



Nederlandse
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mw. drs. E.I. Schippers

DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

F 030 296 82 96

E info@nza.nl

I www.nza.nl

Behandeld door
FLAT/escs/TSZ

Kenmerk
11D0010157

Onderwerp
Nader advies beheersmodel medisch specialisten

Datum
1 april 2011

Mevrouw de Minister,

Met uw brief van 29 maart jl. (kenmerk CZ-IPZ-3057971) heeft u de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd advies uit te brengen over twee aspecten van het beheersmodel voor de honoraria van medisch specialisten, te weten de grondslag voor de budgetvaststelling en de mutatiesystematiek. Hieronder treft u onze reactie op dit verzoek.

Vooraf

Over het beheersmodel heeft de NZa in juni 2010 de uitvoeringstoets 'Budgettering honoraria medisch specialisten' uitgebracht waarin ook al deels op bovengenoemde aspecten is ingegaan. De advisering vond destijds plaats in de context van de keuze die uw ambtsvoorganger had gemaakt voor invoering van prestatiebekostiging bij ziekenhuizen op basis van het zogeheten Z-waardemodel. In dat model werd de dynamiek aan de ziekenhuiskant gedurende een overgangperiode beperkt. In uw brief 'Zorg die loont' van 14 maart jl. (kenmerk CZ-IPZ-3056686) geeft u aan te kiezen voor een ander overgangsmodel waarin meer ruimte is voor dynamiek. De eerder door de NZa geadviseerde mutatiesystematiek voor het beheersmodel sluit hier niet bij aan.

Tegen deze achtergrond heeft u de NZa verzocht te bezien hoe productieverhuivingen tussen instellingen kunnen worden betrokken in het beheersmodel. Dit om de dynamiek in de bekostiging te behouden. Met de overstap van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging beoogt u meer dynamiek in de ziekenhuissector te creëren. Er komt meer ruimte om betere prestaties in termen van kwaliteit en prijs ook beter te belonen. Dat kan leiden tot het verschuiven van patiëntenstromen en de daarbij behorende omzet. U constateert dan ook dat dergelijke omzetverhuivingen een gewenst effect van prestatiebekostiging zijn.

Met het beheersmodel medisch specialisten beoogt u de macro-uitgaven aan honoraria medisch specialisten vooraf te beheersen. Dat gebeurt door het per instelling vooraf vaststellen van een omzetplafond voor de honoraria medisch specialisten. Hierdoor kan de honorariumomzet per instelling niet hoger uitvallen dan het vooraf vastgestelde omzetplafond.

Het betekent ook dat extra productie als gevolg van productie-verschuivingen tussen ziekenhuizen (of tussen ziekenhuizen en ZBC's) aan de honorariumkant, zonder nadere maatregelen, in beginsel niet wordt gehonoreerd. Dit vormt zonder nadere aanpassingen een belemmering voor de gewenste dynamiek en de daarbij behorende zorginkooprol van de zorgverzekeraars. Zij moeten immers via selectieve zorginkoop productie - en omzetverschuivingen kunnen bewerkstelligen. De NZa betwijfelt of deze productie-verschuivingen, zonder honorariumvergoeding voor de extra productie, ook daadwerkelijk tot stand zullen komen.

Kenmerk
11D0010157

Pagina
2 van 7

Bezien moet dan ook worden of er binnen het beheersmodel mogelijkheden zijn de omzetplafonds aan te passen aan de omvang van de productie. Inherent aan het beheersmodel, waarin beheersing van de kosten vóóraf centraal staat, is dat die mogelijkheden beperkt zijn. In deze brief zal de NZa schetsen hoe de dynamiek in meer of mindere mate kan worden gefaciliteerd.

Totstandkoming van dit advies

In deze toelichting zijn de bevindingen van verschillende consultatierondes betrokken. De NZa heeft over de uitvoeringstoets inzake de honorariumbudgettering, voorafgaand aan de gegevensuitvraag die de NZa thans uitvoert ten behoeve van het beheersmodel, overleg gepleegd met de vertegenwoordigers van veldpartijen.

Op uw verzoek heeft de NZa het veld bovendien versneld geconsulteerd over de in uw brief genoemde onderwerpen. In de bijlage zijn de verslagen opgenomen van de laatste consultatieronde. Gegeven het korte tijdsbestek beperkt het resultaat van deze consultatie zich tot oplossingsrichtingen. De NZa zal deze richtingen de komende maanden in overleg met het veld nader uitwerken.

