBC's of parameters, maar geldt als indicator voor een toename van de hoeveelheid geleverde zorg.</p>
Is de toename van het aantal DBC's te verklaren doordat specialisten DBC's anders hebben geregistreerd in 2008?	<p>Om mogelijke wijzigingen in het registratiegedrag van medisch specialisten te onderzoeken hebben wij de verhouding tussen reguliere DBC's (zorgtype 11) en vervolgd-DBC's (zorgtype 21) vergeleken. Deze verhouding geeft inzicht in mogelijk opknipgedrag van medisch specialisten. Een toename van het aantal vervolgd-DBC's kan duiden op een versnelde afsluiting van reguliere DBC's en corresponderende opening van een (extra) vervolgd-DBC.</p>
Analyse type DBC's	Benodigde berekening
Is de toename van de DBC-omzet te verklaren door een verzwaring van de (geregistreerde) behandeling?	<p>Wij hebben de zwaarte van de geregistreerde behandeling vergeleken voor 2007 en 2008 door de behandelcode van de DBC te vertalen naar een behandelsetting: poliklinisch, dagbehandeling of klinisch. Deze verhouding geeft een indicatie of medisch specialisten anders zijn gaan behandelen ten behoeve van een hoger honorarium.</p>

Stappenplan – corrigeren en analyseren (4)



4 – Onderzoeksvraag 1:
“Hoe groot is de honorariumontwikkeling
2007-2008 op macroniveau en per
dwarsdoorsnede?”



4 – “Hoe groot is de honorariumontwikkeling 2007-2008 op macroniveau en per dwarsdoorsnede?”

Inleiding

In dit hoofdstuk beantwoorden wij de eerste onderzoeksvraag: “Hoe heeft het honorarium van de medisch specialist zich in 2008 ontwikkeld ten opzichte van 2007 op macroniveau en op specialismeniveau?” Wij presenteren eerst de resultaten op macroniveau en gaan dan in op de specifieke doorsneden zoals beschreven in hoofdstuk 2:

- per type instelling;
- loondienst versus vrijgevestigd;
- lumpsum versus niet-lumpsum;
- poorter versus ondersteuner;
- per specialisme.

Er worden drie typen instellingen onderscheiden: universitair medische centra (UMC's), algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's).

Specialisten in UMC's zijn altijd in loondienst, in algemene ziekenhuizen kunnen zowel vrijgevestigde specialisten als dienstverbanders werkzaam zijn. Lumpsumdeelnemers zijn in beginsel vrijgevestigde specialisten. De vestigingsvorm van specialisten in ZBC's is niet bekend, daarom is het onderscheid vrijgevestigd-loondienst en lumpsum-niet lumpsum in ZBC's niet gemaakt.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde cijfers zijn het resultaat van de in hoofdstuk 3 beschreven aanpak en daarbij benoemde uitgangspunten, aannames en beperkingen.

Uitkomsten honorariumberekening nadrukkelijk afhankelijk van omzetdefinitie

De honorariumontwikkeling volgens de schadelastdefinitie verschilt in uitkomst van de kasstelseldefinitie. Het is dus zeer bepalend op welke wijze het begrip “omzet” wordt gehanteerd. Wordt hierbij het perspectief van de medisch specialist (kastsel) of van zorgverzekeraars en het Budgettair Kader Zorg (schadelast) aangehouden? Wij verwijzen de lezer naar figuur 2-1 waar de verschillen tussen de omzetdefinities zijn toegelicht.

De verschillen tussen beide omzetdefinities komen tot uiting in de vergelijking van twee jaren. Op de lange termijn zijn de uitkomsten van beide definities gelijk, dan bevatten zij alle DBC's vanaf de invoering van de DBC-systematiek in 2005.

4 – “Hoe groot is de honorariumontwikkeling 2007-2008 op macroniveau en per dwarsdoorsnede?”

Macro honorariumontwikkeling



Honorarium medisch specialisten in 2008 469 miljoen euro (20%) gestegen volgens kasstelseldefinitie en 605 miljoen euro (24%) volgens schadelaststelsel

Het grootste deel van deze macrostijging wordt verklaard door een toename van de DBC-omzet.

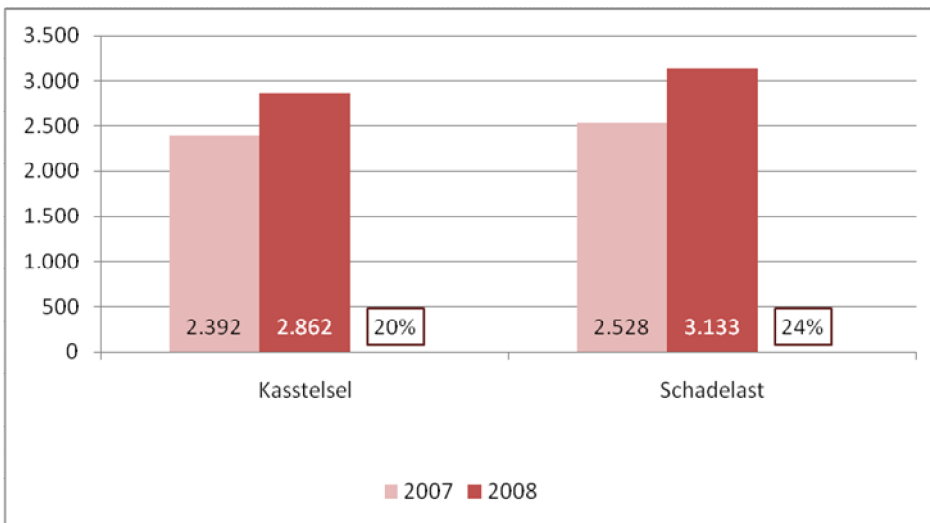
De afschaffing van de lumpsum heeft een dempend effect op het totale honorarium van medisch specialisten, aangezien de vrijwaring als aanvulling op de DBC-omzet in 2008 vervalt.

De procentuele toename is het grootst bij de O(V)P's. De stijging lijkt voor een belangrijk deel te worden verklaard door een betere aanlevering aan

Figuur 4-1: Macro-ontwikkeling honorarium (x € 1 mln en mutatie%)

Type instelling: UMC's, algemene ziekenhuizen, ZBC's

Honorariumcomponent: DBC, O(V)P, vrijwaring



Onderzoek naar honorariaontwikkeling medisch specialisten 2007-2008 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
PricewaterhouseCoopers

DIS. Dit zou niet daadwerkelijk meer honorarium voor medisch specialisten betekenen. Mede gezien de beperkte omvang van dit honorarium, werken wij deze component niet verder uit in onze analyses.

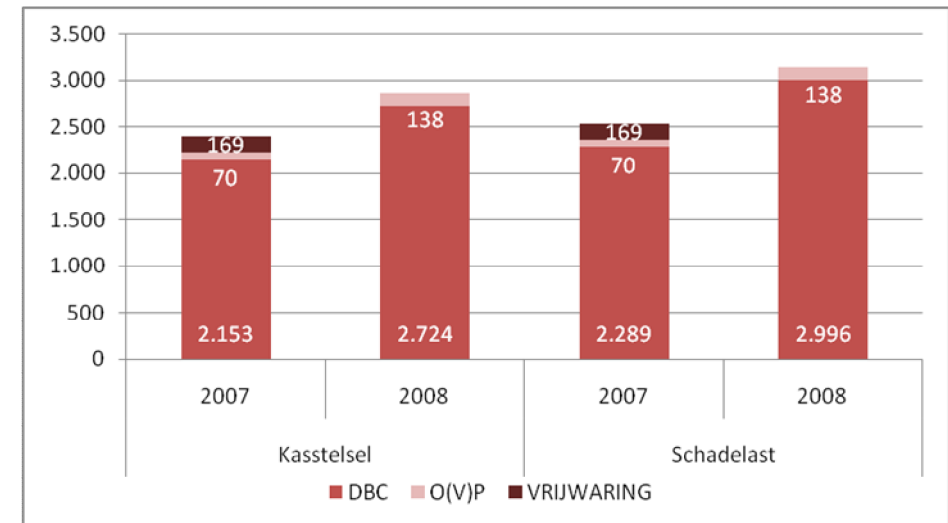
Figuur 4-2: Macro-ontwikkeling per honorariumcomponent (x € 1000)

	Kasstelsel	%	Schadelast	%
DBC	570.454	26%	706.338	31%
O(V)P	67.599	97%	67.599	97%
Vrijwaring	-168.747	-100%	-168.747	-100%
Totaal	469.306	20%	605.190	24%

Figuur 4-3: Macro-ontwikkeling per omzetcomponent (x € 1 mln)

Type instelling: UMC's, algemene ziekenhuizen, ZBC's

Honorariumcomponent: DBC, O(V)P, vrijwaring



4 – “Hoe groot is de honorariumontwikkeling 2007-2008 op macroniveau en per dwarsdoorsnede?”

Honorariumontwikkeling per type ziekenhuis



Honorariumontwikkeling in algemene ziekenhuizen en UMC's in procenten nagenoeg gelijk, relatief grote stijging omzet ZBC's

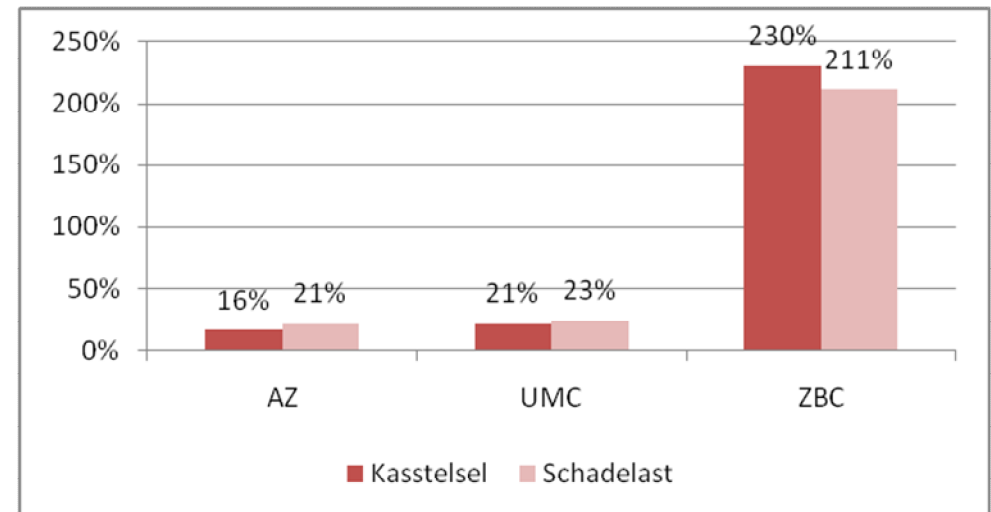
Algemene ziekenhuizen met relatief veel vrijgevestigde medisch specialisten laten niet een grotere stijging zijn dan UMC's met uitsluitend specialisten in loondienst. De vraag is welke combinatie van factoren hieraan te grondslag ligt. Wordt er relatief meer productie in de algemene ziekenhuizen geleverd dat wordt gecompenseerd door een lager prijs- of normtijdontwikkeling? Of wordt er in de UMC's relatief beter geregistreerd, omdat het inzicht in het belang van een goede registratie toe is genomen? Hierop gaan wij in het volgende hoofdstuk in.

Figuur 4-4: honorariumontwikkeling per type ziekenhuis
Honorariumcomponent: DBC, O(V)P, vrijwaring

Mutatie honorarium DBC, O(V)P, vrijwaring	Kasstelsel (x € 1000)	%	Schadelast (x € 1000)	%
AZ	338.981	16%	459.196	21%
UMC	62.201	21%	75.841	23%
ZBC	68.123	230%	70.153	211%
TOTAAL	469.306	20%	605.190	24%

De procentueel grote stijging bij de ZBC's wordt voor ongeveer twee derde verklaard door toename van de O(V)P omzet met 46 miljoen euro. Dit betreft voornamelijk honorarium radiologie. Dit duidt op een betere aanlevering aan DIS en niet op werkelijke meerproductie. Omdat de DIS-gegevens door dit verschil geen betrouwbaar beeld geven van de werkelijke honorariumontwikkeling, en gelet op het geringe aandeel van ZBC's in het totale honorarium, hebben wij de stijging van de O(V)P-omzet in de ZBC's niet nader onderzocht.

Figuur 4-5: honorariumontwikkeling per type instelling
Honorariumcomponent: DBC, O(V)P, vrijwaring



4 – “Hoe groot is de honorariumontwikkeling 2007-2008 op macroniveau en per dwarsdoorsnede?”

Honorariumontwikkeling loondienst versus vrijgevestigd



Honorarium van vrijgevestigde specialisten stijgt in 2008 minder hard dan specialisten in loondienst

Het verschil tussen deze twee groepen specialisten moet worden beoordeeld in het licht van de verschillende bekostiging daarvan.

- Vrijgevestigde specialisten ontvangen honorarium uit DBC's, O(V)P's en vrijwaring.
- Medisch specialisten in loondienst ontvangen salaris, wat in beginsel niet gerelateerd is aan declaraties in DBC's en O(V)P's. Het ziekenhuis als werkgever ontvangt een vergoeding in het ziekenhuisbudget A segment en het gedeclareerde honorarium DBC's en O(V)P in het B segment.

