

Consultatiedocument

Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg

Uitwerking van implementatie per 2012

Inhoud

Vooraf	7
Managementsamenvatting	9
1. Inleiding	15
1.1 Aanleiding en achtergrond	15
1.2 Totstandkoming consultatiedocument	16
1.3 Tijdpad richting 1 januari 2012	17
1.4 Opbouw consultatiedocument	17
1.5 Leeswijzer	17
2. Eindmodel	19
2.1 Indeling van de medisch specialistische zorg	19
2.1.1 Vrije segment	19
2.1.2 Gereguleerde segment	19
2.1.3 Vaste segment	20
3. Transitie van budget naar prestatiebekostiging	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Reikwijdte	23
3.3 Werking transitie van budget naar prestatiebekostiging	24
3.4 Bepalen transitiebedrag	24
3.4.1 Transitie van budget naar prestatiebekostiging en rol van de zorgverzekeraar	26
3.4.2 Verrekening transitiebedrag	27
3.4.3 Dure geneesmiddelen	27
3.5 Conclusie	28
4. Afwikkeling van het functiegerichte budget	31
4.1 Inleiding	31
4.2 Additionele regelgeving	31
4.3 Inventarisatie en beoordeling beleidsregels en nadere regels	31
4.4 Regelgeving die wordt beëindigd	33
4.4.1 Onderbouwing per beleidsregel	33
4.5 Regelgeving die aanpassing behoeft	34
4.6 Regelgeving die doorloopt in 2012	34
4.7 Opbrengstverrekening	34
4.8 Vervallen kassiersfunctie	35
4.8.1 Productiesamenwerkingsverbanden	35
4.8.2 Integrale kankercentra	36
4.8.3 Overig	36
5. Uitbreiding vrije segment	39
6. Vaste segment	41
6.1 Inleiding	41
6.2 Wat: Omvang van het vaste segment	41
6.2.1 Uitgangspunten voor zorgfuncties in het vaste segment	41
6.2.2 Het jaar 2012	42
6.2.2.1 Volledig vaste vergoeding	42
6.2.2.2 Gedeeltelijk vaste vergoeding	42
6.2.3 De jaren 2013 en verder	43
6.3 Wie: Wie ontvangen een beschikbaarheidsbijdrage?	43
6.3.1 Het jaar 2012	43
6.3.1.1 Volledig vaste vergoeding	43
6.3.1.2 Gedeeltelijk vaste vergoeding	44
6.3.2 Het jaar 2013 e.v.	45

6.4	Hoeveel: Bepalen hoogte van de vaste vergoedingen	45
6.4.1	Het jaar 2012	45
6.4.1.1	Toerekening medisch specialisten en kapitaallasten aan beschikbaarheidsbijdragen	46
6.4.1.2	Indexering	47
6.4.2	De jaren 2013 en verder	47
6.5	Hoe: Financiering van de beschikbaarheidsbijdrage	48
6.5.1	Het jaar 2012	48
6.5.2	2013 e.v.	49
6.6	Tijdpad beschikbaarheidsbijdragen	49
6.6.1	Het jaar 2012	49
6.6.2	De jaren 2013 e.v.	50
6.7	Afhankelijkheden en randvoorwaarden	51
6.7.1	Samenhang met het transitie­model	51
6.7.2	Juridisch kader	51
6.8	Conclusie	52
7.	Overgangsregeling Kapitaallasten	53
7.1	Inleiding	53
7.2	Bepalen van het garantieniveau	53
7.3	Bepalen relevante omzet voor de overgangsregeling	56
7.3.1	Radiotherapie	57
7.3.2	Correctie kapitaallastenopslag	57
7.4	Samenloop overgangsregeling met transitie­model	58
7.5	Aanpassen garantieniveau bij ingebruik­neming investeringen gedurende overgangstermijn	59
7.6	Procedures toekennen garantie suppletie	59
7.7	Wbmv-inventarissen (kapitaallasten overgangsregeling)	59
7.8	Conclusie	60
8.	Categorale instellingen	61
8.1	Inleiding	61
8.2	Categorale instellingen algemeen	61
8.3	Transitie­model categorale instellingen	62
8.4	Sectorspecifieke omstandigheden	63
8.4.1	Audiologie	63
8.4.2	Dialyse	65
8.4.3	Radiotherapie	65
8.4.4	Revalidatie	66
8.5	Vrije prijzen	67
8.6	Kapitaallasten	68
8.7	Immateriële vaste activa	69
8.8	Afwikkeling budget of begroting	69
8.9	Inventarisatie en beoordeling beleidsregels en nadere regels	69
8.9.1	Regelgeving die afloopt per 2012	70
8.9.2	Regelgeving die moet worden beëindigd	70
8.9.3	Regelgeving die aanpassing behoeft	71
8.9.4	Regelgeving die ongewijzigd doorloopt	71
8.10	Conclusie	71
9.	Beheersmodel Honoraria Medisch Specialisten	73
9.1	Inleiding	73
9.2	Reikwijdte	73
9.3	Werking van het beheersmodel	74
9.4	Gegevensuitvraag	76
9.5	Budgettair kader	77
9.6	Berekening omzetplafond per instelling	78
9.7	Omzetplafond voor 'aan' en 'via' declareren	80
9.8	Ruimte voor dynamiek	82
9.8.1	Marktdynamiek medisch specialistische zorg	82

9.8.2	Ruimte voor dynamiek binnen het beheersmodel	84
9.9	Verrekening opbrengstverschillen	87
9.10	Conclusie	88
10. Vervolproces en opstellen regels		91
10.1	Onderscheid beleidsregels – nadere regel	91
10.2	Eindmodel als uitgangspunt	91
10.3	Integratie beleidsregel invoering DOT	92
Begrippenlijst		93

Vooraf

Voor u ligt het consultatiedocument van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de invoering van prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg. Hiermee consulteert de NZa de sector over de veranderingen die vanaf 2012 ontstaan doordat instellingen die nu nog gedeeltelijk worden bekostigd via budgetten overgaan op volledige prestatiebekostiging.

De NZa heeft de afgelopen periode veelvuldig met partijen overlegd over de vele veranderingen als gevolg van de overgang van budgettering op prestatiebekostiging. Op veel uitvoeringspunten is overeenstemming tussen partijen bereikt. Voor onderwerpen waarover geen overeenstemming is bereikt heeft de NZa een invulling gekozen die middels dit consultatiedocument aan de sector wordt voorgelegd. Voor de belangrijkste onderwerpen en de consultatievragen verwijzen wij u naar de managementsamenvatting.