Grondslag omzetplafond

In de beoogde opzet van het beheersmodel zal de NZa op basis van het beschikbare macrokader berekenen welk omzetplafond er in enig jaar voor alle bij een instelling toegelaten vrijgevestigde medisch specialisten zal gelden. U verzocht ons te adviseren welke grondslag dient te worden gehanteerd voor het vaststellen van het omzetplafond.

Zoals in de uitvoeringstoets 'budgettering honoraria medisch specialisten' uiteen is gezet, zijn er twee grondslagen denkbaar waarop een omzetplafond kan worden gebaseerd: de historische honorariumomzet van (de vrijgevestigde specialisten in) een instelling, of het aantal fte's van de aan de instelling verbonden vrijgevestigde specialisten. De gegevensuitvraag richt zich ook op deze twee grootheden. De betreffende informatie zal naar verwachting medio april beschikbaar zijn.

In de consultaties bevestigden de veldpartijen onze visie dat historische omzet de meest werkbare grondslag voor de omzetplafonds is. De historische honorariumomzet is relatief eenvoudig af te leiden uit de administraties van de instellingen en de jaarrekeningen. De cijfers zijn in het gebruikelijke bedrijfsproces door de accountant geverifieerd en er zijn weinig interpretatieverschillen.

Bovendien weerspiegelen de omzetgegevens de productiemutaties, zij het dat deze beïnvloed zijn door tussentijdse tariefwijzigingen¹. Voor fte's bestaan in het veld geen eenduidige definities en evenmin zal daarover binnen afzienbare tijd overeenstemming kunnen worden bereikt.

Kenmerk
11D0010157

Pagina
3 van 7

Mutatiesystematiek

Teneinde productieverhuivingen en de daarbij behorende omzetvershuivingen (gedeeltelijk) te accommoderen, heeft de NZa een aantal opties onderzocht.

De NZa onderscheidt drie manieren:

1. door de omzetplafonds pas achteraf vast te stellen;
2. door de omzetplafonds vooraf vast te stellen, maar de mogelijkheid open te houden deze tussentijds of achteraf aan te passen op grond van daadwerkelijke productieverhuivingen;
3. door de omzetplafonds vooraf gedeeltelijk vast te stellen, en een gedeelte achter te houden om achteraf toe te wijzen op grond van daadwerkelijke productieverhuivingen.

Ad 1. De eerste optie, de omzetplafonds geheel achteraf vaststellen, komt het meest tegemoet aan de wens om de dynamiek te behouden en sluit het meest aan op de wijze waarop de bekostiging van de ziekenhuizen plaatsvindt. Deze optie zorgt echter niet voor de gewenste duidelijkheid vóóraf – over de hoogte van de omzetgrenzen – zoals is overeengekomen met de Orde van Medisch Specialisten en de NVZ.

Ad 2. De tweede optie is omzetruijnte ook tussentijds te verdelen, op grond van tussentijdse productieverhuivingen. Dit zal uitsluitend mogelijk zijn door afspraken op vrijwillige basis tussen betrokken partijen, of door hier vooraf een gedeelte van het macrobudget voor achter te houden. Immers, het is juridisch niet verdedigbaar een eerder toegezegd omzetplafond terug te nemen. Bovendien valt niet uit te sluiten dat de instelling die een aantal functies al dan niet gedwongen afstoot, mogelijkheden ziet de aldus ontstane omzetruijnte in overleg met zorgverzekeraars met alternatieve productie op te vullen, zodat terugnemen niet aan de orde is.

Alternatief is dat de zorgverzekeraar de tussentijdse herallocatie actief stuurt. Met scherp inkoopbeleid zou de zorgverzekeraar hoge productieafspraken met geselecteerde instellingen kunnen compenseren met lage productieafspraken bij andere instellingen, dat wil zeggen afspraken over productieniveaus die lager zijn dan het door de NZa vastgestelde omzetplafond voor die instelling. Vervolgens zal echter nog steeds een omzetoverheveling moeten plaatsvinden. Immers, de door de verzekeraar uitverkoren instelling zal honorering willen voor de productie: boter bij de vis. De verzekeraar moet dan niet alleen overeenstemming bereiken over een hoger omzetplafond (wat vermoedelijk wel zal lukken), maar ook over een lager omzetplafond elders, wat waarschijnlijk op aanzienlijk meer weerstand stuit. Uit de consultatieronde komt naar voren dat veldpartijen dit in de toekomst wel als een reële mogelijkheid zien, maar niet verwachten dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat zijn hierover reeds in 2012 goede afspraken te kunnen maken.