De gepresenteerde uitkomst betreft de vergelijking tussen totale inkomsten van vrijgevestigde medisch specialisten en honorarium DBC/O(V)P van de dienstverbanders.

Figuur 4-6: honorariumontwikkeling loondienst vs. vrijgevestigd
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen

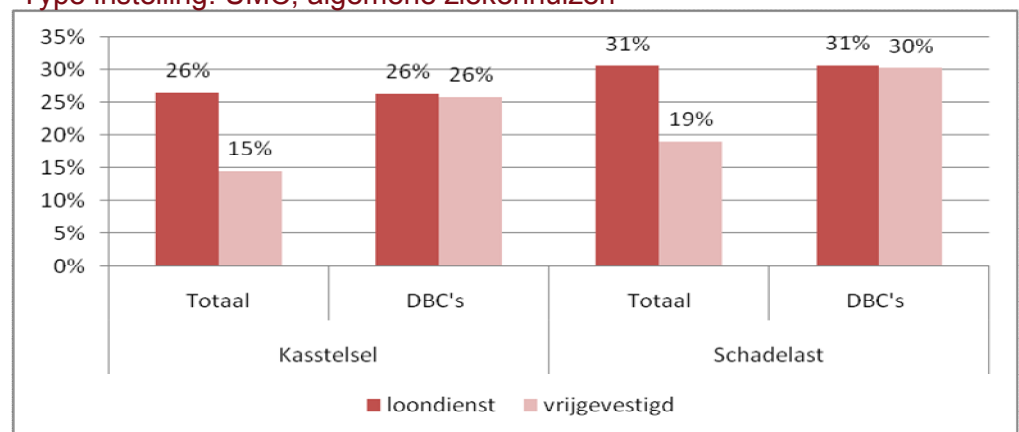
Mutatie honorarium DBC, O(V)P, vrijwaring	Kasstelsel (x € 1000)	%	Schadelast (x € 1000)	%
loondienst	127.815	26%	160.370	30%
vrijgevestigd	273.367	15%	374.666	19%
TOTAAL	401.183	17%	535.037	21%
Mutatie honorarium DBC omzet	Kasstelsel (x € 1000)	%	Schadelast (x € 1000)	%
loondienst	123.013	26%	155.658	31%
vrijgevestigd	425.886	26%	527.094	30%
TOTAAL	548.898	26%	682.752	30%

Het verschil tussen deze twee groepen kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan de afgeschafte vrijwaring bij de vrijgevestigden. Dit effect hebben wij in de tabellen en de grafiek uiteengezet.

Wij gaan hierbij niet nader in op de ziekenhuisinkomsten. Hiervoor zou onder meer de toename van het ziekenhuisbudget door meerproductie (obv parameters) van de specialisten in loondienst en de gemiddelde prijsstijging moeten worden berekend. Dit valt buiten het kader van ons onderzoek.

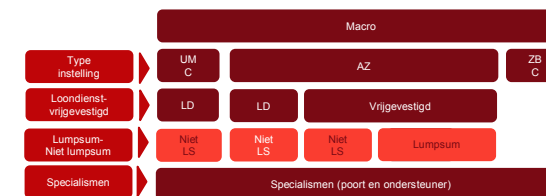
Daarnaast zijn er verschillen per specialisme, zoals in de verandering van uurtarief. Dit sorteert effect wanneer bepaalde specialismen overwegend in loondienst zijn, zoals de kindergeneeskunde. In het volgende hoofdstuk gaan wij in op de effecten van volume en prijs. Specialisten in ZBC's zijn niet meegenomen in deze vergelijking, aangezien er geen gegevens beschikbaar zijn over de vestigingsvorm van specialisten in ZBC's.

Figuur 4-7: honorariumontwikkeling loondienst vs. vrijgevestigd
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen



4 – “Hoe groot is de honorariumontwikkeling 2007-2008 op macroniveau en per dwarsdoorsnede?”

Honorariumontwikkeling lumpsum versus niet-lumpsum



Procentuele toename honorarium lumpsumdeelnemers lager dan niet-lumpsum deelnemers

De uitkomsten en conclusies van deze dwarsdoorsnede zijn vergelijkbaar aan de vergelijking tussen vrijgevestigden en dienstverbanders. De lumpsumdeelnemers beslaan namelijk circa 90% van de vrijgevestigden, in termen van honorarium.

Specialisten in ZBC's zijn niet meegenomen in deze vergelijking, aangezien er geen gegevens beschikbaar zijn over de vestigingsvorm van specialisten in ZBC's.

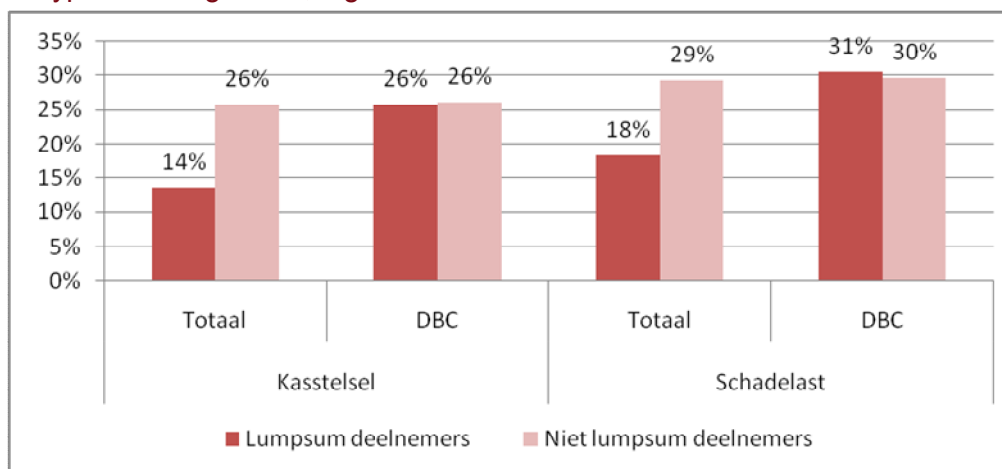
Door de afschaffing van de lumpsum in 2008 is de bekostiging van lumpsumdeelnemers fors veranderd. Deze groep specialisten wordt in 2008 volledig afgerekend op geleverde productie in DBC's, terwijl in 2007 een groot deel van het inkomen werd bepaald door een productieafhankelijk budget. Voor niet-lumpsumdeelnemers, zijnde dienstverbanders en een klein deel van de vrijgevestigde specialisten, heeft een dergelijke majeure verandering niet plaatsgevonden.

Vanwege deze verschillende bekostiging worden in de analysefase van dit onderzoek specifiek de lumpsumdeelnemers en niet-lumpsumdeelnemers met elkaar vergeleken als het gaat om registratiegedrag en uitvoering van zwaar getypeerde DBC's.

Tabel 4-8: honorariumontwikkeling lumpsum- en niet-lumpsumdeelnemers
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen

Mutatie honorarium DBC, O(V)P, vrijwaring	Kasstelsel (x € 1000)	%	Schadelast (x € 1000)	%
Lumpsum	233.001	14%	327.881	18%
Niet-lumpsum	168.182	26%	207.155	29%
TOTAAL	401.183	17%	535.037	21%
Mutatie honorarium DBC omzet	Kasstelsel (x € 1000)	%	Schadelast (x € 1000)	%
Lumpsum	384.153	26%	479.034	31%
Niet-lumpsum	164.745	26%	203.719	30%
TOTAAL	548.898	26%	682.752	30%

Tabel 4-9: honorariumontwikkeling lumpsum- en niet-lumpsumdeelnemers
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen



4 – “Hoe groot is de honorariumontwikkeling 2007-2008 op macroniveau en per dwarsdoorsnede?”

Honorariumontwikkeling poorters versus ondersteuners



Stijging honorarium ondersteunende specialismen procentueel groter dan van poortspecialismen

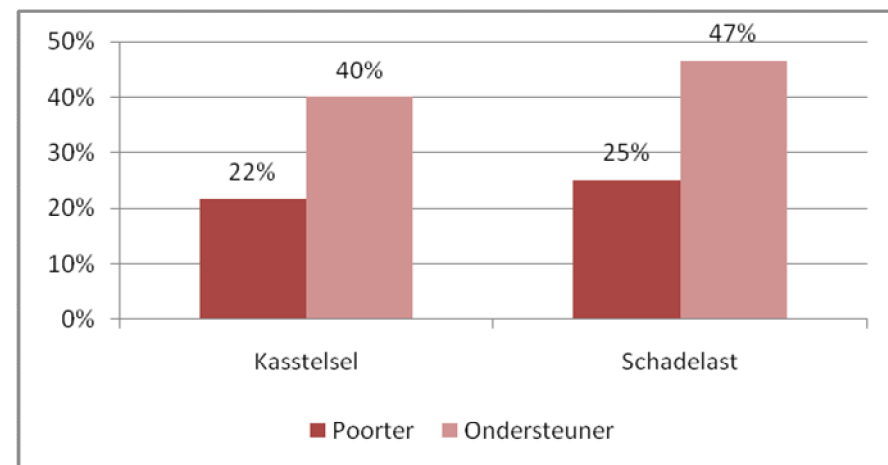
Deze dwarsdoorsnede biedt inzicht in specialismespecifieke factoren, en niet zozeer op het onderscheid tussen vrije vestiging en dienstverband.

Deze uitkomsten geven aanleiding om te concluderen dat het uurtarief of de normtijd van ondersteunende specialismen sterker is gestegen dan van poortspecialismen. In het volgende hoofdstuk gaan wij in op de achtergronden van deze verschillen. Daar gaan wij ook specifiek in op het effect van de wijziging in de ondersteunerscompensatie.

Tabel 4-10: Ontwikkeling DBC-honorarium poorters versus ondersteuners
Type instelling: UMC's, algemene ziekenhuizen, ZBC's
Honorariumcomponent: DBC

Mutatie honorarium	Kasstelsel (x € 1000)	%	Schadelast (x € 1000)	%
Poorter	342.594	22%	419.940	25%
Ondersteuner	227.860	40%	286.398	47%
TOTAAL	570.454	26%	706.338	31%

Figuur 4-11: Ontwikkeling DBC-honorarium poorters versus ondersteuners
Type instelling: UMC's, algemene ziekenhuizen, ZBC's
Honorariumcomponent: DBC



4 – “Hoe groot is de honorariumontwikkeling 2007-2008 op macroniveau en per dwarsdoorsnede?”

Honorariumontwikkeling per specialisme



Grote verschillen in honorariumontwikkeling per poortspecialisme, van -14% tot +136% (schadelast)

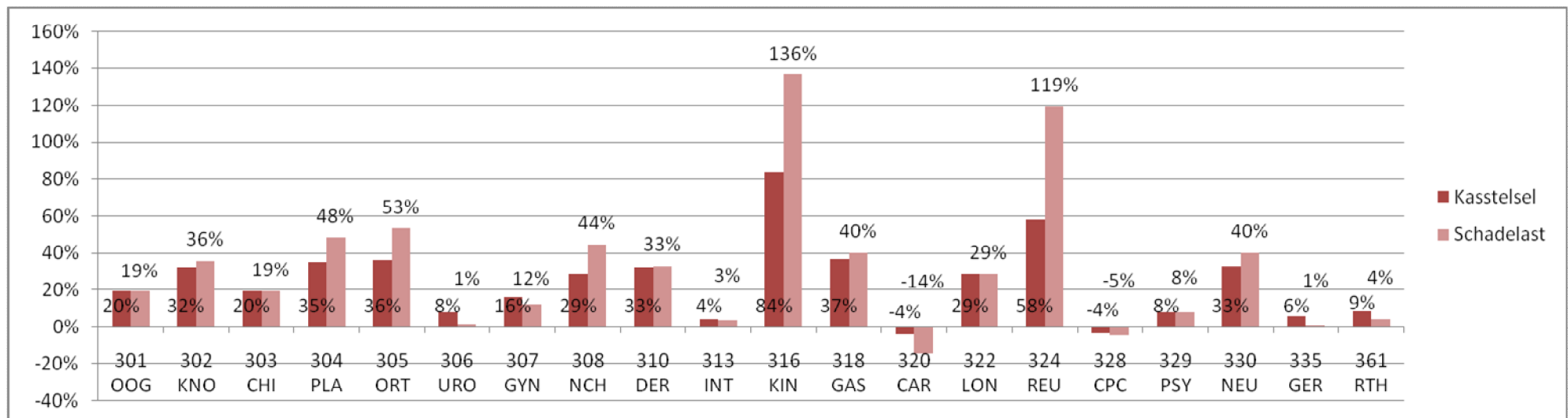
De enorme verschillen tussen specialismen komen voort uit een combinatie van factoren. Deze factoren, zoals verandering in uurtarieven, verandering van normtijd per specialisme en meerproductie analyseren wij in het volgende hoofdstuk. De toename van de kindergeneeskunde is een belangrijke verklaring voor de grote stijging van de dienstverbanders.

De omzetontwikkeling per specialisme is niet een indicatie van de hoogte van het inkomen per specialist. Een sterke toename kan onder meer verklaard worden door een relatief laag uurtarief en honorarium in 2007, zoals bijvoorbeeld voor de kindergeneeskunde.