Op 1 juni as. vindt de consultatiebijeenkomst plaats. Wij hopen op een vruchtbare consultatie.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

Managementsamenvatting

In 2012 gaan ziekenhuizen over van het huidige systeem van bekostiging via budgetten op volledige prestatiebekostiging. In dit consultatiedocument beschrijft de NZa hoe deze verandering in de medisch specialistische zorg verantwoord kan verlopen. Uitgangspunt daarbij is de brief "Zorg die loont" waarin de minister van VWS heeft aangegeven welke stappen zij noodzakelijk acht om naar het gewenste eindmodel van volledige prestatiebekostiging te komen. Het betreft de volgende stappen:

- het afschaffen van de ziekenhuisbudgetten zodat ook de prijsgereguleerde prestaties van het A-segment onder prestatiebekostiging vallen;
- uitbreiding van het vrije segment;
- de introductie van een vast segment met beschikbaarheidsbijdragen voor bepaalde zorgfuncties;
- een integrale vergoeding van de kapitaallasten in de tarieven;
- tijdelijke invoering van een beheersmodel voor de honorariumomzet van vrijgevestigde medisch specialisten.

Dit consultatiedocument, dat op 1 juni met de sector besproken wordt, gaat over de implementatie van deze veranderingen. Vóór de consultatie heeft de NZa deze onderwerpen intensief met brancheorganisaties besproken in technische overleggen. Waar tijdens het technisch overleg nog geen consensus is bereikt, kiest de NZa in dit consultatiedocument de in haar ogen meest logische uitwerking en vraagt naar de opvatting van veldpartijen. Na de consultatie volgt in de eerste week van juli een verantwoordingsdocument waarin de definitieve keuzes worden beschreven en onderbouwd. De NZa zal deze keuzes verder uitwerken in beleidsregels (per 1 september 2011) en in tariefbeschikkingen (per 1 oktober 2011). Aangezien de gewijzigde Wmg naar verwachting pas aan het eind van het jaar van kracht wordt, zullen deze beleidsregels en tariefbeschikkingen op dat moment nog een voorlopig karakter hebben.

De in dit document beschreven veranderingen hebben als doel om de medisch specialistische zorg op verantwoorde wijze naar het eindmodel te loodsen. In het eindmodel geldt prestatiebekostiging, waarin zorgaanbieders per geleverde prestatie betaald worden, op basis van integrale tarieven. Naast het vrije segment met volledig vrije prijzen resteert een gereguleerd segment met maximumtarieven voor zorg die niet geschikt is voor vrije prijsvorming. Daarnaast is er een vast segment voor zorg die met prestatiebekostiging onvoldoende geborgd zou zijn.

Om vanuit het huidige systeem van bekostiging via budgetten over te gaan naar het gewenste eindmodel geldt de komende twee jaar een transitie-model voor de huidige gebudgetteerde instellingen. Daarmee worden systeemrisico's voor deze instellingen gedempt. Reguliere omzetriscico's vallen buiten het transitie-model, aangezien die inherent zijn aan de beoogde dynamiek in de markt. De systeemrisico's worden gedempt door eenmalig een transitiebedrag per ziekenhuis vast te stellen dat gebaseerd is op het verschil tussen de schaduwomzet 2012 volgens het huidige functiegerichte budget (FB) en de bijbehorende DOT-omzet in 2012. Het transitiebedrag wordt in 2012 voor 95% verrekend en in 2013 voor 70%.

Vanwege de verrekening van het transitiebedrag wordt de omzet van de ziekenhuizen in 2012 voor het grootste gedeelte nog bepaald, namelijk

voor 95%, door de omzet uit het schaduw FB. Om zorgverzekeraars te betrekken bij de totstandkoming van de schaduwomzet vindt de NZa het wenselijk om de nacalculatieprocedure inclusief het representatiemodel voor zorgverzekeraars voor 2012 in stand te houden. Over de rol van verzekeraars bij de verrekening van het transitiebedrag zijn VWS en de zorgverzekeraars nog in gesprek. De uitkomst van deze discussie bepaalt hoe de verrekening gaat plaatsvinden.

De kosten van dure geneesmiddelen worden in 2012 via add-ons meegenomen in de tarieven van zorgproducten. De verwachting is dat de tarieven voor add-ons in 2013 zullen afwijken van de tarieven in 2012. De NZa stelt daarom voor om voor de dure en weesgeneesmiddelen een separaat transitiebedrag te bepalen. Dit transitiebedrag is het verschil tussen de gedeclareerde add-ons in 2012 en het schaduw FB 2012 voor dure en weesgeneesmiddelen. Dit transitiebedrag wordt net als het algemene transitiebedrag in 2012 voor 95% verrekend en in 2013 voor 70%.

Op verzoek van de minister van VWS heeft de NZa eerder dit jaar verkend of een maximale uitbreiding van het B-segment bij invoering van prestatiebekostiging mogelijk is. De NZa heeft geadviseerd om het B-segment tot 70% van de totale omzet uit te breiden. De minister is voornemens dit advies over te nemen. Aangezien over deze maximale uitbreiding van het vrije segment de sector al geraadpleegd is, maakt deze geen deel meer uit van deze consultatie.

Sommige zorg die publiek wel zeer gewenst is, kan niet of niet geheel via prestatiebekostiging gefinancierd worden (bijv donoruitnameteams). Deze zorg valt vanaf 2012 onder een vast segment met beschikbaarheidsbijdragen. Het gaat dan om functies die in 2011 uit het ziekenhuisbudget worden bekostigd, onder de reikwijdte van de Wmg vallen en niet of onvoldoende zouden blijven bestaan als deze (uitsluitend) via de tarieven van declarabele prestaties worden bekostigd. Voor 2012 worden beschikbaarheidsbijdragen toegekend die zo veel mogelijk aansluiten bij de bestaande budgetvergoedingen. Daarbij wordt één op één aangesloten bij de huidige vergoedingen uit de ziekenhuisbudgetten en de huidige aanbieders. Voor 2013 en verder worden de beschikbaarheidsbijdragen na kostenonderzoek opnieuw onderbouwd.