¹ Tussentijdse tariefwijzigingen betreffen onder meer incidentele compensaties en invoering uniform uurtarief en herijkte normtijden per 2008.

Een mogelijkheid die door partijen in gesprekken is aangedragen is om de omzetplafonds gedeeltelijk vooraf vast te stellen, en gedeeltelijk achter te houden om tussentijds (halverwege het jaar) productieverschuivingen toe te kennen op basis van de productieafspraken die in het eerste kwartaal van het jaar zijn gemaakt.

Kenmerk
11D0010157

Pagina
4 van 7

Voorwaarde voor een goede werking van dit model is dat alle zorg op basis van productieafspraken vóóraf tot stand komt. In de praktijk wordt echter een deel van de zorg ook op basis van restitutie betrokken, waardoor productieafspraken sec geen adequate verdeelsleutel vormen. Daarnaast is overigens de vraag of de productieafspraken op makkelijk te valideren wijze zijn te waarderen in omzettermen. Tenslotte zal ook afgewacht moeten worden of zorgaanbieders en zorgverzekeraars daadwerkelijk in staat zijn de onderhandelingen in het eerste kwartaal af te ronden. In de huidige situatie zijn die afspraken veelal pas beschikbaar in de tweede helft van het jaar. Kortom, overheveling op basis van gemaakte productieafspraken stuit, zeker voor 2012, op aanzienlijke uitvoeringsproblemen.

Ad 3. De derde optie voor het opvangen van productieverschuivingen komt neer op het achterhouden van een deel van het macrokader, dat vervolgens achteraf verdeeld zal worden op grond van achteraf te constateren en te waarderen mutaties en toetredingen. Dit betekent wel dat het vooraf door de NZa te verdelen kader – op grond van de data-uitvraag over de periode 2007-2009 – wordt beperkt ten behoeve van latere allocaties. Ook hier is de consequentie derhalve dat de groei van de ene partij uiteindelijk ten koste gaat van het omzetplafond van de ander.

Een eerste toetsing bij veldpartijen in de consultatieronde duidt er op dat deze uitwerking wordt gesteund, hoewel er ook kanttekeningen worden gemaakt. ZKN vreest dat ook met de gedeeltelijke flexibilisering groei en toetreding van ZBC's onvoldoende zullen worden gefaciliteerd. De Orde van Medisch Specialisten ziet in het gesloten onderhandelingsakkoord aanleiding om er vanuit te gaan dat slechts een beperkt deel kan worden achtergehouden ter latere allocatie.

De NZa concludeert op grond van het bovenstaande dat de omzetverschuivingen in het beheersmodel slechts kunnen worden gefaciliteerd, door vooraf een gedeelte van het macrobudget te reserveren voor (grote) groeiers en toetreders. Dit betekent dat de groei van de ene partij altijd ten koste zal gaan van het omzetplafond van de ander. Van het beschikbare kader zal een deel moeten worden gereserveerd dat vervolgens pas na afloop van een jaar kan worden toegewezen. Uit de consultatieronde blijkt dat veldpartijen deze conclusie delen.

Nadere uitwerking: mutatiekader

De omvang van het achter te houden macrobudget voor productieverschuivingen (hierna: het mutatiekader) zal vooraf vastgesteld moeten worden. Hierbij is het van belang rekening te houden met zowel productieverschuivingen tussen bestaande instellingen, als productieverschuivingen richting nieuwe toetreders.

Voor de vaststelling van de omvang van een mutatiekader is het niet goed mogelijk een objectieve maatstaf te hanteren. Het is een beleidskeuze welk bedrag moet worden achtergehouden voor het mutatiekader. Gegeven de afspraken die in het hoofdlijnenakkoord gemaakt zijn, is een mogelijkheid de beoogde 2,5% groei van het honorariumkader (circa € 50 miljoen per jaar) te reserveren voor het mutatiekader.

Kenmerk
11D0010157

Pagina
5 van 7

Uit de consultatie van partijen komt een aantal mogelijkheden naar voren voor de toewijzing van het mutatiekader, die eventueel in combinatie toe te passen zijn:

- a. toewijzing op basis van de gerealiseerde omzet in 2010;
- b. toewijzing op basis van de productieafspraken aan het begin van het betreffende jaar;
- c. toewijzing op basis van de gerealiseerde omzet in het betreffende jaar;
- d. toewijzing aan nieuwe toetreders.