De honorariumontwikkeling van de ondersteuners kunnen wij niet per specialisme tonen, vanwege het ontbreken van honorariumgegevens in het B segment per specialisme. De vergelijking tussen 2007 en 2008 voor alleen het A segment zou een vertekend beeld geven vanwege de uitbreiding van het B segment in 2008.

De honorariumontwikkeling per specialisme tonen wij alleen in DBC-omzet, dus exclusief O(V)P's en vrijwaring. Hierdoor is een heldere analyse te maken van de invloed van meerproductie van DBC's, een andere registratie van DBC's of toegenomen normtijd per DBC.

Figuur 4-12: Ontwikkeling DBC-honorarium per poortspecialisme ; Type instelling: UMC's, algemene ziekenhuizen, ZBC's ; Honorariumcomponent: DBC



4 – “Hoe groot is de honorariumontwikkeling 2007-2008 op macroniveau en per dwarsdoorsnede?”

Samenvatting

De toepassing van twee omzetdefinities is van grote invloed op de uitkomst van de honorariumontwikkeling. De trend is hetzelfde, namelijk een toename van het honorarium. Voor de definities is de uitkomst:

- 605 miljoen euro (24%) volgens schadelaststelsel
- 469 miljoen euro (20%) volgens kasstelseldefinitie

Het honorarium van vrijgevestigde medisch specialisten is toegenomen met:

- 374 miljoen euro inclusief vrijwaring (19%) volgens schadelaststelsel
- 273 miljoen euro inclusief vrijwaring (15%) volgens kasstelseldefinitie

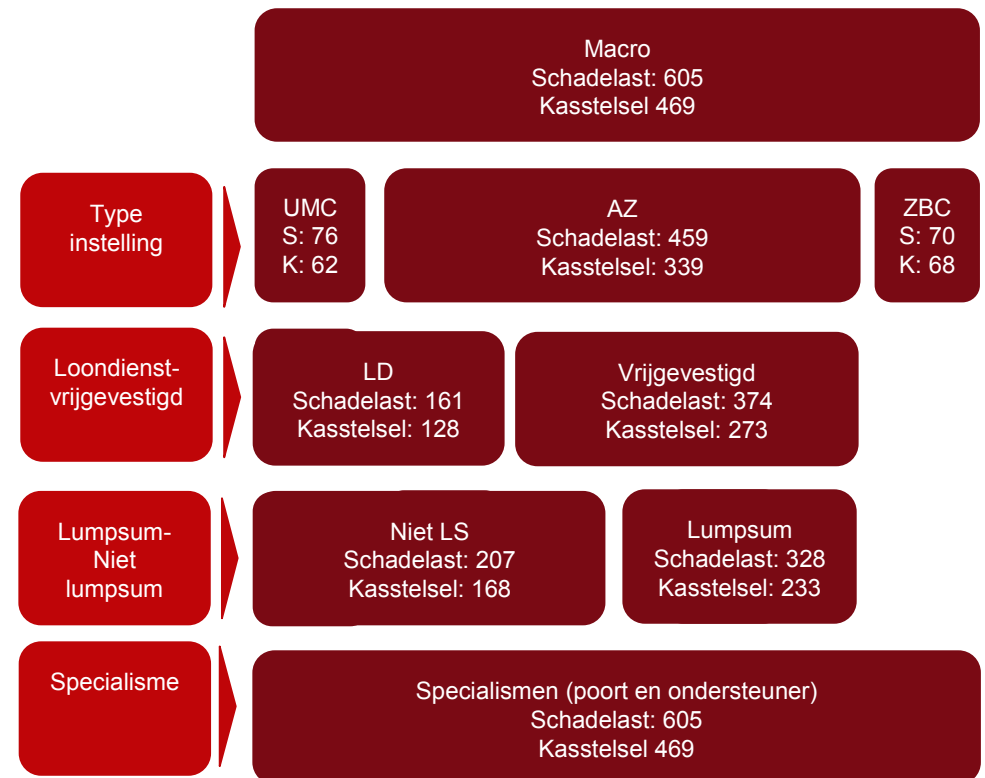
De procentuele toename van algemene ziekenhuizen en UMC's is vrijwel gelijk. ZBC's zijn de grootste procentuele stijgers, maar maken een klein onderdeel uit van het totale honorarium: impact op totale ontwikkeling is klein.

De procentuele toename van honorarium dienstverbanders en van niet-lumpsumdeelnemers is groter dan van vrijgevestigden en lumpsumdeelnemers. Een belangrijke oorzaak van dit verschil is de vrijwaring van de vrijgevestigde lumpsumdeelnemers. De ontwikkeling van het honorarium van uitsluitend DBC's is vergelijkbaar tussen de groepen.

Ondersteunende specialisten vertonen een grotere procentuele honorarium ontwikkeling dan poortspecialismen.

Er zijn grote verschillen in honorariumtoename per specialisme. Dit duidt op specifieke invloeden per specialisme. De grote stijging bij kindergeneeskunde is een verklaring van de toename bij de honoraria van dienstverbanders.

Tabel 4-14: macro honorariumontwikkeling onderverdeeld per dwarsdoorsnede (x € 1 mln)



5 – Onderzoeksvraag 2:
“Wat zijn verklaringen voor de
honorariumontwikkeling?”



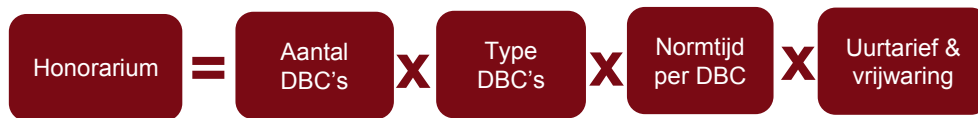
5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Inleiding

In hoofdstuk 4 hebben wij de stijging van het honorarium van medisch specialisten zowel op macroniveau als per segment gepresenteerd. In dit hoofdstuk beschrijven wij onze bevindingen en conclusies ten behoeve van de vraag: 2: “Welke mogelijke verklaringen liggen ten grondslag aan de resultaten van vraagstelling 1?”

Hiervoor maken wij gebruik van ons analysemodel (zie ook hoofdstuk 3):

Figuur 5-1: analysemodel



In de komende paragrafen analyseren wij de impact van wijzigingen in ieder van de in het analysemodel beschreven elementen van honorarium. Waar mogelijk kwantificeren wij deze impact zodat wij uiteindelijk tot een totaaloverzicht komen van factoren die hebben bijgedragen aan de honorariumontwikkeling.

De volgorde waarin wij de verschillende componenten behandelen is als volgt:

- aantal DBC's;
- type DBC's;
- normtijd per DBC;
- uurtarief en vrijwaring.

5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Aantal DBC's (1)

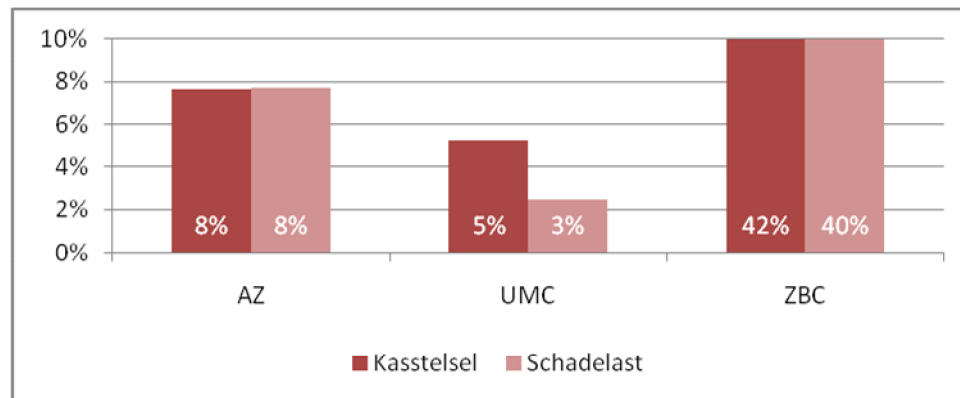
DBC-aantallen in 2008 met 8% gestegen

De toename van het aantal DBC's in de algemene ziekenhuizen is groter dan in de UMC's. Hier staat tegenover de uitkomst van de honorariumontwikkeling, waarin de UMC's iets meer zijn gestegen dan de algemene ziekenhuizen. Dit betekent dat er andere factoren van invloed zijn op het honorarium in de UMC's. Als het niet ligt aan een volumefactor, dan moet het in de prijsfactoren worden gezocht, zoals de afschaffing van de vrijwaring die zich alleen manifesteert in algemene ziekenhuizen.

De toename van het aantal DBC's is procentueel het grootst in de ZBC's. Aannemelijk is dat een deel van de toename van circa 40% is toe te schrijven aan een verbeterde aanlevering aan DIS.

Figuur 5-2: toename aantal DBC's

Type instelling: UMC's, algemene ziekenhuizen, ZBC's



De ontwikkeling van het aantal DBC's kan de uitkomst zijn van enerzijds de werkelijke hoeveelheid geleverde zorg maar anderzijds met de wijze van registratie. Wij stellen daarom de volgende vragen: Is de toename van de productie het gevolg van:

- werkelijke meerproductie?
- een betere aanlevering door instellingen aan DIS?
- een splitsing van DBC's in initiële DBC's en vervolg-DBC's?
- een betere registratie van DBC's?

5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

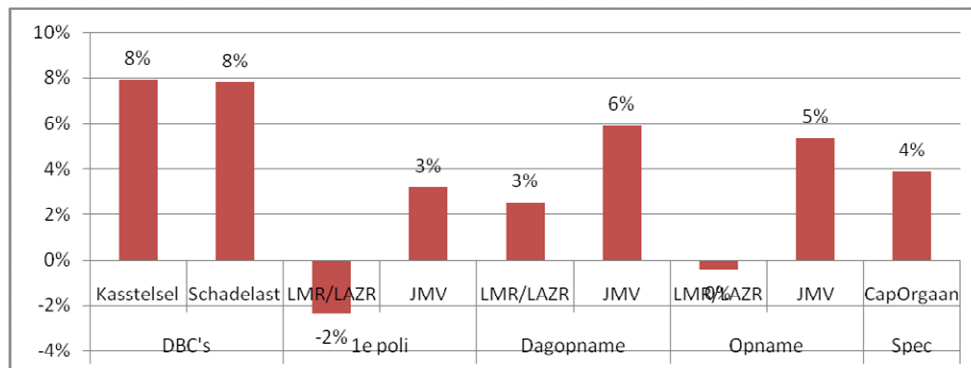
Aantal DBC's (2)

Toename van aantal DBC's voornamelijk verklaard door werkelijke meerproductie

Om onderscheid te kunnen maken tussen daadwerkelijk meer geleverde zorg en eventuele verbeteringen in de registratie of aanlevering van DBC's hebben wij het volume (aantal DBC's) in het DIS afgezet tegen andere volumeparameters. Doordat deze parameters al jaren in de ziekenhuizen worden geregistreerd, geven zij een relatief constant beeld van de hoeveelheid geleverde zorg.

De ontwikkeling van DBC's volgens DIS is een paar procentpunten hoger dan de andere databronnen, circa 8% versus 4 à 5%. Voor een deel wordt dit verklaard door de betere aanlevering aan DIS door ZBC's. De resterende 2 à 3% kan voortkomen uit de verschillende definities in de gegevensbronnen, maar ook door registratiegedrag of aanlevergedrag.

Figuur 5-3: vergelijking stijging DBC's met andere volumebronnen
 DBC's/Specialisten: UMC's, algemene ziekenhuizen, ZBC's
 JMV/LMR/LAZR: UMC's, algemene ziekenhuizen



Onderzoek naar honorariaontwikkeling medisch specialisten 2007-2008 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 PricewaterhouseCoopers



Vergelijking met andere DBC-bronnen biedt indicatie van licht verbeterde aanlevering aan DIS

De toename van het aantal DBC's uit DIS is een paar procentpunten hoger dan de DBC-toename uit de rapportages van Vektis en JMV. Gegeven de verschillen in bron en definitie tussen deze databronnen biedt het verschil tussen DIS met Vektis en JMV een indicatie van een licht verbeterde aanlevering aan DIS. De Vektis- en JMV- rapportages worden namelijk niet beïnvloed door een aanleverproces met beperkte handhaving, zoals dat voor DIS wel het geval is. Een betere registratie van DBC's in de ziekenhuizen zal echter in alle drie de databronnen tot een toename van het aantal DBC's leiden.

Een betere aanlevering aan DIS betekent niet dat er meer honorarium c.q. schade is ontstaan in 2008, maar dat het DIS een betere dekking biedt van de werkelijk uitgevoerde zorg. Dit kan ertoe leiden dat de berekening van de honorariumstijging in 2008 op basis van de DIS-gegevens in beperkte mate hoger is dan de werkelijke honorariumstijging.