In het eindmodel maakt de opslag voor kapitaallasten integraal onderdeel uit van de tarieven. Om van de huidige kapitaallasten vergoedingen over te gaan naar integrale tarieven heeft de NZa al in 2010 een overgangsregeling kapitaallasten vastgesteld. Het gaat hierbij alleen om een garantie op de WTZi-kapitaallasten (vergunning en melding).

VWS is voornemens om in 2012 de kapitaallasten integraal onderdeel te laten zijn van het transitieproces. In dat geval ligt het voor de hand om de kapitaallasten – net als in de huidige situatie – op te nemen in het schaduw FB en hierop na te calculeren. Op deze wijze is in 2012 95% van de kapitaallasten gegarandeerd via het schaduw FB. Opgemerkt wordt dat als de kapitaallasten onderdeel gaan uitmaken van het transitieproces, de overgangsregeling kapitaallasten in 2012 materieel geen rol speelt.

De overgangsregeling kapitaallasten biedt een aflopende garantie op kapitaallasten tot en met 2016. Het garantieniveau wordt afgeleid uit het budget 2011. De garantie bedraagt in 2011 95% en wordt jaarlijks met 5% verlaagd tot 70% in 2016, het laatste jaar van de overgangsregeling.

Op het moment dat de overgangsregeling kapitaallasten voor ziekenhuizen wordt toegepast, stelt de NZa voor om uit te gaan van een kapitaallastenslag van 8,7% voor zowel de A- als B-omzet, met uitzondering van de radiotherapie. Gezien de gemiddeld hogere kapitaallasten voor radiotherapie stelt de NZa een opslag van 20% voor.

Categorale instellingen maken, waar dat verantwoord kan, tegelijk met de algemene ziekenhuizen de overstap naar prestatiebekostiging. De NZa stelt voor dat instellingen voor dialyse en radiotherapie aansluiten bij het algemene transitieproces. Voor revalidatie en audiologie stelt de NZa voor de transitieperiode met een jaar te verlengen. In 2012 en in 2013 geldt voor hen dan een dempingspercentage van 95% en in 2014 van 70%. Categorale instellingen voor audiologie, dialyse en radiotherapie voldoen volgens de NZa aan de criteria om per 2012 over te gaan op vrije prijzen. Voor revalidatie worden vooralsnog maximumtarieven gehanteerd vanwege de grote veranderingen in productstructuur die nog voor 2013 gepland staan. De NZa adviseert om de categorale instellingen voor revalidatie, radiotherapie en dialyse onder de algemene overgangsregeling voor kapitaallasten te brengen. Audiologie valt niet onder de garantieregeling.

Gedurende een overgangsperiode van drie jaar (2012-2014) geldt een beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten. De contouren van het beheersmodel zijn vastgelegd in een onderhandelingsakkoord tussen VWS, de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Het beheersmodel is van toepassing op de honorariumomzet van alle vrijgevestigde medisch specialisten, met uitzondering van specialisten werkzaam in solopraktijken en privéklinieken. Het beheersmodel heeft betrekking op zowel het A- als B-segment.

Binnen het beheersmodel stelt de NZa een omzetplafond vast per instelling. De instelling stelt op grond van het onderhandelingsakkoord 80% van die ruimte direct ter beschikking aan de vrijgevestigde medisch specialisten in de instelling, mits hier declaraties tegenover staan. De resterende 20%, met een bandbreedte van plus of min 5%, wordt op basis van nadere onderhandelingen verdeeld.

In iedere instelling kunnen de vrijgevestigde medisch specialisten een collectief vormen. De betrokken specialisten bepalen zelf of zij deelnemen aan een collectief. Binnen het collectief kunnen de specialisten 'via' de instelling aan de zorgverzekeraar declareren. Vrijgevestigde medisch specialisten buiten een collectief kunnen alleen nog 'aan' de instelling declareren, waarbij de fiscale status als vrije beroepsbeoefenaar niet gegarandeerd is.

Om de omzetplafonds per instelling vast te stellen heeft de NZa een gegevensvraag laten uitvoeren naar de honorariumomzetten 2007, 2008 en 2009 en de fte en capita vrijgevestigd medisch specialisten in 2009. De historische omzetten van 2009 zijn de basis van de toedeling van de beschikbare honorariumruimte (het plafond) van iedere instelling. Voor het faciliteren van marktdynamiek is jaarlijks 2,5% van het totale budget beschikbaar. Onder marktdynamiek wordt verstaan volumegroei, volumeverschuivingen tussen instellingen en nieuwe toetreding. Voor volumeverschuivingen wil de NZa tussentijdse overdracht van omzetplafonds mogelijk maken. De NZa stelt voor om voor sterke groeiers de helft van de 2,5% beschikbaar te stellen. De andere helft is dan bestemd voor nieuwe toetreders. Die krijgen een plafond toegewezen op basis van een normatief bedrag per fte.

Als het omzetplafond wordt overschreden, voert de NZa een verrekening uit op basis van de door de instelling (namens de specialisten in het collectief) ingebrachte jaarrekening. Voor de uitvoering van het beheersmodel honoraria medisch specialisten zal de omzet in een jaar leidend zijn. De waardering van het onderhandenwerk is cruciaal bij de omzetbepaling. De NZa is voornemens de waardering van het onderhanden werk meer te uniformeren, door een vast verrekenpercentage vast te leggen in de regelgeving. In overleg met de werkgroep Richtlijnen Jaarverslaggeving zal de NZa bepalen hoe de regelgeving ingevuld wordt.

Om de zienswijze van belanghebbenden op bovenstaande onderwerpen te vernemen, stelt de NZa in dit consultatiedocument de volgende vragen:

Consultatievraag 1:

Kunt u zich vinden in de uitwerking van het transitie­model van hoofdstuk 3? Zo niet, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

Consultatievraag 2:

Kunt u zich vinden in de voorgestelde afwikkeling van het functiegerichte budget van hoofdstuk 4? Zo niet, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

Consultatievraag 3:

Kunt u zich vinden in de in hoofdstuk 6 gemaakte uitwerking en werkwijze met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdragen? Indien nee, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

Consultatievraag 4:

Kapitaallasten algemeen: Kunt u zich vinden in de uitwerking met betrekking tot de overgangsregeling kapitaallasten van hoofdstuk 7? Zo niet, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

Consultatievraag 5:

Kapitaallasten specifiek: Ziet u uitvoeringsproblemen bij de optie waarbij de kapitaallasten in het transitie­model worden opgenomen?