Ad a. Toewijzing op basis van de gerealiseerde omzet in 2010. Aanvullend op de huidige data-uitvraag, over de periode 2007-2009, zou de NZa bij zorgaanbieders de cijfers kunnen uitvragen over 2010. Op basis van de huidige systematiek zijn deze cijfers op zijn vroegst een half jaar na afloop van het boekjaar bij hen beschikbaar (na medio 2011). In verband met de uitvraag, validatie en verwerking van de gegevens zou deze informatie op zijn vroegst in het eerste kwartaal van 2012 gebruikt kunnen worden voor de verdeling van (een deel van) het mutatiekader. Uitvraag van de cijfers over 2010 brengt aanzienlijke aanvullende administratieve lasten voor de betrokken zorgaanbieders met zich mee en leidt eveneens tot een toename van de uitvoeringslasten.

Ad b. Toewijzing op basis van productieafspraken aan het begin van het betreffende jaar is in de vorige paragraaf reeds genoemd als alternatief. Los van de daar reeds beschreven uitvoeringsproblemen, gaat dit model gepaard met aanzienlijke administratieve en uitvoeringslasten.

Ad c. Toewijzing van het mutatiekader op basis van gerealiseerde omzet zal betrekking moeten hebben op hoger dan gemiddelde groei. Wie meer dan het gemiddelde is gegroeid, krijgt een deel daarvan gecompenseerd uit het mutatiekader. Op basis van de huidige systematiek kan op zijn vroegst pas een half jaar na afloop van het boekjaar inzicht verkregen worden in de gerealiseerde omzetverschuivingen. Het zou betekenen dat de verdeling na medio 2013 plaatsvindt op basis van de omzetcijfers over 2012. Aangezien deze cijfers toch al verzameld zullen worden, leidt de verdere verdeling op basis van deze cijfers tot een beperkte toename van administratieve en uitvoeringslasten.

Ad d. Voor nieuwe toetreders wordt een deel van het mutatiekader gereserveerd. Zo zou bijvoorbeeld op basis van het aantal bij de betreffende toetreders werkzame vrijgevestigde fte's (op jaarbasis), een omzetplafond kunnen worden vastgesteld (uitgaande van een bedrag per fte).

Gelet op de voorgaande overwegingen acht de NZa optie c en d het meest geschikt en uitvoerbaar voor 2012. Optie a en b raadt de NZa voor 2012 af vanwege de hoge administratieve en uitvoeringslasten c.q. uitvoeringsproblemen die daarmee gepaard gaan. Indien in de komende jaren de praktijk van productieafspraken meeromvattend wordt, en deze eerder tot stand komen, kan voor 2013 opnieuw gekeken worden of variant b uitvoerbaar is.

Kenmerk
11D0010157

Pagina
6 van 7

Overige aspecten

De NZa stelt vast dat het beheersmodel qua uitvoering een complex model is, waarbij bovendien geldt dat het model ook van toepassing wordt op ZBC's, een terrein waarop tot op heden geen budgettering van toepassing was. ZBC's vormen de groep waarvan op voorhand de meeste toe- en uittreding en daarmee marktdynamiek verwacht mag worden. Het eerder genoemde probleem van groei waarin de mutatiesystematiek moeilijk zal kunnen voorzien speelt dus vooral in deze sector. Door stapeling van rechtspersonen is bij ZBC's bovendien niet altijd duidelijk aan wie honorariumomzet moet worden toegerekend. Verder heeft het model alleen betrekking op de zorg geleverd door vrij gevestigde medisch specialisten. Voor medisch specialisten in loondienst geldt een ander beheersmodel, de vraag in hoeverre de introductie van het beheersmodel voor vrijgevestigde medisch specialisten effecten zal hebben op de productie door medisch specialisten in loondienst is in het kader van deze toets niet onderzocht.

Randvoorwaarden vervolgstappen

Om invoering van het beheersmodel in 2012 mogelijk te maken dient aan een aantal randvoorwaarden te zijn voldaan. Belangrijkste daarvan is de inwerkingtreding van de beoogde wijzigingen in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De bepalingen die in het voorstel tot wetwijziging zijn opgenomen over het stellen van omzetplafonds, zijn noodzakelijk voor de NZa om aan zorgaanbieders een beschikking over hun omzetplafond te kunnen afgeven. De wijzigingen zullen dus uiterlijk ultimo 2011 in werking moeten zijn getreden.