Figuur 5-4. toename aantal DBC's met andere DBC-bronnen
 Vektis: UMC's, algemene en categorale ziekenhuizen, ZBC's
 JMV: UMC's en algemene ziekenhuizen
 PwC: UMC's, algemene ziekenhuizen, ZBC's

Rapportage	Bron	Mutatie zonder correctie SEH	Mutatie na correctie SEH
Vektis	IZIZ	-4%	4%
JMV	Jaarverslagen ziekenhuis	-4%	niet bekend
PwC	DIS	-1%	8%

5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

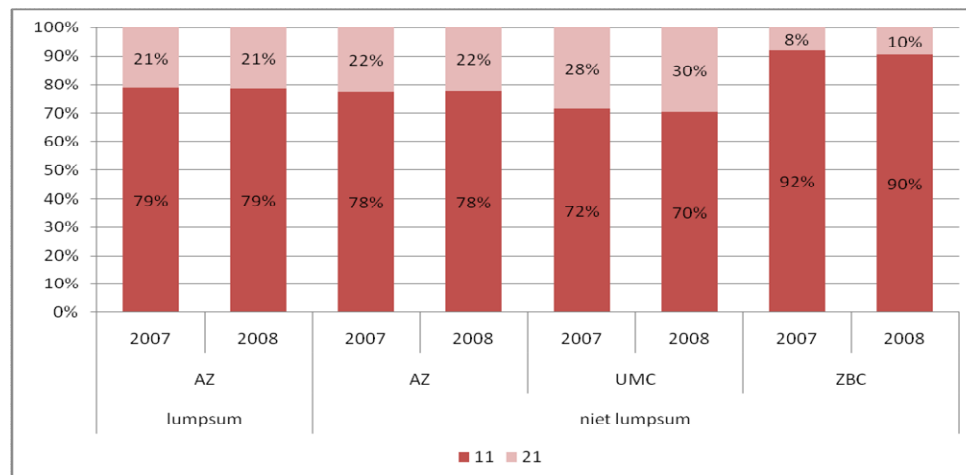
Aantal DBC's (3)

Geen aanwijzingen gevonden voor een toename van vervolg-DBC's als indicatie van opknipgedrag

Een mogelijke oorzaak van de toename van het aantal DBC's tussen 2007 en 2008 is dat medisch specialisten een behandeling "opknippen" in meerdere (vervolg-)DBC's. Dit gedrag zou tot uiting moeten komen in een toegenomen aandeel vervolg-DBC's.

Uit onze analyse van de verhouding tussen initiële DBC's (zorgtype 11) en vervolg-DBC's (zorgtype 21) kunnen wij niet concluderen dat er behandelingen meer zijn geknipt in 2008 dan in 2007.

Figuur 5-5: verhouding initiële en vervolg-DBC's op basis van einddatum
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's



Het gelijk blijven van de verhouding tussen initiële en vervolg-DBC's in 2007 en 2008 geldt ook voor de lumpsumdeelnemers. Daarmee vinden wij geen aanwijzing dat specialisten met een relatief groot financieel belang voor meerproductie op administratieve wijze meerproductie "registreren."

De verhouding tussen initiële en vervolg verschilt wel tussen UMC's en algemene ziekenhuizen. Zo is in figuur 5-5 te zien dat UMC's een relatief groot aandeel vervolg-DBC's registreren. Dit past bij de, naar verwachting, meer complexe zorgvraag.

5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Aantal DBC's (4)

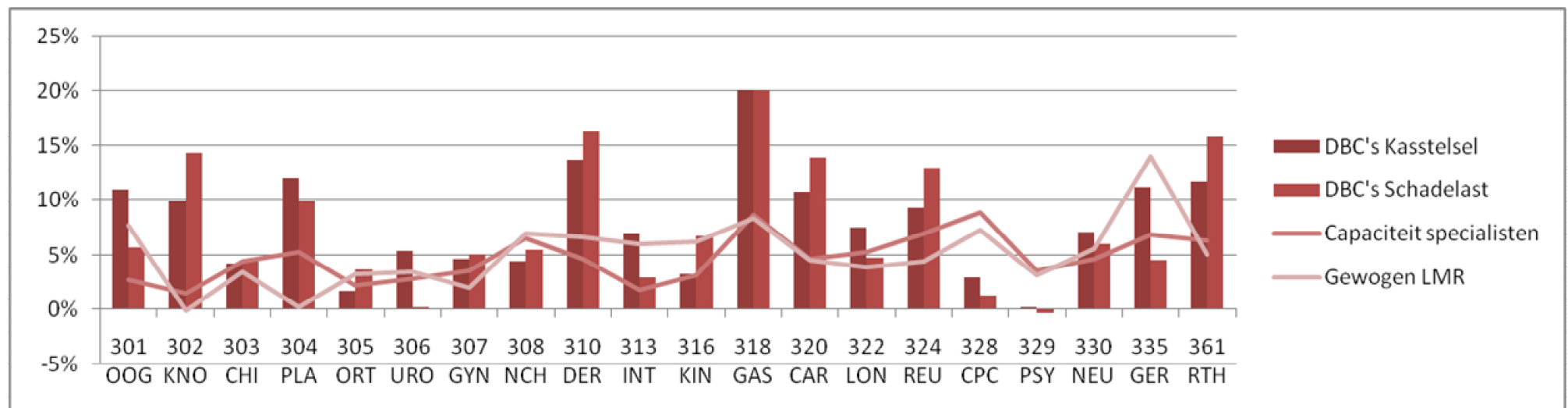


Geen eenduidige aanwijzing gevonden voor verbeterde registratie van DBC's

Een grotere toename van het aantal DBC's ten opzichte van andere volumeparameters geeft een indicatie van een betere vulling van DIS, zijnde een betere aanlevering van ziekenhuizen aan DIS of een betere registratie van DIS in de ziekenhuizen. De vergelijking op macroniveau geeft een indicatie van betere aanlevering aan DIS. Een betere registratie zou op specialismenniveau tot uiting kunnen komen. Op specialismenniveau is tussen de ontwikkeling DBC's, capaciteit en gewogen LMR/LAZR echter geen eenduidigheid te constateren. Daarmee vinden wij op grond van de ons beschikbare gegevens geen concrete aanwijzing voor een verbeterde registratie.

Een alternatieve verklaring voor de verschillen kan zitten in de definities van de registraties. De NZa constateert in de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 vergelijkbare verschillen tussen DBC's en LMR/LAZR-parameters. Hiervoor wordt een aantal verklaringen aangedragen, zoals het toename van aantal opnamen die niet gepaard gaat met een toename van DBC's, of een mogelijke verschuiving van behandelingen van ziekenhuizen naar ZBC's (ZBC's leveren geen LMR/LAZR-data aan). De NZa schrijft nader onderzoek te gaan doen naar de verschillen tussen deze gegevensbronnen.

Figuur 5-6: ontwikkeling van volumeparameters per poortspecialisme ; Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's



5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Type DBC's

Geen aanwijzing gevonden voor een verschuiving van poliklinische naar klinische productie als indicatie van een verzwaring van DBC's

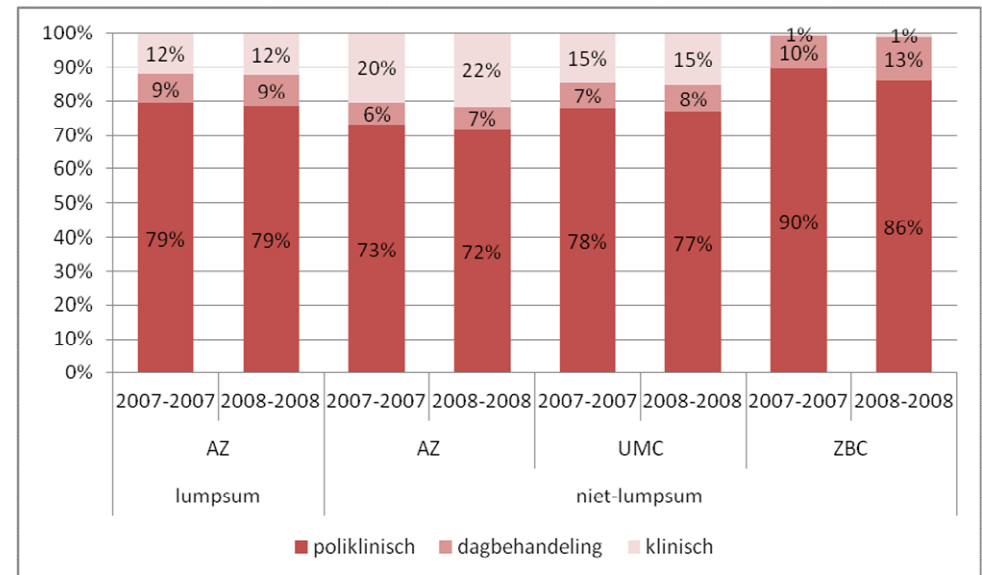
Wij hebben de eventuele verzwaring van DBC's in 2008 onderzocht door een berekening van de verhouding in de behandelsetting: poliklinisch, dagbehandeling en klinisch.

Zowel het beeld op macroniveau als dat van de verschillende dwarsdoorsneden laat zien dat deze verhouding in 2007 en 2008 nagenoeg gelijk is gebleven. Voor de lumpsumdeelnemers geeft de overgang van een budgetsystematiek naar de ongebudgetteerde DBC-systematiek een financiële prikkel om in 2008 zwaardere en duurdere DBC's te leveren dan in 2007. Toch kunnen we geen substantieel verschil constateren tussen verschillende specialistengroepen. Ook vinden wij geen aanwijzing tussen UMC's, waarin alleen dienstverbanders werkzaam zijn, en algemene ziekenhuizen, waar voornamelijk vrijgevestigden werkzaam zijn. Op grond van deze vergelijking concluderen wij dat er geen verschuiving heeft opgetreden in de behandelsetting tussen 2007 en 2008.

Andere mogelijke veranderingen in zorgzwaarte, bijvoorbeeld een verschuiving van de behandeling binnen dezelfde setting of een toename van het aantal uitgevoerde verrichtingen, hebben wij niet onderzocht. Wel hebben wij de ontwikkeling van de gemiddelde normtijd per DBC berekend (zie volgende paragraaf).



Figuur 5-7: verhouding behandelsetting van DBC's
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's



5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Normtijd (1)

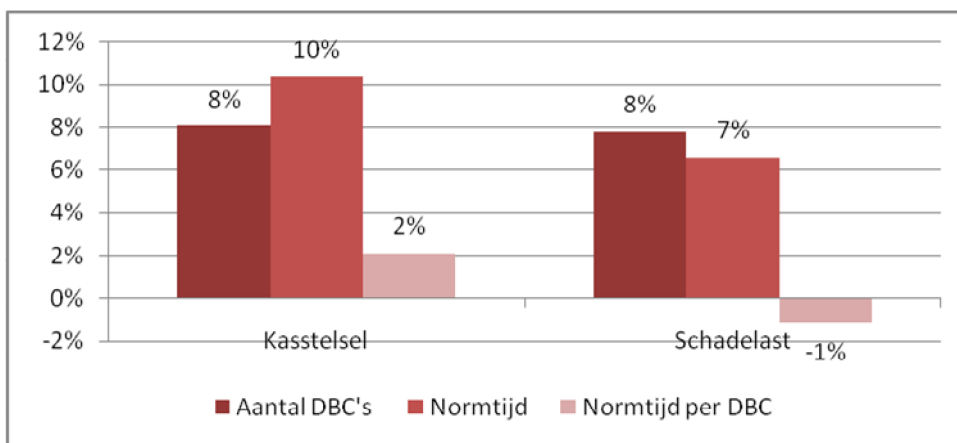


Gemiddelde toename van normtijd vergelijkbaar met gemiddelde toename aantal DBC's

Als derde mogelijk verklarend element van de stijging van de honoraria in 2008 analyseren wij de invloed van de totale normtijd en de normtijd per DBC.

Deze uitkomst betekent dat de gemiddelde normtijd per DBC op macroniveau nauwelijks is veranderd. Op specialismeniveau zijn er wel grote veranderingen zichtbaar in de toename van normtijden ten opzichte van de toename van productie.

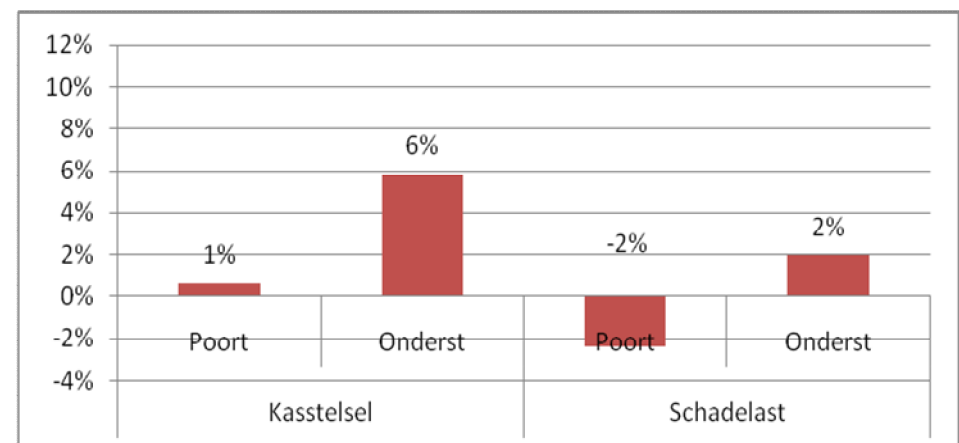
Figuur 5-8: ontwikkeling gemiddelde normtijd per DBC
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's



Sterkere toename normtijd per DBC voor ondersteuners dan voor poorters

De gemiddelde normtijd van poortspecialisme lijkt licht te dalen. Dit onderschrijft onze bevindingen van de typering van DBC's. Dat wil zeggen, dat wij geen aanwijzing vinden dat gemiddeld genomen door poortspecialismen zwaardere DBC's zijn uitgevoerd in 2008.