Consultatievraag 6:

Kunt u zich vinden in het in hoofdstuk 8 voorgestelde transitie­model voor:

- Audiologie?
- Dialyse?
- Radiotherapie?
- Revalidatie?

Zo niet, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

Consultatievraag 7:

Kunt u zich vinden in de uitwerking van het beheersmodel van hoofdstuk 9? Zo niet, waarom niet en wat is uw alternatief?

Consultatievraag 8:

Specifiek inzake ruimte voor dynamiek: kunt u zich vinden in de in paragraaf 9.8.2 beschreven methodiek voor snelle groeiers en toetreders? Zo niet, waarom niet en wat is uw alternatief?

Consultatievraag 9:

Specifiek inzake ruimte voor toetreders: kunt u zich vinden in de paragraaf 9.8.2 beschreven methodiek voor het vaststellen van

omzetplafonds voor toetreders op basis van fte? Zo niet, waarom niet en wat is uw alternatief?

Consultatievraag 10:

Specifiek inzake verrekening: kunt u zich vinden in de paragraaf 9.9 beschreven rekenregel voor de waardering van onderhanden werk? Zo niet, waarom niet en wat is uw alternatief?

In verband met de korte doorlooptijden worden reacties bij voorkeur ingediend via uw branchevereniging. Reacties kunnen tot uiterlijk 15 juni 2011 bij de NZa worden ingediend.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

Al een aantal jaar wordt voor de medisch specialistische zorg gewerkt aan een eindmodel waarin volledige prestatiebekostiging geldt. In de voorhangbrief 'Zorg die Loont'¹ onderstreept de minister dit doel en beschrijft ze de gewenste stappen om vanuit de huidige bekostiging tot het beoogde eindmodel te komen.

Deze stappen zijn het afschaffen van de ziekenhuisbudgetten zodat ook de prijsgeruleerde prestaties van het A-segment onder prestatiebekostiging vallen, een forse uitbreiding van het vrije segment en de introductie van een vast segment met voor bepaalde zorgfuncties een beschikbaarheidsbijdrage. Daarnaast moeten de integrale kapitaallasten op termijn integraal vergoed worden. Ten slotte wil de minister voor de honorariumomzet van vrijgevestigde medisch specialisten een beheersmodel hanteren.²

Parallel aan de uitwerking van prestatiebekostiging loopt het project 'Invoering DOT' (DBC's Op weg naar Transparantie'). De invoering van de nieuwe DBC-zorgproducten is essentieel voor de invoering van prestatiebekostiging. Deze verandering is zelf overigens geen onderwerp van deze consultatie, maar heeft wel praktische implicaties voor de uitwerking van de verschillende onderwerpen van dit consultatiedocument.

Op 12 april 2012 heeft de NZa met een bestuursbesluit besloten dat DOT geschikt is als productstructuur voor de medisch specialistische zorg 2012. In de overwegingen heeft de NZa bepaald dat de ontwikkeling van DOT op een zorgvuldige wijze heeft plaats gevonden en dat er een breed draagvlak bestaat voor invoering van DOT per 2012. Ook inhoudelijk is de NZa positief over de nieuwe productstructuur. De nieuwe productstructuur vormt een substantiële verbetering ten opzichte van de huidige productstructuur. De afname van het aantal producten en de betere herkenbaarheid komen zowel het onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ten goede, als de consument. De NZa oordeelt ook positief over de stabiliteit en de dekking van de productstructuur.³

De NZa beoordeelt momenteel de kostendelen van de tarieven van het gereguleerde segment. De NZa en DBC-Onderhoud voeren ook een impactanalyse uit om inzicht te verkrijgen in de verwachte effecten van de invoering van DOT. Eind juni geeft de NZa een definitief oordeel over DOT, mede op basis van de impactanalyses. De NZa wil voor 1 juli 2011 de beleidsregels en regelingen DOT vaststellen zodat partijen voldoende implementatietijd hebben. De honorariadelen van de tarieven worden op 1 september 2011 uitgeleverd.⁴

¹ Ministerie van VWS, 'Zorg die loont', 14 maart 2011, kenmerk CZ-IPZ3056686

² Ministerie van VWS, 'Nadere uitwerking voorhang beheersmodel Medisch Specialisten', 16 maart 2011, kenmerk CZ-IPZ-3056668.

³ Voor een uitgebreide toelichting op deze beoordeling verwijzen wij u naar het rapport 'Beoordeling productstructuur DOT'.

⁴ Meer informatie over de invoering van DOT kunt u vinden op de website van de NZa in het dossier 'DBC/DOT' en op www.belonenaarprestaties.nl.

1.2 Totstandkoming consultatiedocument

De onderwerpen van dit consultatiedocument zijn de afgelopen periode intensief met brancheorganisaties besproken in technische overleggen. De notities van de technische overleggen en de verslagen daarvan zijn samen met dit consultatiedocument op de website van de NZa gepubliceerd.

Tabel 1 – Totstandkoming consultatiedocument

Onderwerp	Aanwezigen
26 april: Beschikbaarheidsbijdragen 2012 en 2013 e.v.	NVZ, NFU, Erasmus MC, Radboud Ziekenhuis, SAZ
26 april: Transitie-model en kapitaallasten**	NVZ, NFU, ZN, Dianet, OZRC, FENAC
29 april: Beheersmodel: honorariumplafond medisch specialisten en mutatiesystematiek	NVZ, NFU, ZN, OMS, ZKN, AZM, HagaZiekenhuis, Maxima Medisch Centrum, medisch specialist
11 mei: Verrekening en macrobeheersingsinstrument	NVZ, NFU, ZN, ZKN
30 maart en 11 mei: Dialyse	Dianet
7 april en 2 mei: Radiotherapie	ZRT, BVI, Maastru, OZRC, RIF, ARTI
31 maart en 10 mei: Revalidatie	RN, DCG, DG
24 maart en 10 mei: Audiologie	FENAC

In veel gevallen heeft het technisch overleg geleid tot een gedeeld beeld over de richting en de te maken keuzes. In die gevallen wordt in dit consultatiedocument alleen de voorgestelde keuze beschreven en blijven alternatieven buiten beschouwing. Over een aantal keuzes is tijdens het technisch overleg nog geen consensus bereikt. In die gevallen kiest de NZa de in haar ogen meest logische uitwerking en vraagt de NZa met dit document naar de opvatting van veldpartijen. Dit neemt niet weg dat ook reacties op andere onderdelen uit dit document welkom zijn.