Het is echter duidelijk dat instellingen niet pas begin 2012 over hun omzetplafond kunnen worden geïnformeerd: dat zou immers het (tijdig) onderhandelen met zorgverzekeraars en medisch specialisten onmogelijk maken. De NZa zal dit kunnen oplossen door al in 2011 zorgaanbieders onder voorbehoud van inwerkingtreding van de wetwijziging te berichten. Dit brengt echter een zeker risico met zich mee.

Teneinde de noodzakelijke voorbereidingen te kunnen treffen voor de invoering van het beheersmodel heeft de NZa voor de zomer de in uw brief van 16 maart 2011 aangekondigde aanwijzing nodig.

Uit de aanwijzing zal in ieder geval duidelijk moeten worden:

- wat het totaal beschikbare macrokader voor vrijgevestigde medisch specialisten in ziekenhuizen en ZBC's is;
- welke grondslag voor de vaststelling van omzetplafonds gehanteerd moet worden;
- welke mutatiesystematiek gekozen wordt;
- wat (indien daarvoor gekozen wordt) de omvang van het mutatiekader is en welke spelregels gelden voor de verdeling ervan.

Conclusie

Het hanteren van een beheersmodel leidt inherent tot een beperking van de dynamiek. In de uitvoering van het beheersmodel heeft toepassing van de historische omzet als grondslag de voorkeur boven fte's als basis. Om binnen het beheersmodel de dynamiek zo veel als mogelijk te faciliteren kan jaarlijks een deel van het kader voor honorarium worden gereserveerd, zodat de gereserveerde groeiruinimte aan de hand van nog in de aanwijzing op te nemen criteria gedurende én na afloop van het betreffende jaar kan worden verdeeld. Voor de vaststelling van de hoogte van dit bedrag zou uitgegaan kunnen worden van de 2,5% groeiruinimte uit het onderhandelingsakkoord.

Kenmerk
11D0010157

Pagina
7 van 7

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit



mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlagen:

- Verslag consultatiebijeenkomst 22 maart 2011
- Verslag consultatiebijeenkomst 25 maart 2011

**Bijlage 1. Verslag consultatiebijeenkomst
productieverschuivingen beheersmodel medisch
specialisten (deel I)**Kenmerk
11D001057Pagina
1 van 3Datum: 22 maart 2011
Tijd: 15.00 uur
Locatie: kantoor NZa**1. Inleiding**

VWS heeft de NZa verzocht om op korte termijn te adviseren over onder meer de mutatiesystematiek binnen het beheersmodel, gegeven de uitgangspunten in de brief 'Nadere uitwerking voorhang beheersmodel Medisch Specialisten' van 16 maart jl. Ter voorbereiding op de bijeenkomst heeft de NZa een notitie opgesteld waarin zij de problematiek schetst en mogelijke oplossingen presenteert, uitgaande van de uitgangspunten van VWS. Het doel van de bijeenkomst is de oplossingen te bespreken en te bezien of alternatieven bestaan.

Hierbij treft u een weergave aan van de belangrijkste punten die tijdens de bijeenkomst aan de orde zijn gekomen. Dit verslag beoogt nadrukkelijk geen uitputtende weergave te zijn van ingebrachte punten en gevoerde discussies.

2. Standpunten mutatiesystematiek

De aanwezige partijen onderschrijven de complexiteit van de situatie waarin enerzijds de macro-uitgaven begrensd moeten worden en anderzijds zoveel mogelijk ruimte moet bestaan voor marktdynamiek. Daarnaast zijn de aanwezigen het er over eens dat het geen reële mogelijkheid is ex ante toegekende budgetten ex post te verrekenen wanneer sprake is van productieverschuivingen. Dit leidt tot onvoldoende zekerheid voor de betreffende instellingen en medisch specialisten.