Figuur 5-9: ontwikkeling gemiddelde normtijd/ DBC poort-ondersteuner
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's



5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Normtijd (2)



Oorzaak grote verschillen in normtijd per DBC per poortspecialisme niet eenduidig vast te stellen

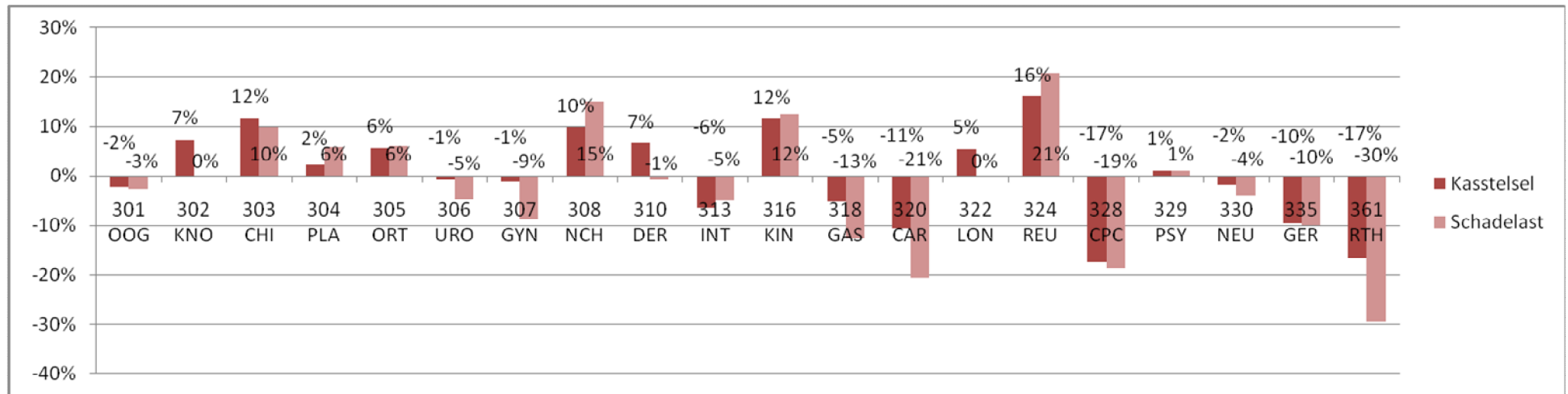
De spreiding van de gemiddelde normtijd tussen de poortspecialismen is groot, variërend van -20% bij cardiologie tot bijna +20% bij reumatologie.

Hiervoor zijn meerdere verklaringen mogelijk, die zijn terug te voeren op de veranderingen in productstructuur en registratieregels in 2008. Belangrijke wijzigingen tussen 2007 en 2008 die zijn verwerkt in de normtijd zijn:

- afschaffing SEH-DBC's (zorgtype 12);
- herverdeling van normtijd ten gevolge van daling aantal DBC's door uitbreiding B-segment;
- introductie top 40;
- uitkomsten van de rondrekening 2007;
- enkele specialismespecifieke wijzigingen.

Figuur 5-10: ontwikkeling normtijd per DBC per poortspecialisme
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's

Wij hebben geen diepere analyse op deze mogelijke oorzaken uitgevoerd.



5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Normtijd (3)



Toename van normtijd ondersteuners lijkt volledig verklaard door toename ondersteunerscompensatie

De factor voor ondersteunerscompensatie is in 2008 voor zes specialismen toegenomen. De factor dient ter correctie van de onder- of overregistratie van verrichtingen van ondersteuners in het zorgprofiel van een DBC. De toename van de factor in 2008 is specialismespecifiek, bij medische microbiologie is dat bijvoorbeeld het gevolg van een overheveling van verrichtingen naar klinische chemie.

Figuur 5-11: wijziging factor ondersteunerscompensatie

	Factor 2007	Factor 2008	Toename factor
RAD	1,300	1,494	15%
NCL	1,432	2,275	59%
KCL	-	1,315	-
MMB	2,180	2,985	37%
PAT	1,667	2,400	44%
ANE	0,891	0,900	1%

Op grond van de toename van de factoren per specialisme (meer dan 15% voor vijf specialismen) is het zeer aannemelijk dat de ondersteunerscompensatie de toename van de normtijd van ondersteuners (2% tot 6%) verklaart. Het exacte effect van de toename van de ondersteunerscompensatie op het honorarium van de ondersteuners hebben wij niet kunnen vaststellen. Hiervoor is een analyse nodig van het werkelijke aantal verrichtingen per DBC en daarmee de validiteit van de ondersteunerscompensatie. Dit valt buiten de scope van ons onderzoek.

5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Uurtarief en vrijwaring (1)

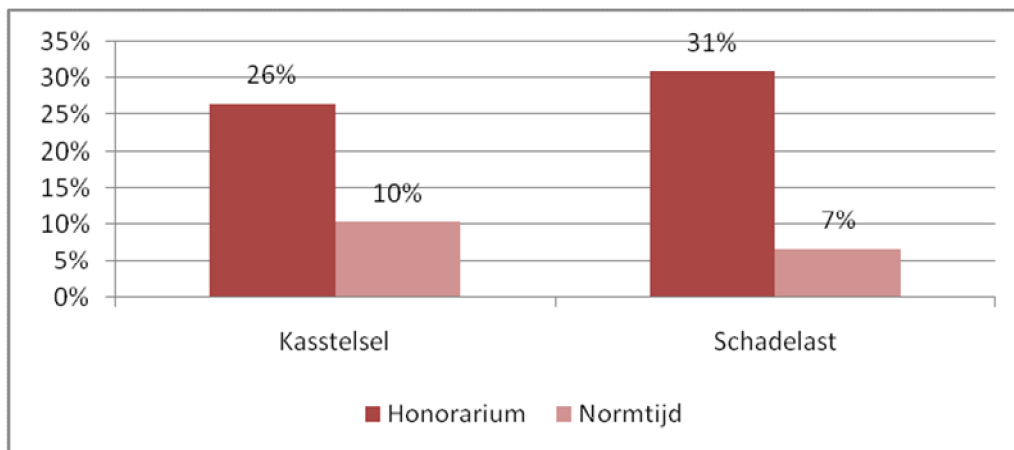


Invoering normatief uurtarief heeft grote invloed op honorariumontwikkeling

De invloed van het uurtarief is inzichtelijk door de ontwikkeling van het honorarium te vergelijken met de ontwikkeling van de normtijd. Het verschil betreft de impact van de invoering van een normatief uurtarief in 2008 en de afschaffing van de vrijwaring voor lumpsumdeelnemers.

De kleinere stijging volgens de kasstelseldefinitie komt voort uit de toepassing van een andere set van DBC's. Omdat de kasstelseldefinitie uitgaat van gesloten DBC's, bevat die omzet voor 2008 zowel DBC's met het oude als het nieuwe uurtarief. Het gemiddelde uurtarief 2008 in figuur 5-13 van € 127 is daarom lager dan het normatieve uurtarief van € 135,50.

Figuur 5-12: impact uurtarief: honorarium DBC's versus normtijd
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's

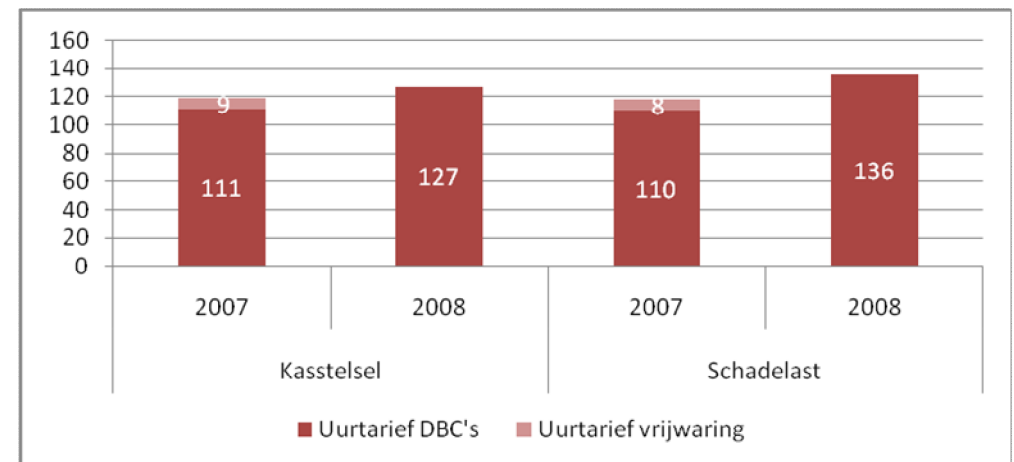


Onderzoek naar honorariaontwikkeling medisch specialisten 2007-2008 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
PricewaterhouseCoopers

Gemiddeld uurtarief DBC's stijgt met 15% (kasstelsel) tot 23% (schadelast), afschaffing lumpsum dempt stijging met 9 procentpunt

Het prijseffect in de honorariumontwikkeling dient in samenhang met de afschaffing lumpsum te worden beoordeeld. De vrijwaring is immers een aanvulling op het honorarium van vrijgevestigde specialisten ter compensatie van tariefsdalingen vanaf 1994. Het honorarium vrijwaring (169 miljoen euro) is daarvoor als een aanvullende vergoeding per uur uitgedrukt in 2007. Door de afschaffing van de lumpsum vervalt deze vergoeding per uur in 2007, waardoor een toename van het uurtarief resteert van 6% (kasstelsel) tot 14% (schadelast).

Figuur 5-13: effect vrijwaring op de ontwikkeling van gemiddeld uurtarief
Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's



5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Uurtarief en vrijwaring (2)



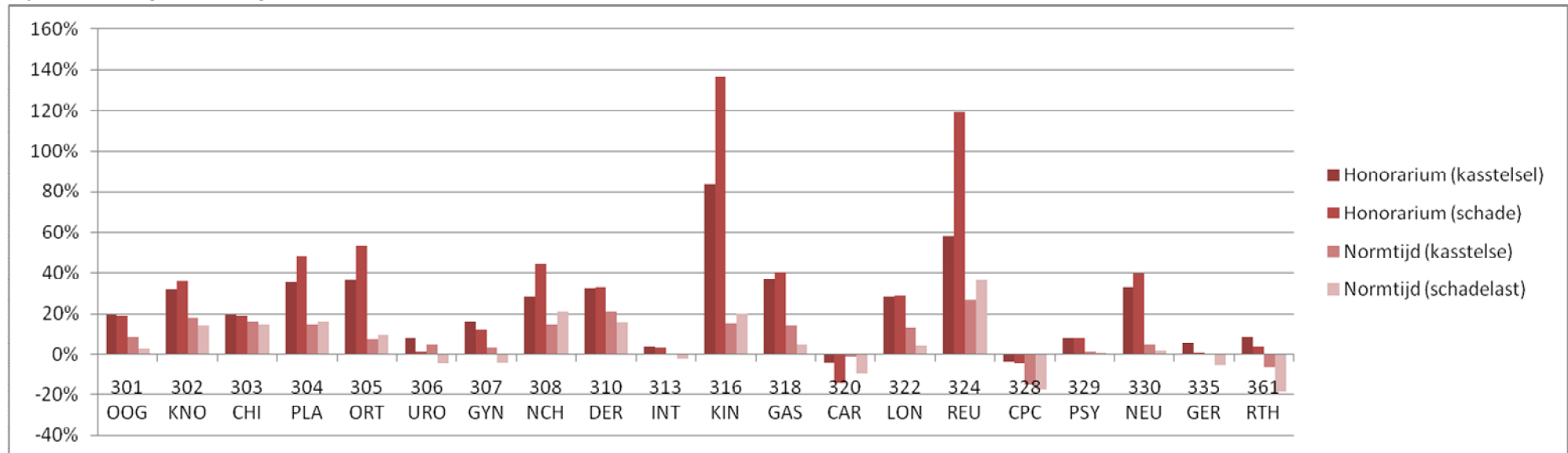
Verschillen in honorariumontwikkeling per specialisme voor groot deel verklaard door uurtarief

In 2007 kenden alle specialismen in het A-segment een eigen uurtarief, in het B segment gold een uniform, macroneutraal uurtarief van € 147,50, zie appendix 7. In 2008 werd het normatief onderbouwd uurtarief van € 135,50 ingevoerd. Hoe lager het uurtarief voor een specialisme in 2007, hoe groter de verwachte honorariumontwikkeling voor dat specialisme. Op grond van het uurtarief in het A segment zal het honorarium in 2008 van kindergeneeskunde sterk toenemen en van medische microbiologie afnemen.

De honorariumontwikkeling van de ondersteuners kunnen wij niet per specialisme tonen, vanwege het ontbreken van het honorarium in het B segment per specialisme. De vergelijking tussen 2007 en 2008 van alleen het A segment zou een vertekend beeld geven door de uitbreiding van het B segment in 2008.

Figuur 5-14: impact uurtarief is verschil tussen mutatie honorarium DBC's en mutatie normtijd per poortspecialisme

Type instelling: UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's



5 – Wat zijn verklaringen voor de honorariumontwikkeling?

Samenvatting

Het aantal DBC's is met 8% toegenomen. Deze toename betreft voornamelijk werkelijke meerproductie (4 a 5%). Het restant is waarschijnlijk een combinatie van betere aanlevering aan DIS en een betere registratie in de ziekenhuizen en ZBC's. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor een toename van vervolg-DBC's als indicatie van opknipgedrag.