Uit deze consultatie volgt een verantwoordingsdocument. Waar de uiteindelijk gekozen implementatie in mocht gaan tegen het advies van één of meerdere partijen zal deze keuze in het verantwoordingsdocument worden gemotiveerd.

De Raad van Bestuur van de NZa heeft nog geen definitieve besluiten genomen. Dit zal pas gebeuren bij het vaststellen van beleidsregels en regelingen. Voorafgaand daaraan geeft de NZa in de eerste week van juli al wel aan wat zij gaat doen met de reacties en inbreng op deze consultatie. Uw reactie kan dus nog bijdragen aan de besluitvorming.

In verband met de korte doorlooptijden worden reacties bij voorkeur ingediend via uw branchevereniging. Reacties kunnen tot uiterlijk 15 juni 2011 bij de NZa worden ingediend.

1.3 Tijdpad richting 1 januari 2012

Tabel 2 – Tijdpad

Wat	Wanneer
Publicatie consultatiedocument	25 mei
Consultatiebijeenkomst	1 juni
Publicatie verantwoordingsdocument	eerste week juli
Vaststellen en publiceren beleidsregels	eerste week september
Vaststellen tariefbeschikkingen	eerste week oktober

Om de benodigde beleidsregels en tariefbeschikkingen op te stellen moet VWS de NZa nog een aanwijzing geven. Voorts is van belang dat de gewijzigde Wmg (Wetsvoorstel Aanvulling Instrumenten Bekostiging Wmg) naar verwachting pas eind 2011 van kracht wordt. Tot die tijd kan de NZa slechts concept beleidsregels en tariefschikkingen vaststellen. Zodra de wet van kracht wordt stelt de NZa de beleidsregels en tariefbeschikkingen definitief vast.

1.4 Opbouw consultatiedocument

Dit consultatiedocument beschrijft de veranderingen per 2012 voor de bekostiging van de tweedelijns intramurale curatieve zorg. De veranderingen vallen onder de noemer 'transitietraject naar eindmodel'. Het beoogde eindmodel wordt daarom als eerste beschreven in het volgende hoofdstuk.

Om het eindmodel te bereiken is een transitiefase voorzien die in de navolgende hoofdstukken wordt behandeld. Hoofdstuk 3 beschrijft het algemene transitieproces voor de overgang van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging. De afwikkeling van het functiegerichte budget is onderwerp van hoofdstuk 1. Hoofdstuk 5 betreft de uitbreiding van het vrije segment en hoofdstuk 6 gaat nader in op het vaste segment. Hoofdstuk 7 behandelt de wijze waarop de kapitaallasten worden gereguleerd. Hoofdstuk 8 gaat nader in op de transitie voor categorale instellingen. Het tijdelijke beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten komt in hoofdstuk 9 aan de orde. Tot slot gaat hoofdstuk 10 in op het vervolgproces en het opstellen van de nodige regels.

1.5 Leeswijzer

Er komen vanaf 2012 veel veranderingen op de sector af, waardoor dit ook een omvangrijk consultatiedocument is geworden. In onderstaande tabel ziet u in één oogopslag welke hoofdstukken voor u het meest relevant zijn.

Tabel 3 – Leeswijzer

	Algemene ziekenhuizen en UMC's	Categoriale instellingen	ZBC's	Vrijgevestigde medisch specialisten	Zorgverzekeraars
2 Eindmodel	X	X	X	X	X
3 Transitie-model	X	X			X
4 Afwikkeling FB	X	X			X
5 Vrije segment	X	X	X		X
6 Vaste segment	X			X	X
7 Overgangsregeling kapitaallasten	X	X			X
8 Categoriale instellingen		X			X
9 Beheersmodel medisch specialisten	X	X	X	X	X
10. Vervolgproces en opstellen regels	X	X	X	X	X

2. Eindmodel

Onder het eindmodel verstaan we de situatie die geldt na afloop van de transitieregulering die de komende jaren van toepassing is. Gedurende de transitiefase is er sprake van flankerend beleid. Dit flankerend beleid omvat een aantal overgangsmodellen:

- Transitie­model voor ziekenhuizen (2012 – 2013);
- Overgangs­regeling kapitaallasten (2011 – 2016);
- Beheers­model voor de honoraria vrijgevestigde medisch specialisten (2012 - 2014).

De drie overgangsmodellen en de daarmee samenhangende onderwerpen komen in het vervolg van dit consultatiedocument aan bod. In dit hoofdstuk worden de contouren van het eindmodel kort geschetst.

2.1 Indeling van de medisch specialistische zorg

In het eindmodel is de medisch specialistische zorg ingedeeld in drie segmenten: een vrij segment, een gereguleerd segment en een vast segment.

Tabel 4 – De drie segmenten in het eindmodel

Segment	Invulling
<i>Vrije segment</i>	Volume vrij; vrij onderhandelbare tarieven
<i>Gereguleerd segment</i>	Volume vrij; gereguleerde maximumtarieven
<i>Vast segment</i>	Productie onafhankelijke beschikbaarheidsbijdragen.

2.1.1 Vrije segment

In het eindmodel is in het vrije segment sprake van volledige prestatiebekostiging (vrije volumes⁵) en vrije prijsvorming. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen naast kwaliteit over volumes en prijzen. De prijzen die tot stand komen zijn integraal; dit betekent dat ook de vergoeding voor medisch specialisten en kapitaallasten in de prijs­onderhandelingen worden meegenomen.

In het eindmodel is het vrije segment maximaal uitgebreid. Op advies van de NZa wordt het vrije segment per 2012 uitgebreid tot circa 70% van de zorg. Zie over de uitbreiding van het B-segment hoofdstuk 5.

2.1.2 Gereguleerde segment

In het eindmodel geldt in het gereguleerde segment volledige prestatiebekostiging (vrije volumes⁶), maar met gereguleerde maximumtarieven. Tot dit segment behoort zorg die niet geschikt is voor volledig vrije prijsvorming.

Met het oog op de publieke belangen laat de overheid de prijsvorming in dit segment niet volledig over aan de markt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen wel prijzen onder de maximumtarieven

⁵ VWS is voornemens om op macroniveau wel een omzetbegrenzing te hanteren middels het macrobeheersingsinstrument (MBI).

⁶ Zie voorgaande voetnoot.

afspraken. Op deze wijze kan er lokaal maatwerk worden geleverd en kunnen staffelafspraken worden gemaakt.