Kort samengevat stellen partijen zich op de volgende standpunten ten aanzien van de notitie over de mutatiesystematiek:

- de NFU geeft aan dat het beheersmodel en daarmee de mutatiesystematiek niet van toepassing is op de UMC's aangezien de medisch specialisten in loondienst niet onder het beheersmodel vallen. De NFU vraagt zich af hoe een mutatie tussen een gebudgetteerde instelling en een niet gebudgetteerde instelling vorm gegeven moet worden.
- De NVZ erkent de dilemma's die geschets worden in de notitie. Ex post verrekening wordt niet gezien als een realistische mogelijkheid omdat er dan geen zekerheden bestaan voor de instellingen. De NVZ ziet op dit moment geen alternatieve mogelijkheden voor de mutatiesystematiek.
- De Orde van Medisch Specialisten (Orde) geeft aan dat het lastig is om dynamiek in te passen in het beoogde beheersmodel. Het is belangrijk dat er ex ante duidelijkheid wordt verschaft over de groeiruimte, welk bij een overschrijding niet ex post kan worden teruggehaald. Verder is de rol van de zorgverzekeraar van groot belang onder meer vanwege de relatie die bestaat tussen selectief inkopen en de individuele omzetplafonds. Zorgverzekeraars moeten het kader beheren door afspraken te maken met de aanbieders die binnen het kader blijven. De budgetruimte is verbonden aan de productie en niet aan de medisch specialisten. Indien een medisch specialist of maatschap overstapt van een ziekenhuis naar een ZBC blijft het omzetplafond bij het ziekenhuis, tenzij de betrokken

- instellingen, specialisten en zorgverzekeraar(s) daar een afspraak over kunnen maken.
- ZKN geeft aan begin 2010 reeds aangegeven te hebben dat ZBC's buiten het beheersmodel zouden moeten blijven. De voorliggende oplossingen lossen de problemen van de ZBC's niet op. Het gebruik van cijfers uit 2009 is niet toereikend. De door ZKN (zie rapport B&C) verwachte stevige groei van ZBC's (groei van bestaande ZBC's, plus nieuwe toetreding) moet gefaciliteerd worden. Indien het onderhandelingsresultaat tussen VWS, Orde en NVZ (de overeenkomst) van toepassing wordt verklaard voor alle aanbieders, zullen volgens ZKN circa 150 ZBC's de deuren moeten sluiten. De overeenkomst verhoudt zich volgens ZKN niet met de brief 'Zorg die loont' zoals de minister die op 14 maart 2011 aan de Tweede Kamer heeft gestuurd. Er moet een adequate regeling komen voor productieverhuivingen, omdat dit essentieel is voor een goede marktwerking en continuïteit van de bestaande ZBC's. ZKN stelt voor een percentage van het beschikbare BKZ te reserveren voor groei. Een alternatief voor de oplossingen in de notitie van de NZa is dat een percentage van de kosten wordt gebruikt voor de honoraria. Dit geniet de voorkeur van ZKN. Daarnaast merkt ZKN nog op dat als er al afspraken kunnen worden gemaakt met de zorgverzekeraars, deze pas plaatsvinden als de vergunning en de faciliteiten gereed zijn. Dit betekent dat nieuwe ZBC's vaak al beginnen voordat er afspraken zijn gemaakt en declareren de zorg op basis van artikel 13 lid 1 Zvw.

3. Overige punten

BKZ

De NZa gaat nader in op de mogelijkheid een deel van het beschikbare BKZ ex ante te reserveren voor de mutatiesystematiek. Hiermee zouden ex post productieverhuivingen opgevangen kunnen worden, en/of het zou gereserveerd kunnen worden voor nieuwe toetreders.

De Orde geeft aan dat de achterban het mogelijk niet zal accepteren als een substantieel deel van het BKZ wordt achtergehouden en dus niet toekomt aan de zittende medisch specialisten. De Orde geeft wel aan dat er geen andere manier is om dit te doen. Enig alternatief is reserveren van de in het onderhandelingsakkoord overeengekomen jaarlijkse groei van 2,5% voor het ex post opvangen van productieverhuivingen. Ook dit zal mogelijk niet geaccepteerd worden door de achterban van de Orde, om dezelfde reden.

ZKN merkt op dat in het geval een hele maatschap uit een instelling vertrekt en zich elders vestigt, er geen verlaging van het ex ante vastgestelde omzetplafond van die instelling plaats kan vinden zonder instemming van de instelling en stafmaatschap. Het is de vraag hoe zich dit verhoudt met een juiste allocatie van de beschikbare middelen. Als instelling en maatschap vrijwillig overeenkomen het omzetplafond te verlagen en over te hevelen dan zou de NZa dit naar mening van ZKN lopende het jaar mogelijk moeten maken.