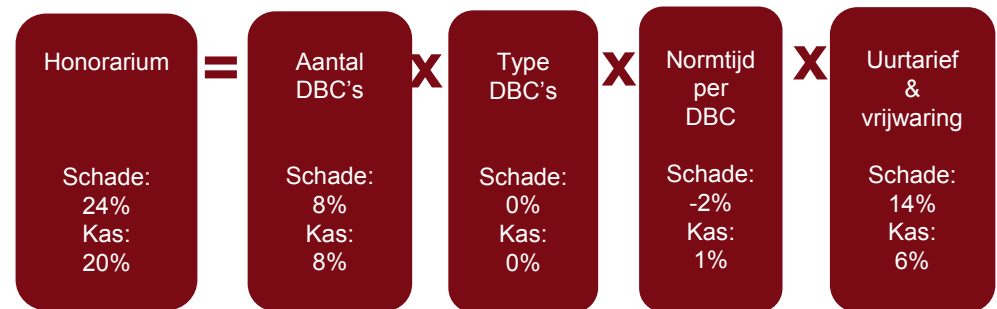
Er zijn geen aanwijzingen gevonden van een verzwaring van DBC's, zoals een verschuiving van poliklinische naar klinische productie of een toename van de normtijd per DBC.

Er is een beperkte toename van de gemiddelde normtijd per DBC. Er is wel een sterkere toename bij ondersteuners dan bij poortspecialismen. De sterkere toename wordt verklaard door de factor ondersteunerscompensatie. Verschillen tussen poortspecialismen zijn niet eenduidig te verklaren.

De invoering van het normatief uurtarief in 2008 heeft een grote impact op de toename van het honorarium. Het gemiddeld uurtarief in DBC's stijgt met 15% (kasstelsel) tot 23% (schadelast). Verschillen in honorariumontwikkeling per specialisme zijn daarmee voor een groot deel verklaard door het uurtarief.

De ontwikkeling van het uurtarief dient in samenhang met de vrijwaring te worden beschouwd. Door de afschaffing van de lumpsum vervalt deze vergoeding over 2007, die als een aanvulling op het uurtarief kan worden beschouwd, waardoor een toename van het uurtarief resteert van 6% (kasstelsel) tot 14% (schadelast).

Figuur 5-15: samenstelling van de macro honorariumontwikkeling (x € 1 mln)



Appendices

Appendix 1 – Segmentering

De DIS-data zijn gesegmenteerd naar de volgende dwarsdoorsneden (zie ook figuur 2-3):

- per type instelling (UMC, algemene ziekenhuizen, ZBC's);
- naar loondienst versus vrijgevestigd;
- naar lumpsum versus niet lumpsum;
- per specialisme.

De verdeling per type instelling en per specialisme is uitgevoerd aan de hand van de AGB-code per instelling en per specialisme. Categorale centra vallen buiten de scope van dit onderzoek en zijn daarom niet meegenomen als type instelling. Ook houden wij in ons onderzoek geen rekening met extramurale specialisten en solisten.

De onderverdeling naar lumpsum-niet lumpsum en vrijgevestigd-dienstverband is gebaseerd op een opgave van de NZa. Deze opgave bevat:

- de lumpsumdeelnemers per specialisme per ziekenhuis;
- de specialismen per ziekenhuis waarvoor een loonkostencomponent in de rekenstaat is opgenomen.

Het blijkt dat sommige specialismen zowel als lumpsumdeelnemer als dienstverbander zijn benoemd, een combinatie die in beginsel niet mogelijk is. In een aantal gevallen is dit verklaarbaar. Het specialisme interne geneeskunde of anesthesiologie kan bijvoorbeeld deelnemen aan de lumpsum, maar een internist-intensivist of anesthesioloog-intensivist kan in loondienst zijn. Daarnaast geeft het overzicht van dienstverbanders in het ziekenhuisbudget een onderschatting van de ondersteuners, omdat deze onvoldoende tot uiting komen in de rekenstaat.

Daarom is per specialisme per ziekenhuis, waarbij deze strijdigheid optreedt, een inschatting gemaakt in welk segment het specialisme geplaatst dient te worden. Deze inschatting is gemaakt door een specialisme als “vrijgevestigd” of “loondienst” te typeren, op basis van de meest voorkomende indeling van de specialismen zonder strijdigheid. De interne geneeskunde wordt bijvoorbeeld als vrijgevestigd aangeduid, omdat dit voor het merendeel van deze praktijken geldt. Wij hebben hiervoor geen specifiek onderzoek bij individuele ziekenhuizen gedaan.

De onderverdeling naar vrijgevestigd-dienstverband maken wij dus mede op basis van de lumpsuminformatie. Aangezien de lumpsum is afgeschaft in 2008 ontbreekt dit referentiekader voor 2008. Voor dit onderzoek gaan wij er daarom vanuit dat de segmentering in 2007 niet afwijkt van 2008.

Appendix 2 - Aanvullingen en ordeningen van de dataset (1)

Extrapolatie van DBC's met einddatum 2008

Wij hebben geconstateerd dat de DBC's met einddatum 2008 in de dataset onvolledig zijn, omdat nog niet alle DBC's die zijn afgesloten in 2008 zijn aangeleverd aan DIS voor augustus 2009. Daarom extrapoleren wij deze DBC's op basis van DBC's met einddatum 2007.

De DBC's 2008 hebben in onze dataset een maximale aanleverperiode van 19 maanden en een minimale aanleverperiode van 7 maanden. Na 19 maanden blijken circa 99,86% van de DBC's 2007 aangeleverd aan DIS, na 7 maanden is dit 90,04%, zie figuur A6.1. Dit zou betekenen dat er minimaal 0,14% en maximaal 9,96% aan DBC's 2008 bij geschat moet worden.

Belangrijk voor deze extrapolatie is dat het aanleverpatroon en de kenmerken van de DBC's 2007 vergelijkbaar zijn met DBC's 2008. Als 2008 niet gelijk is aan 2007 zouden we kunnen onder- of overschatten.

Figuur A6-1: Aanlevering van DBC's aan DIS

Jaar	Aanleverperiode	Aangeleverde DBC's	% aangeleverd tov jaartotaal	Gemiddelde aanleverduur
2007	30 maanden	15.282.795	100,00%	3,91 maanden
2007	19 maanden	15.261.447	99,86%	3,88 maanden
2007	7 maanden	13.760.273	90,38%	3,15 maanden
2008	19 maanden	14.871.634	100,00%	4,26 maanden
2008	7 maanden	12.180.757	81,86%	3,02 maanden

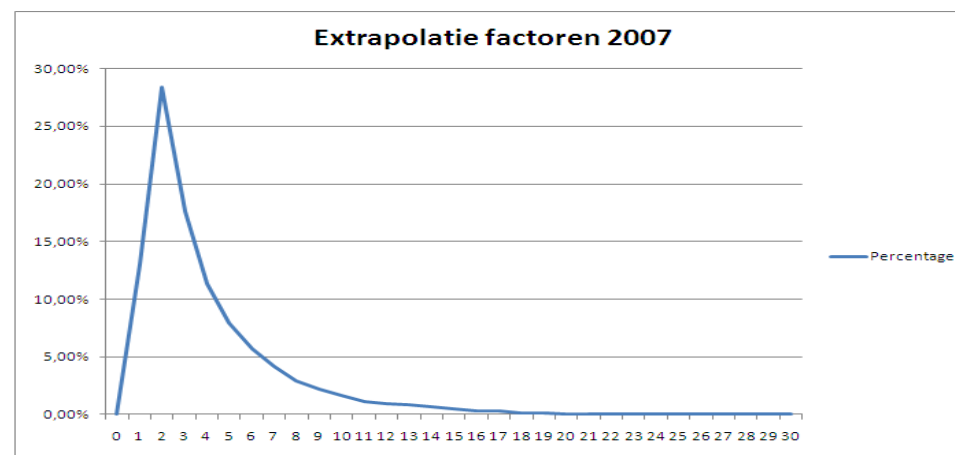
Daarom hebben wij de volgende zaken onderzocht:

- aanleverpatroon 2007 en 2008;
- aanleversnelheid 2007 en 2008 (periode tussen aanleverdatum en einddatum);
- doorlooptijd medisch proces (periode tussen begindatum en einddatum);
- afsluitgedrag bij afschaffing lumpsum (periode jaarwisseling 2007-2008).

Om de data te extrapoleren is het percentage bepaald hoeveel records er nog aangeleverd worden na een bepaald aantal maanden. Figuur A6.2 laat deze percentages zien.

Vervolgens zijn deze percentages gekoppeld aan de DIS data en zijn de hoeveelheden DBC's met einddatum 2008 hiermee vermenigvuldigd.

Figuur A6-2: Aanleverpatroon 2007

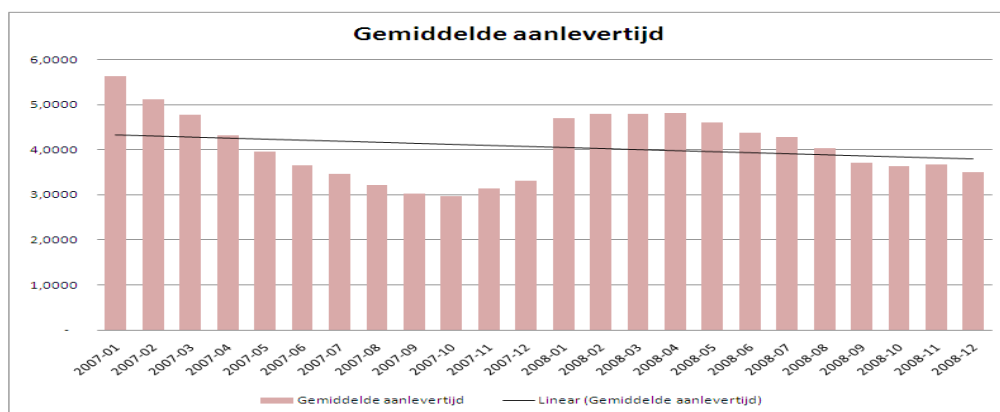


Appendix 2 - Aanvullingen en ordeningen van de dataset (2)

De aanleversnelheid hebben wij geanalyseerd voor 2007 en 2008 op basis van dezelfde aanleverperiode, namelijk 19 maanden. Figuur A6.1 toont aan dat de aanleversnelheid van 2008 lager is dan 2007. Dit betekent dat DIS 2008 niet sneller gevuld lijkt te worden dan DIS 2007. Wij concluderen derhalve dat wij op grond van de aanleversnelheid niet te veel DBC's 2008 bijschatten.

De doorlooptijd van het medisch proces hebben wij beoordeeld van alle aangeleverde DBC's met einddatum 2007 en 2008. Figuur A6.3 toont de ontwikkeling van de doorlooptijd. Hieruit blijkt dat de doorlooptijd van 2008 niet significant afwijkt van 2007. Wij concluderen derhalve dat wij op grond van de doorlooptijd niet te veel DBC's 2008 bijschatten.

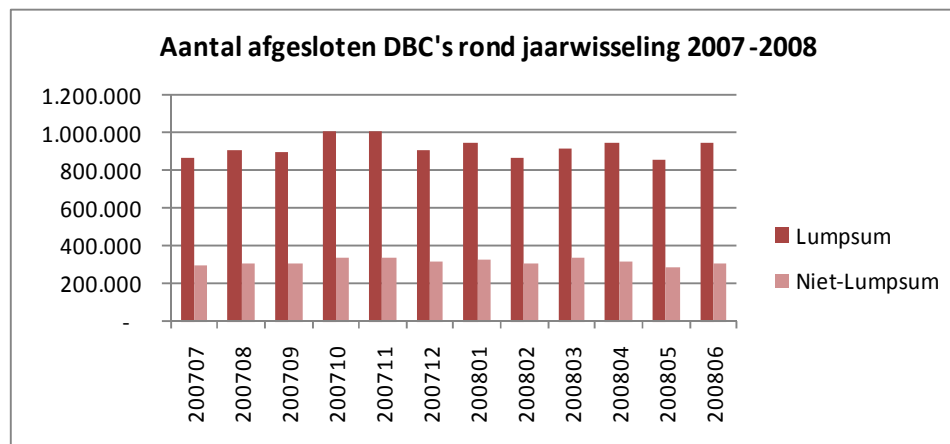
Figuur A6-3: medisch doorlooptijd



De afschaffing van de lumpsum in 2008 markeerde een andere bekostigingsvorm voor een groot aantal specialisten. De waardering van onderhanden werk in de afrekening van de lumpsum 2007 leek aanleiding te geven tot het strategisch afsluiten van DBC's. De overweging was dat het afsluiten van DBC's in 2008, in plaats van 2007, het onderhanden werk 2007 verhoogde. Als het onderhanden werk relatief laag wordt gewaardeerd (bijvoorbeeld 50%), leidt dit tot een hogere vrijwaring, c.q. afrekening in de lumpsum.

Op grond van het aantal afgesloten DBC's rond de jaarwisseling 2007-2008 van lumpsumdeelnemers ten opzichte van niet-lumpsumdeelnemers kunnen wij niet concluderen dat dit strategisch gedrag bij de lumpsumdeelnemers is opgetreden. Wij schatten daarom niet te veel DBC's bij in 2008.