Ook in het gereguleerde segment gelden integrale tarieven, inclusief de vergoeding voor de medisch specialist en kapitaallasten. Over de hoogte van deze componenten kan worden onderhandeld binnen het integrale maximumtarief. Zorgaanbieders en medisch specialisten hebben de vrijheid om onderling afspraken te maken over welk deel van de declaratie-inkomsten als vergoeding voor de inzet van de medisch specialisten in het behandeltraject wordt gebruikt.

In het gereguleerde segment worden structureel de Wbmv-zorg en IC-zorg opgenomen.⁷ De Wbmv-zorg betreft de bijzondere zorg die is gereguleerd op grond van de Wbmv (Wet op bijzondere medische verrichtingen). Onder de Wbmv valt onder andere cardiochirurgie en interventiecardiologie, orgaantransplantaties, neurochirurgie en neonatale intensive care. Deze zorg wordt door een beperkt aantal zorgaanbieders geleverd. Bovendien is bij Wbmv-zorg sprake van een infrastructuur met veel dure apparatuur (hoge vaste kosten). Het is daardoor niet rendabel deze zorg te leveren bij een laag volume, waardoor aanbodregulering wenselijk is.

2.1.3 Vaste segment

Het vaste segment bestaat uit een aantal specifieke functies die een publiek belang kennen en die niet (volledig) kunnen worden bekostigd via prestatiebekostiging. Voor deze functies ontvangen zorgaanbieders (al dan niet deels) een vergoeding in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage.

Voor het ontvangen van een vergoeding uit het vaste segment dient een zorgaanbieder aangewezen te zijn door het ministerie van VWS of de NZa.

Voor een aantal zorgfuncties bestaan geen declarabele zorgprestaties. Deze functies worden geheel via een volledig vaste vergoeding bekostigd. Voor een aantal andere zorgfuncties bestaan wel declarabele zorgprestaties, maar zijn er situaties waarbij deze declarabele prestaties niet voldoende zijn om de toegankelijkheid en kwaliteit te borgen.

Bekostiging geheel via volledig vaste vergoeding:

- Donoruitnameteams;
- Calamiteitenhospitaal;
- Helikoptervoorzieningen voor traumazorg;
- Kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten)zorg en het opleiden, trainen en oefenen ten behoeve van rampen (OTO);
- Academische component.

Aanvullend hierop is VWS voornemens om de bekostiging van de medische vervolgoopleidingen ook via beschikbaarheidsbijdragen te laten verlopen.

Bekostiging deels via een gedeeltelijk vaste vergoeding:

- Spoedeisende hulp;
- Traumazorg;
- Brandwondenzorg.

⁷ De beschikbaarheid van Wbmv-zorg wordt ook deels in het vaste segment bekostigd.

De vergoeding wordt via een beschikking van de NZa rechtstreeks via het Zorgverzekeringsfonds aan de aanbieder vergoed.

In het eindmodel maken de kapitaallasten integraal deel uit van de prijzen. In de tarieven van prestaties in het vaste segment worden normatieve of onderbouwde kapitaallastencomponenten opgenomen. In het eindmodel hebben zorgaanbieders en medisch specialisten de vrijheid om onderling afspraken te maken over welk deel van de declaratie-inkomsten als vergoeding voor de inzet van de medisch specialisten in het behandeltraject wordt gebruikt.

3. Transitie van budget naar prestatiebekostiging

3.1 Inleiding

Per 2012 wordt de budgettering in de medisch specialistische zorg afgeschaft en geldt prestatiebekostiging ook voor de prestaties van het A-segment. De overgang van gedeeltelijke budgetbekostiging naar prestatiebekostiging brengt voor gebudgetteerde instellingen systeemrisico's met zich mee. De minister van VWS heeft de NZa gevraagd om een transitieplan uit te werken waarmee de systeemrisico's van de overgang van budgetbekostiging naar volledige prestatiebekostiging deels worden ondervangen.

In de voorhangbrief 'Zorg die Loont'⁸ heeft de minister het door haar gewenste transitieplan in grote lijnen beschreven. In het kort betreft het een transitieplan dat twee jaar geldt en waarbij de systeemrisico's van de overgang van budgettering naar prestatiebekostiging worden opgevangen, zonder dat de omzetrisico's worden verminderd. De systeemrisico's worden opgevangen door eenmalig een transitiebedrag vast te stellen per ziekenhuis op basis van het verschil tussen de schaduwomzet en bijbehorende DOT-omzet. Het transitiebedrag wordt in het eerste jaar van de transitie voor 95% verrekend en in het tweede jaar voor 70%. Het transitieplan heeft alleen betrekking op instellingen die nu (deels) gebudgetteerd worden en dient alleen om de risico's te ondervangen die samenhangen met de afschaffing van de ziekenhuisbudgetten.⁹

Parallel aan de uitwerking van prestatiebekostiging met een transitieplan loopt het project 'Invoering DOT'. De invoering van de nieuwe DBC-zorgproducten is essentieel voor de invoering van prestatiebekostiging. De overgang op nieuwe DBC-zorgproducten brengt eveneens risico's voor de omzet met zich mee. Deze risico's worden door de werking van het transitieplan gedempt voor de nu (deels) gebudgetteerde instellingen. De NZa voert momenteel een onderzoek uit naar de impact van DOT.

Om het transitieplan uit te werken heeft de NZa meerdere technische overleggen gevoerd met partijen. Deze hebben geleid tot de hierna beschreven uitwerking van het model.

3.2 Reikwijdte

Het transitieplan geldt voor instellingen voor medisch specialistische zorg die tot 2012 (deels) via budgettering worden bekostigd. Het transitieplan geldt voor de jaren 2012 en 2013.

Het transitieplan geldt ook als uitgangspunt voor categorale instellingen die (deels) met budgetten worden bekostigd. Voor de categorale instellingen geldt een aantal extra vragen en overwegingen. Zie voor de categorale instellingen het separate hoofdstuk 8.