Grondslag omzetplafond

De Orde geeft aan dat 2009 een goed jaar kan zijn om als basis te gebruiken voor de omzetplafonds. Hierbij moet wel gekeken worden naar de veranderingen die hebben plaatsgevonden vanaf 2009. Het voorbeeld van de Tergooi ziekenhuizen wordt genoemd. De jaren 2007 en 2008 kunnen wel gebruikt worden voor de analyses. ZKN geeft aan dat 2009 voor ZBC's niet toereikend is en verwijst naar het rapport van Boer en Croon. De uitkomsten uit dit rapport kunnen worden gebruikt voor de ontwikkelingen in omzet (kosten en honoraria) die hebben plaatsgevonden de afgelopen jaren.

Kenmerk
11D001057

Pagina
3 van 3

Productieafspraken

De NZa vraagt zich af of het zou helpen voor de bepaling van het omzetplafond dat de productieafspraken eerder dan nu het geval is gereed zijn. ZKN geeft aan dat op 1 januari 2012 in ieder geval alle tariefafspraken gemaakt moeten zijn. De Orde beaamt dit. Het is belangrijk dat je per 1 januari 2012 weet of de afspraken die gemaakt zijn binnen het kader blijven. In het geval de afspraken niet op tijd gereed zijn dan wordt de zorg gedeclareerd op basis van artikel 13 lid 1 Zvw.

4. Conclusie

Conclusie van de aanwezigen is dat het geen reële mogelijkheid is ex ante toegekende budgetten ex post te verrekenen ten behoeve van productieverschuivingen, omdat dit leidt tot onvoldoende zekerheid voor de betreffende instellingen en medisch specialisten. De ruimte die er is bestaat dus uitsluitend uit de mogelijkheid een percentage van het BKZ ex ante te reserveren ten behoeve van productieverschuivingen. Eventueel kan deze reservering expliciet bestemd worden voor nieuwe toetreders. Naast de beoogde 2,5% groei, zou een percentage van het beschikbare BKZ gereserveerd kunnen worden.

Verzoek aan partijen is voor de volgende bijeenkomst op vrijdag 25 maart te bezien in hoeverre dit werkbaar is, en hoe hoog een dergelijk percentage zou moeten zijn.

**Bijlage 2. Verslag consultatiebijeenkomst
productieverschuivingen beheersmodel medisch
specialisten (deel II)**Kenmerk
11D0010157Pagina
1 van 2Datum: 25 maart 2011
Tijd: 09.30 uur
Locatie: NZa**1. Inleiding**

Deze bijeenkomst is een vervolg op de consultatiebijeenkomst van 22 maart jl., naar aanleiding van het verzoek van de minister van VWS aan de NZa om op korte termijn te adviseren over onder meer de mutatiesystematiek binnen het beoogde beheersmodel medisch specialisten. De doelstelling van de minister van VWS is enerzijds het beheersen van de macro-uitgave en anderzijds het behouden en stimuleren van de marktdynamiek. Doelstelling van deze tweede bijeenkomst is de mogelijkheden te verkennen om een percentage van het BKZ ex ante te reserveren ten behoeve van productieverschuivingen en nieuwe toetreders en de hoogte van het percentage vast te stellen.

2. Standpunt ZN

Omdat ZN bij de eerste bijeenkomst niet aanwezig was, krijgt zij eerst de gelegenheid haar standpunt toe te lichten ten aanzien van de mutatiesystematiek. ZN geeft aan de conclusie van de eerste bijeenkomst te delen dat het geen reële mogelijkheid is het BKZ ex ante volledig te verdelen, en tegelijkertijd rekening te houden met productieverschuivingen tussen instellingen en met nieuwe toetreders. Wel een reële optie is om een deel van het kader vooraf te reserveren. ZN acht het van belang dat de omzetplafonds meebewegen met de verschuiving van werkzaamheden tussen instellingen. Het is niet mogelijk om dit lopende het jaar te accommoderen, waardoor dit in het daaropvolgende jaar in de omzetplafonds van de instellingen verwerkt moet worden.