Figuur A6-4: Afsluitgedrag 2007-2008



Appendix 2 - Aanvullingen en ordeningen van de dataset (3)

Extrapolatie van DBC met einddatum 2009

De DBC's met einddatum 2009 in de dataset zijn onvolledig, omdat nog niet alle DBC's die zijn geopend in 2008 zijn afgesloten (en aangeleverd) aan DIS voor augustus 2009, vanwege de maximale doorlooptijd van 365 dagen.

De extrapolatie hebben wij berekend door de jaar-DBC's 2008 bij te schatten op basis van de verhouding van overloop- en jaar-DBC's van 2007.

$$DBC's\ 2008-2009 = \text{jaar-DBC's}\ 2008 * \frac{(\text{overlopende DBC's}\ 2007-2008)}{(\text{jaar-DBC's}\ 2007)}$$

Wij hebben de extrapolatie gebaseerd op de jaar-DBC's 2008. De overloop DBC's 2008-2009 bieden geen goede basis, omdat de verhouding reguliere en vervolg-DBC's niet representatief is. Uit onze analyse van de overlopende DBC's 2008-2009 blijkt een toename van het aantal reguliere DBC's ten opzichte van vervolg DBC's (zorgtype 11 en 21) in de laatste aanlevermaanden van onze dataset. Dit betekent dat een relatief groot aandeel vervolg DBC's nog moet worden aangeleverd aan DIS, dit zijn de DBC's die bijvoorbeeld eind 2008 zijn geopend, maar nog niet zijn gesloten.

Belangrijk voor deze extrapolatie is dat het aanleverpatroon en de kenmerken van de DBC's 2007 vergelijkbaar zijn met DBC's 2008. Uit onze analyse van reguliere en vervolg-DBC's over 2007 en 2008, blijkt een vergelijkbare verhouding. Wij concluderen daaruit dat de data 2007 voldoende bruikbaar zijn.

Vanwege de afschaffing van de SEH-DBC's met ingang van 2008 zijn DBC-aantallen 2007 in beginsel niet zuiver te vergelijken met aantallen DBC's 2008. Aantallen DBC's bieden daarom geen goede basis voor extrapolatie.

De extrapolatie van DBC's 2008-2009 hebben wij per specialisme uitgevoerd op het honorarium van DBC's volgens de hiervoor beschreven formule.

Vervolgens is het geëxtrapolerde honorarium gedeeld door de gemiddelde prijs per DBC om tot aantallen DBC's te komen.

De gemiddelde prijs per DBC per specialisme is gebaseerd op de ruwe dataset, dat wil zeggen, de niet-geëxtrapolerde DBC-set 2008-2009.

Hierdoor gebruiken wij de meest relevante soort DBC's, dat wil zeggen:

- overloop DBC's: de gemiddelde prijs van overlopende DBC's hoger is namelijk hoger dan de gemiddelde prijs van jaar-DBC's.
- DBC's met prijspeil 2008;
- DBC-mix per specialisme.

Toepassing van de gemiddelde prijs van alle 2008 DBC's zou tot een onderschatting van het honorarium leiden.

Appendix 2 - Aanvullingen en ordeningen van de dataset (4)

Herrekening van de vrijwaring

De vrijwaring hebben wij per specialisme herrekend als het verschil tussen de lumpsum volgens de NZa en de omzet volgens DIS. Bij de berekening van de omzet volgens DIS hebben wij zo veel mogelijk aangesloten bij de lumpsumsystematiek, dat wil zeggen gedeclareerde omzet plus mutatie onderhanden werk in het A-segment in 2007.

Het berekende honorarium van DBC's en O(V)P's van lumpsumdeelnemers in het A-segment is de som van:

- honorarium DBC/OVP met begin- en einddatum in 2007
- 50% van honorarium DBC/OVP met begindatum 2006 en einddatum 2007
- 50% van honorarium DBC/OVP met begindatum 2007 en einddatum 2008

Uitgangspunt bij de toepassing van de vrijwaring in dit onderzoek is dat het geen verschil doet ontstaan tussen de twee omzetdefinities. De vrijwaring is derhalve in de honorariumberekening van beide omzetdefinities gelijk.

De uitkomst van deze herrekening hebben wij vergeleken met de berekende vrijwaring volgens de NZa. In beginsel is geen eenduidige aansluiting te maken omdat de definitie van gedeclareerde omzet 2007 in de lumpsumafrekening niet gelijk is aan de definitie van DBC's met einddatum in 2007. In overleg met de NZa is een redelijke vergelijking gemaakt van "gedeclareerde omzet" en "mutatie onderhanden werk". De conclusie is dat deze herrekening van de vrijwaring een bruikbare uitkomst voor dit onderzoek oplevert.

Schatting honorarium ondersteunersdeel van DBC's in het B-segment

Uitgangspunt bij deze schatting is dat de verhouding tussen honorarium A- en B-segment bij poortspecialismen gelijk is als bij de ondersteunende specialismen. Op basis van dit uitgangspunt hebben en de beschikbare DBC-informatie volgt hieruit de volgende formule:

$$\frac{\text{honorarium poorters B-segment}}{\text{honorarium poorters A-segment}} * \text{honorarium ondersteuners A-segment}$$

Uit onze analyse van het B segment bij de poortspecialismen blijkt dat het aandeel B-segment verschilt tussen de type instellingen en tussen lumpsumdeelnemers en niet-lumpsumdeelnemers. Daarom hebben wij deze berekening per segment uitgevoerd (UMC.'s, ZBC's, lumpsumdeelnemers en niet-lumpsumdeelnemers in algemene ziekenhuizen).

De uitkomst, zijnde het aandeel honorarium B segment van de ondersteuners ten opzichte van het totale honorarium B-segment, hebben wij vergeleken met resultaten van het Vektis-onderzoek en de Mazars-rapportage.

Hieruit blijkt dat onze schatting van het B-segment voor zowel 2007 als voor 2008 een paar procentpunt hoger ligt dan Vektis, en een procentpunt lager dan Mazars. De procentuele ontwikkeling van het honorarium B segment is daarmee in alle drie onderzoeken vergelijkbaar.

Appendix 3 – Honorarium buiten reikwijdte van het onderzoek

Een aantal honorariumcomponenten is niet opgenomen in de berekende honorariumontwikkeling:

- Honorarium dat buiten de lumpsum is gehouden op basis van een vrijstellingsbesluit van het Ministerie van VWS.

Het is niet duidelijk of deze omzet is opgegeven aan DIS, bijvoorbeeld via een ZBC, waardoor een eventuele dubbeltelling in ons onderzoek kan optreden. Op basis van een overzicht van het Ministerie van VWS van de omvang van de vrijgestelde omzet (i.e. omzet op basis van de vrijstellingsverzoeken), concluderen wij dat de impact van het niet meenemen van deze omzet op de macro honorariumontwikkeling beperkt is.

- Knelpuntenbijdragen van ziekenhuis of zorgverzekeraar aan de lumpsum. Deze informatie is niet algemeen beschikbaar.

- Honorarium van producten die buiten de DBC-structuur vallen, zoals toeslag voor IC-dagen, keuringen etc.

De IC-toeslag is veelal bij specialismen geregistreerd die niet actief zijn op de IC. In ziekenhuizen vindt over het algemeen een herverdeling van de IC-omzet plaats. Uitgaan van de informatie uit DIS zou een vertekend beeld van de omzet per specialisme en tussen dienstvebranders en vrijgevestigden geven.

- Honorarium van specialisten uit categorale ziekenhuizen. Categorale ziekenhuizen vallen buiten de scope van het onderzoek.

Appendix 4 – Aansluitingen verschillende gegevensbronnen (1)

Aantal DBC's x1000	2007				2008				Ontwikkeling			
	DBC-O	Vektis	JMV	PwC	DBC-O	Vektis	JMV	PwC	DBC-O*	Vektis*	JMV	PwC
Bron:	DIS	IZiZ	CIBG	DIS	DIS	IZiZ	CIBG	DIS	DIS	IZiZ	CIBG	DIS
UMC	1.494	1.463	1.749	1.640	497	508	1.725	1.546	-67%	-65%	-1%	-6%
AZ	12.588	13.301	13.907	13.388	5.510	7.248	13.316	13.172	-56%	-46%	-4%	-2%
ZBC	277	292	0	290	171	258	0	404	-38%	-11%	0%	40%
TOTAAL	14.360	15.056	15.657	15.318	6.179	8.014	15.041	15.123	-57%	-47%	-4%	-1%
TOTAAL in rapportage Vektis										-4%		

* Doordat de data 2008 onvolledig zijn, geeft de procentuele ontwikkeling een vertekend beeld. Daarom zijn de cijfers licht gearceerd. In de Vektis-rapportage wordt wel de procentuele ontwikkeling van het aantal DBC's gepresenteerd.

Aantal parameters x1000	2007		2008		Ontwikkeling	
	LMR/LAZR	JMV	LMR/LAZR	JMV	LMR	JMV
Bron						
eerste polikliniekbezoek	7.293	9.641	7.129	9.947	-2%	3%
dagbehandeling	1.650	1.594	1.692	1.688	3%	6%
opname	2.003	1.697	1.994	1.788	0%	5%

Appendix 4 – Aansluitingen verschillende gegevensbronnen (2)

Specificaties DBC-aantallen	
DBC-O	
Definitie DBC	gevalideerde DBC's met begindatum in 2007 en 2008 (A+B segment)
Peildatum	november 2008 (meetperiode 11 maanden)
Extrapolatie	2007: DBC's van eerste 8 maanden van 2007 * verhouding 12/8 maanden van DBC's uit 2006 2008: geen extrapolatie gemaakt
Aanpassing tbv onderzoek	niet
Vergelijkbaarheid voor onderzoek	Vergelijkbaarheid over 2007 is redelijk goed, over 2008 slecht. Gebruik van dezelfde databron maakt gegevens potentieel optimaal vergelijkbaar. Door verschillend meetmoment en extrapolatie van gegevens 2007 obv voor ons onbekende data 2006 is geen eenduidige aansluiting te maken.
Vektis	
Definitie DBC	gefactureerde DBC met begindatum in 2007 en 2008 (A+B segment)
Peildatum	voorjaar 2009 (meetperiode voor 2007 DBC's 8 kwartalen; meetperiode voor 2008 DBC's 4 kwartalen)
Extrapolatie	DBC's van 72% van verzekerden (dit zijn geschoonde gegevens uit Iziz-data) naar 100%
Aanpassing tbv onderzoek	aantallen * 100/72
Vergelijkbaarheid voor onderzoek	Vergelijkbaarheid over 2007 is redelijk goed. Vergelijkbaarheid over 2008 is alleen doenlijk op basis van de procentuele ontwikkeling. Aantallen 2008 zijn niet goed vergelijkbaar. Gebruik van andere databron, daardoor geen eenduidige aansluiting te maken. Door verschillend meetmoment in kwartalen (ipv maanden) en extrapolatie van gegevens 2007 en 2008 is geen absolute aansluiting te maken. Gegevens uit IZiZ zijn betrouwbaar in de zin dat het door zorgverzekeraars gecontroleerde en uitbetaalde declaraties betreft (juistheid), en dat instellingen een intrinsiek belang hebben om DBC-gegevens aan te leveren, en in tegenstelling tot de aanlevering aan DIS (volledigheid).

Appendix 4 – Aansluitingen verschillende gegevensbronnen (3)

Specificaties DBC-aantallen	
JMV	
Definitie DBC	alle geopende DBC's met begindatum in 2007 en 2008 (A+B segment)
Peildatum	2007: ultimo 2007 2008: ultimo 2008
Extrapolatie	geen
Aanpassing tbv onderzoek	corrigeren van niet-vergelijkbare en bijschatten van ontbrekende gegevens obv vergelijking met jaarverslagen per ziekenhuis
Vergelijkbaarheid voor onderzoek	Vergelijkbaarheid is redelijk. Gebruik van andere databron, en gebruik van andere definitie van DBC's, waardoor geen eenduidige aansluiting is te maken. Het begrip "geopende DBC" is in beginsel ruimer dan "DBC's op basis van begindatum", want niet alle geopende DBC's hoeven tot gevalideerde (aan DIS aangeleverde) en gefactureerde (aan zorgverzekeraars aangeleverde) DBC's te leiden. Aantallen DBC's uit DIS daarom in principe niet boven JMV-data moeten uitkomen (volledigheid). Uitzondering hierop is dat de JMV-data geen gegevens van ZBC's bevatten, daarom kan alleen een vergelijking met algemene ziekenhuizen en UMC's gemaakt worden. Gegevens in de jaarrekening hoeven niet aangeleverd te worden aan DIS of zorgverzekeraars, dus tijdigheid is geen issue. Deze gegevens zijn opgenomen in het deel van het jaarverslag dat niet door de ziekenhuisaccountant is gecontroleerd, waardoor de juistheid van de opgegeven aantallen niet is geborgd.
PwC	
Definitie DBC	gevalideerde DBC's met begindatum in 2007 en 2008 (A+B segment)
Peildatum	augustus 2009 (meetperiode 2007: 30 maanden; meetperiode 2008: 18 maanden))
Extrapolatie	geen extrapolatie van DBC's met einddatum in 2007 (2006-2007 en 2007-2007 DBC's); extrapolatie van overlopende DBC's naar 2008 (2007-2008 DBC's) obv aanleverpatroon 2007 DBC's; extrapolatie van DBC's met einddatum in 2008 (2008-2008 DBC's) obv aanleverpatroon 2007 DBC's; extrapolatie van overlopende DBC's naar 2009 (2008-2009 DBC's) obv aantallen en gemiddeld honorarium per DBC van 2007 en 2008 DBC's.