⁸ Ministerie van VWS, 'Zorg die loont', 14 maart 2011, kenmerk CZ-IPZ3056686

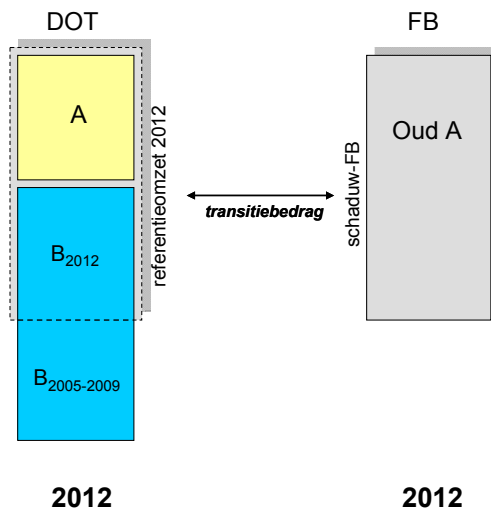
⁹ Zie verder de brief 'Zorg die loont', reeds aangehaald.

3.3 Werking transitie­model

In essentie komt het transitie­model er op neer dat de overgang van budget­bekostiging naar prestatie­bekostiging voor iedere instelling wordt gedempt. Om de overgang te dempen wordt de omzet uit prestatie­bekostiging vergeleken met de omzet die zou zijn behaald als de instelling nog op basis van een budget zou zijn bekostigd (het zogenoemde 'schaduw FB'). Het verschil wordt bijgepast (als de budget­bekostiging hoger was geweest) of moet worden afgedragen (als de budget­bekostiging lager was geweest).

Het verschil tussen de omzet uit prestatie­bekostiging en het schaduw FB vormt het transitie­bedrag. Op basis van de schaduw FB 2012 en de omzet 2012 bij prestatie­bekostiging wordt een­malig het transitie­bedrag vast­gesteld. Belangrijk is dat het schaduw FB aangrijpt op het A-seg­ment van 2011. Dit betekent concreet dat de uitbreiding van het B-seg­ment in 2012 van ca. 34% naar ca. 70% ook meetelt in de berekening van het transitie­bedrag. In dit document spreken we dan over de tranche B₂₀₁₂. De zorg die vóór 2012 tot het B-seg­ment werd gerekend blijft daarentegen buiten beschouwing bij de berekening van het transitie­bedrag. Er is dus geen sprake van een vangnet voor de wijzigingen in de product­structuur.

De demping is in 2012 hoog, door 95% van het transitie­bedrag te verrekenen. Dit betekent dat de DOT-omzet in 2012 slechts beperkt invloed op de uiteindelijke omzet heeft. In 2013 wordt nog­maals 70% van het berekende transitie­bedrag in 2012 verre­kend (uitgekeerd dan wel afge­roomd). Hieraan ligt de veronder­stelling ten grondslag dat zorgaan­bieders die in 2012 een lagere DOT-opbrengst hebben dan het voormalige budget, dat ook in 2013 zullen hebben en andersom. De overgang naar prestatie­bekostiging wordt daarom verzacht door in 2013 nog­maals een (kleiner) deel van het geconstateerde verschil te verrekenen.



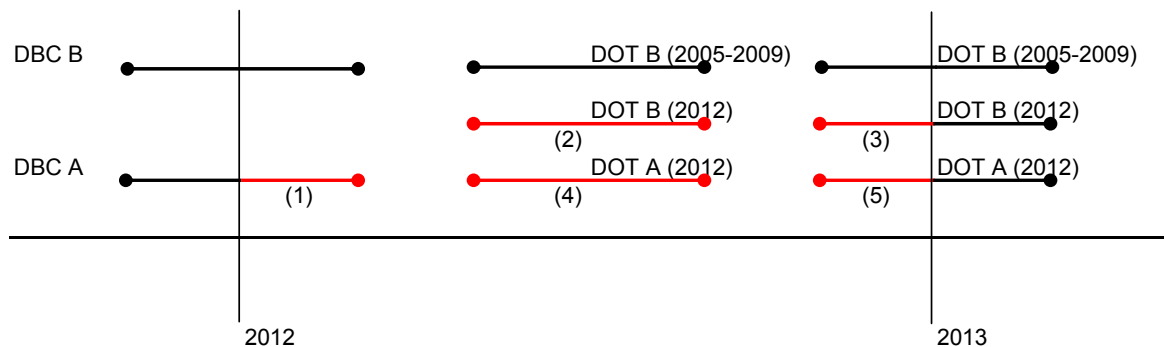
3.4 Bepalen transitie­bedrag

De omzet van 2012 van het A-seg­ment en de 2012 tranche van het B-seg­ment bestaat uit de volgende onder­delen:

- (1) Tariefopbrengst DBC-A die overlopen uit 2011, minus het onderhanden werk 2011 (tarief 2011);

- (2) Tariefopbrengst DOT-B₂₀₁₂ voor producten geopend en gesloten in 2012 (prijs 2012);
- (3) Onderhanden werk DOT-B₂₀₁₂ voor producten geopend in 2012 en gesloten in 2013 (prijs 2012);
- (4) Tariefopbrengst DOT-A₂₀₁₂ voor producten geopend en gesloten in 2012 (tarief 2012);
- (5) Onderhanden werk DOT-A₂₀₁₂ voor producten geopend in 2012 en gesloten in 2013 (tarief 2012);
- (6) Overige opbrengsten in 2012 die voorheen tot het A-segment werden gerekend: overige verrichtingen en trajecten, add ons IC en dure en weesgeneesmiddelen.

Vaste vergoedingen worden niet tot de omzet gerekend. Op de vaste vergoedingen wordt separaat ingegaan in hoofdstuk 1.



Voor de vaststelling van het transitiebedrag is het noodzakelijk dat de omzet van 2012 van het A-segment en de 2012 tranche van het B-segment apart inzichtelijk worden. Immers, deze bedragen moeten worden vergeleken met het schaduw FB 2012. DBC-Onderhoud heeft aangegeven dat het mogelijk is om voor alle DOT B-zorgproducten die we kennen in 2012, aan te geven of ze in 2011 ook al tot het B-segment behoren (B-segment tranches 2005-2009 ook wel: B_{oud}) of dat de zorg in 2011 nog tot het A-segment behoort (B-segment tranche 2012 ook wel: B_{nieuw}). Iedere instelling zal op basis van de labeling van DBC-Onderhoud moeten bepalen welke omzet is behaald in het segment B_{oud} en welke omzet is behaald in B_{nieuw}.

Het schaduw FB bestaat uit de volgende onderdelen:

- vaste¹⁰ en semivaste¹¹ budgetcomponenten, bevroren op het niveau 2011 (uitgezonderd dure en weesgeneesmiddelen, en de kapitaallasten die onder de overgangsregeling vallen);
- variabele FB-parameters realisatie 2012, voor alle zorg die in 2011 tot het A-segment werd gerekend.
- Een deelbedrag voor de dure en weesgeneesmiddelen (zie hierover paragraaf 3.4.3).