3. Ex ante reservering van een deel van het BKZ

De aanwezigen geven aan dat de 2,5% groei afspraak gereserveerd zou kunnen worden voor nieuwe toetreders en groei. ZKN geeft aan dat minimaal 1,5% (circa € 30 mln) van het kader gereserveerd moet worden voor nieuwe toetreders en groei binnen de ZBC's. Hierin is ook de verplaatsing van productie van een instelling naar ZBC's begrepen. ZKN merkt bovendien op dat de minister in haar brief 'Nadere uitwerking voorhang beheersmodel Medisch Specialisten' aangeeft dat vanaf het moment dat het omzetplafond wordt overschreven er afdracht moet plaatsvinden aan het zorgverzekeringsfonds. Probleem is volgens ZKN hierbij dat wanneer een nieuwe toetreders geen omzetplafond krijgt, hij ook niet kan declareren. ZKN vraagt hier een speciale regeling voor in de uitwerking van de mutatiesystematiek. De overige 1% (circa € 20 mln) zou gebruikt kunnen worden voor productieverschuivingen bij ziekenhuizen.

De Orde merkt op dat het kader van de vrijgevestigd medisch specialisten moet worden aangevuld met het honorariumdeel medisch specialisten werkzaam in de ZBC's. Momenteel is dit nog gescheiden, terwijl beide onder het beheersmodel zullen gaan vallen. Daarnaast vraagt de Orde zich af of het bedrag dat wordt gereserveerd voor nieuwe toetreders en productieverschuivingen tussen bestaande instellingen voldoende zal blijken te zijn. Dit zou betekenen dat een groter gedeelte

van het beschikbare budgettaire kader gereserveerd zou moeten worden dan de 2,5% groei.

Kenmerk
11D0010157

Pagina
2 van 2

Zowel de Orde als NVZ merken op dat met het reserveren van budgettaire ruimte voor toetreders en productieverschuivingen tussen bestaande instellingen de bekostiging van de reguliere groei in de knel kan komen.

De aanwezigen geven aan dat een productieverschuiving in jaar t bij voorkeur in het omzetplafond van jaar t+1 zou moeten zijn verwerkt. Het is dan noodzakelijk om de productieverschuivingen gedurende het jaar te monitoren. Ook een tussentijdse vrijwillige plafondonderdracht tussen instellingen met goedkeuring van de zorgverzekeraar zou in de regelgeving mogelijk gemaakt moeten worden. Zorgverzekeraars die scherp inkopen kunnen zo ruimte creëren voor productieverschuivingen. Hoge productie-afspraken met geselecteerde instellingen zouden kunnen worden gecompenseerd met lage productie-afspraken bij andere instellingen, dat wil zeggen afspraken over productieniveaus die lager zijn dan het door de NZa vastgestelde omzetplafond voor die instelling. De aanwezige partijen zien dit als een mogelijkheid, maar verwachten hier met name in 2012 nog weinig tot geen afspraken over tussen zorgverzekeraars en instellingen.

De NZa merkt op dat in de beoogde systematiek op zijn vroegst pas een half jaar na afloop van het boekjaar inzicht verkregen worden in de gerealiseerde productieverschuivingen. De aanwezigen geven aan dat dit precies een jaar te laat is, omdat ten behoeve van de onderhandelingen de omzetplafonds voor het jaar erna een half jaar voordien bekend zouden moeten zijn. In de praktijk zou dit betekenen dat de NZa medio 2012 gegevens zou moeten verkrijgen voor de vaststelling van de omzetplafonds in 2013. ZN geeft aan dat de contracten die begin 2012 worden gesloten niet gedetailleerd genoeg zijn om te gebruiken voor de vaststelling van het plafond 2013. Kortom, medio 2012 zijn er onvoldoende gegevens over de productie voor de vaststelling van het omzetplafond voor 2013.

Partijen zijn het er over eens dat 2012 een overgangsjaar wordt, en te verwachten dat pas in 2014 echt goede afspraken gemaakt kunnen gaan worden over productieverschuivingen.

4. Conclusie

De conclusie van de aanwezigen is dat het reserveren van een gedeelte van het beschikbare BKZ nodig lijkt om nieuwe toetreders en productieverschuivingen tussen bestaande aanbieders te kunnen faciliteren. De 2,5% ruimte van de groeiafpraak zou hier voor benut kunnen worden.

Hierbij wordt er van uitgegaan dat in het BKZ ook het honorariumdeel van de vrijgevestigd medisch specialisten werkzaam in ZBC's is opgenomen. Er zal een aanzienlijke 'time lag' in het beheersmodel ontstaan doordat het omzetplafond van jaar t alleen gebaseerd kan worden op gegevens van jaar t-2.