Appendix 4 – Aansluitingen verschillende gegevensbronnen (4)

Specificaties volumeparameters	
Capaciteit specialisten	
Definitie	aantal geregistreerde specialisten volgens de MSRC-jaarverslagen
Peildatum	november 2009
Extrapolatie	geen
Aanpassing tbv onderzoek	niet
Vergelijkbaarheid voor onderzoek	Vergelijkbaarheid is beperkt. De capaciteitsgegevens bieden inzicht in de ontwikkeling van het aantal specialisten, maar niet in de productiviteit of het registratiegedrag van specialisten. Dit is dus een vergelijking op één aspect van volumeontwikkeling. Daarom zijn aanvullende vergelijkingen nodig, zoals met LMR/LAZR- en JMV-gegevens en binnen de DIS-data. Gegevens beslaan een kalenderjaar, geen shadejaar of kasjaar, waardoor geen eenduidige vergelijking is te maken.
LMR/LAZR	
Definitie	Definities van behandelingen conform LMR/LAZR-richtlijnen en conversie door Prismant naar parameters eerste polikliniekbezoek (obv LAZR), dagbehandeling en opname (obv LMR) A en B segment.
Peildatum	november 2009
Extrapolatie	geen
Aanpassing tbv onderzoek	Gewogen LMR is berekend door de gemiddelde stijging van JMV-parameters van circa 5% te verdelen naar specialisme op basis van de verhouding van deze parameters uit de LMR/LAZR-registratie. De parameteraantallen 1e poli, dagopname en opname uit LMR zijn tot één productie-eenheid teruggebracht, door toepassing van de wegingsfactoren 1e poli, dagopname en opname uit de lumpsumsystematiek (bv wegingsfactoren chirurgie: 1;5;10 en interne geneeskunde 1;2;3).
Vergelijkbaarheid voor onderzoek	Vergelijkbaarheid is beperkt. De LMR/LAZR-gegevens worden al jaren in de ziekenhuizen geregistreerd. Doordat er geen verplichting tot registratie is, is de betrouwbaarheid van de registratie niet geborgd. De NZa beoordeelt in haar Zorgmonitor 2009 de registratie als voldoende. De verhouding tussen DBC's en LMR/LAZR-gegevens kan op specialisameniveau verschillen, waardoor geen eenduidige vergelijking is te maken. Aangezien de gegevens op specialisameniveau beschikbaar zijn, is de relatie met de normtijdenontwikkeling wel gepresenteerd. Gegevens beslaan een kalenderjaar, geen shadejaar of kasjaar, waardoor geen eenduidige vergelijking is te maken.

Appendix 4 – Aansluitingen verschillende gegevensbronnen (5)

Specificaties volumeparameters	
JMV	
Definitie DBC	eerste polikliniekbezoeken, dagbehandelingen en opnamen volgens ziekenhuisbudgetsystematiek (A en B segment)
Peildatum	2007: ultimo 2007 2008: ultimo 2008
Extrapolatie	geen
Aanpassing tbv onderzoek	geen
Vergelijkbaarheid voor onderzoek	<p>Vergelijkbaarheid is redelijk. De FB-parameters worden in het kader van de budgettering van ziekenhuizen al jaren geregistreerd. De registratie is daarom vrij betrouwbaar.</p> <p>De parameters geven een benadering van de geleverde zorg, waardoor de relatie met de werkelijk geleverde zorgprestatie minder zuiver is dan in een DBC. De ontwikkeling van het aantal parameters geeft echter wel een redelijk beeld van de ontwikkeling van de hoeveelheid geleverde zorg.</p> <p>Gegevens zijn niet uitgesplitst naar specialisme. Derhalve kan de procentuele ontwikkeling betrekking hebben op enkele specialismen die buiten de vergelijking met DBC's, LMR/LAZR-gegevens en capaciteitsgegevens zijn gehouden. Aangezien het hier om relatief kleine specialismen gaat, zal de afwijking beperkt zijn.</p> <p>Gegevens beslaan een kalenderjaar, geen shadejaar of kasjaar, waardoor geen eenduidige vergelijking is te maken.</p>

Appendix 5 – Correctie afschaffing SEH-DBC's

De DBC's die in de rapportage worden gepresenteerd zijn DBC's na correctie voor afschaffing van de spoedeisende hulp (SEH) DBC's met ingang van 2008. De correctie is als volgt berekend.

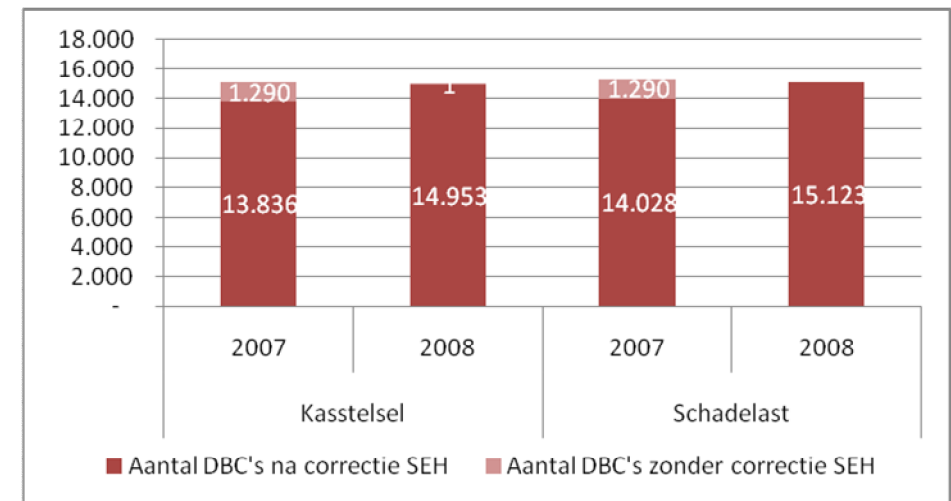
Wij hebben het afschaffen van de SEH-DBC's (zorgtype 12) verwerkt op basis van informatie van DBC-Onderhoud. Dit betekent dat wij een deel van de SEH-DBC's uit de dataset van 2007 hebben verwijderd en een deel hebben omgezet naar reguliere DBC's.

DBC-Onderhoud heeft voor ieder specialisme berekend wat de verhouding is tussen de zogeheten mono-DBC's (SEH-DBC's die als zelfstandige, reguliere DBC blijven bestaan) en multi-DBC's (SEH-DBC's die als een verrichting worden opgenomen in een reeds geopende DBC). Deze percentages hebben wij per specialisme toegepast op onze eigen dataset over 2007.

Gemiddeld genomen corrigeren wij het aantal DBC's met begindatum 2007 met circa 8%. Dit percentage verschilt per specialisme, aangezien het aandeel SEH-DBC's per specialisme verschilt. Chirurgie heeft bijvoorbeeld een veel groter aandeel SEH-DBC's dan reumatologie. Door deze neerwaartse correctie van DBC's 2007, wordt de ontwikkeling van het aantal DBC's tussen 2007 en 2008 groter, maar geeft het een reëler beeld van de werkelijke meerproductie.

Vektis berekent de correctie van de dataset op circa 7%. Dit betekent dat wij in vergelijking met deze onderzoeken relatief iets meer DBC's uit onze dataset 2007 verwijderen. Hierdoor ontstaat een grotere toename van het aantal DBC's tussen 2007 en 2008, dan wanneer de berekeningen van Vektis en NZa zouden zijn toegepast. Wij achten het verschil dermate beperkt dat wij hiervoor niet nader hebben gecorrigeerd.

Figuur A5-1: effect van afschaffing SEH-DBC's op totale DBC-aantallen



Appendix 6 – Correctie incidentele compensatie enkelvoudig consult

Impact incidentele compensatie 2007 op macro honorariumontwikkeling beperkt, maar verschillende uitwerking bij twee omzetdefinities

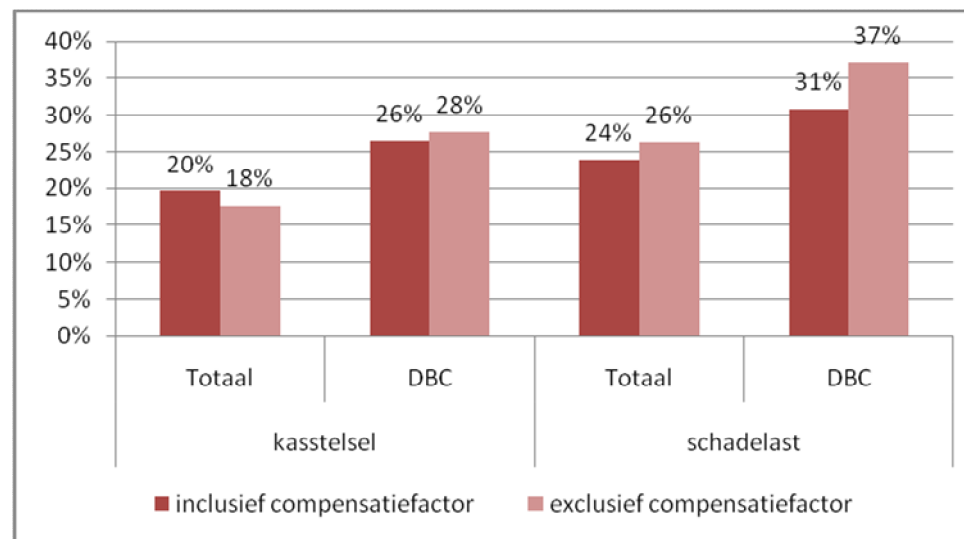
De impact van de regeling is berekend op zowel de honorariumontwikkeling van DBC's als op de honorariumontwikkeling van alle componenten, zijnde DBC's, O(V)P's en vrijwaring.

Door overheveling van honorarium van 2007 naar 2006, neemt de honorariumontwikkeling van DBC's in kasstelsel toe (van 26 naar 28%) en in schadelaststelsel (van 31 naar 37%). De uitkomst van de twee omzetdefinities is kleiner omdat de overlopende DBC's 2007-2008 in de kasstelselmethodek aan honorarium 2008 worden toegerekend en in de schadelastmethodek aan honorarium 2007, zie ook figuur 2-1. Aangezien van deze overlopende DBC's een deel wordt overgeheveld naar 2006 betekent dit in kasstelsel een verlaging van het honorarium 2008 en in schadelast een verlaging van het honorarium 2007.

De impact op het totale honorarium is lager dan op het DBC-honorarium door de corrigerende werking van de lumpsum (circa 4%). Een lager DBC-honorarium leidt in de lumpsumsystematiek tot een hogere vrijwaring. Dit betekent dat een toepassing van de correctiefactor op het honorarium 2007 voor lumpsumdeelnemers geen effect heeft. Aangezien de lumpsum deelnemers een groot aandeel zijn van alle medisch specialisten, is de impact van de compensatieregeling op macroniveau daardoor beperkt (+/- 2%).

Volgens de kasstelselmethodek daalt het honorarium 2008 ten opzichte van 2007. Het lagere honorarium 2008 wordt veroorzaakt door de overlopende DBC's 2007-2008, die in de kasstelselmethodek aan 2008 worden toegerekend. Het honorarium 2007 blijft vrijwel ongewijzigd door de corrigerende werking van de lumpsum.

Figuur A6-1: Ontwikkeling honorarium inclusief en exclusief incidentele compensatiefactor voor enkelvoudig consult DBC's
Type instelling: UMC's, algemene ziekenhuizen, ZBC's
Honorariumcomponent totaal: DBC's, O(V)P's en vrijwaring



Appendix 7 – Overzicht van specialismen en uurtarieven 2007 en 2008 (1)

Figuur A7-1: overzicht van specialismen

Specialisme	AGB-code	Afkorting
Oogheekunde	301	OOG
KNO-heelkunde	302	KNO
Chirurgie	303	CHI
Plastische chirurgie	304	PLA
Orthopedie	305	ORT
Urologie	306	URO
Gynaecologie	307	GYN
Neurochirurgie	308	NCH
Dermatologie	310	DER
Interne geneeskunde	313	INT
Kindergeneeskunde	316	KIN
Gastro-enterologie	318	GAS
Cardiologie	320	CAR
Longgeneeskunde	322	LON
Reumatologie	324	REU
Allergologie	326	ALL
Revalidatiegeneeskunde	327	REV
Cardio-pulmonale chirurgie	328	CPC
Psychiatrie	329	PSY
Neurologie	330	NEU
Geriatric	335	GER
Radiotherapie	361	RTH
Radiologie	362	RAD
Nucleaire geneeskunde	363	NCL
Klinische chemie	386	KCL
Medische microbiologie	387	MMB
Pathologie	388	PAT
Anesthesiologie	389	ANE
Klinische genetica	390	KGE

Appendix 7 – Overzicht van specialismen en uurtarieven 2007 en 2008 (2)

Figuur A7-2: uurtarieven 2007 en 2008