De NVZ en NFU hebben een voorbehoud gemaakt ten aanzien van de 'juistheid' van het te berekenen transitiebedrag, als gevolg van verschuivingen in segmenten, het ontbreken van DOT-producten voor bepaalde vormen van zorg, verschuivingen in het onderhanden werk in 2012, en het betrekken van de overloop A-DBC's (vaste tarieven) uit

¹⁰ Vaste budgetcomponenten: kapitaallasten die niet onder de overgangsregeling vallen, restcorrecties budgetschoningen, kortingsbedragen. Deze budgetcomponenten moeten niet worden verward met de vaste vergoedingen (onderwerp van hoofdstuk 1).

¹¹ Semivaste budgetcomponenten: adherentie, bedden, specialistenplaatsen, loonkosten medisch specialisten in loondienst, LPT en vierkante meters.

2011 in de omzetbepaling 2012. De vraag is in hoeverre het model zuiver de overgang van FB naar DOT opvangt. Immers in 2012 wordt een deel van de omzet bepaald door overloop DBC's. Het transitiebedrag wordt eenmalig vastgesteld in 2012 en wordt voor 95% respectievelijk 70% verrekend in de jaren 2012 en 2013. 2013 is het jaar waarin er voor het eerst sprake is van een volledige DOT-productie. Mogelijk moet er voor het onzuivere overgangseffect in 2012 worden gecorrigeerd. Simulaties moeten uitwijzen hoe groot het effect is en of het nodig is een correctie uit te voeren. De NFU en NVZ schatten in dat het transitie-model uitvoerbaar is, maar wel registratiediscipline en aanpassing van de automatisering vergt.

Met betrekking tot de uitvoerbaarheid spelen twee aspecten:

- Het kunnen splitsen van de DOT-omzet in de segment A_{oud} en B_{oud} ; de NVZ en de NFU achten dit uitvoerbaar als er goede conversietabellen worden opgeleverd, waarmee het mogelijk moet zijn om DOT-producten te labelen in deze twee categorieën.
- Het kunnen splitsen van de bijbehorende FB-parameters.

De splitsing voor beide onderdelen is volgens de aanbieders uitvoerbaar. Voor het onderhanden werk zal de splitsing wat lastiger zijn, maar tegen de tijd dat over het onderhanden werk gerapporteerd moet worden (in de loop van 2013) is voor een groot deel van het onderhanden werk al duidelijk tot welke segmenten de productie moet worden gerekend. Voor het overige deel blijken schattingen veelal goed overeen te komen met de werkelijkheid, aldus de zorgaanbieders.

Het bijhouden van FB-parameters wordt niet als een grote extra administratieve last ervaren door de ziekenhuizen. Zij geven aan dat zij de FB-parameters ook in de toekomst blijven registreren voor interne doeleinden, zoals de patiëntenlogistiek.

3.4.1 Transitie-model en rol van de zorgverzekeraar

De omvang van het schaduw FB 2012 bepaalt in het transitie-model voor een heel belangrijk deel de omzet per ziekenhuis. Ziekenhuizen zullen geprikkeld worden om zoveel mogelijk FB-parameters te scoren. ZN heeft tijdens technisch overleggen benadrukt dat zij het van wezenlijk belang vinden dat de zorgverzekeraars een rol krijgen bij de vaststelling van dit schaduw FB. De zorgverzekeraars kunnen tot op heden een tegenkracht bieden bij de totstandkoming van het FB van ieder ziekenhuis, door met het representatiemodel over de maximale groei van het totale budget te onderhandelen.

Een mogelijkheid om de zorgverzekeraars bij de vaststelling van het schaduw FB 2012 te betrekken is om de nacalculatieprocedure inclusief het representatiemodel voor het jaar 2012 nog in stand te houden. Als het representatiemodel van kracht blijft voor 2012, ontstaat er een situatie waarin individueel over DOT-tarieven moet worden onderhandeld en collectief over de FB-parameters. In de praktijk betekent dit dat er vooral over FB-parameters wordt onderhandeld; de onderhandelingen over DOT-tarieven zijn dan van ondergeschikt belang.

De NZa onderkent dat er nadelen kleven aan het overeind houden van het representatiemodel voor het jaar 2012. Tijdens technisch overleggen met partijen is hier ook over doorgesproken. ZN en de NFU zijn van mening dat het in stand houden van het representatiemodel voor 2012 gewenst is. Zorgverzekeraars hebben een rol in het bewaken van de kosten en dat kan niet zonder invloed op het schaduw FB 2012. Partijen verwachten dat ondanks de collectieve onderhandelingen over het schaduw FB toch onderhandelingen over DOT-tarieven zullen plaatsvinden. Benadrukt wordt dat het niet alleen gaat om de

transitieperiode, maar dat ook naar de langere termijn wordt gekeken. De NVZ heeft aangegeven bezwaren te hebben bij het representatiemodel. Twee onderhandelingsrondes wordt als onwenselijk bestempeld: één individueel met verzekeraars over de inkoop van DOT en één met het collectief over het schaduw FB. De NVZ geeft de voorkeur aan één onderhandelingsronde, waarbij de DOT-inkoop ook het schaduw FB bepaalt.

Als niet wordt gekozen voor het overeind houden van het representatiemodel maar voor de ambtshalve vaststelling van transitiebedragen en de hoogte van de transitiebedragen raakt zorgverzekeraars individueel, zijn zorgverzekeraars belanghebbenden bij de hoogte van het transitiebedrag. De NZa zou zorgverzekeraars dan minstens om een zienswijze moeten vragen ("bent u het eens met de vaststelling van dit transitiebedrag"). De NZa dient deze zienswijzen vervolgens te beoordelen en mee te nemen in haar besluitvorming. Dit maakt de uitvoering erg complex en de uitvoeringslasten hoog.

Alles overwegende stelt de NZa voor om voor 2012 de nacalculatieprocedure inclusief het representatiemodel in stand te houden.

3.4.2 Verrekening transitiebedrag

De brief 'Zorg die loont' geeft aan dat de verrekening van het transitiebedrag met de betrokkenen plaatsvindt via tussenkomst van het Zorgverzekeringsfonds. Vervolgens is nog de vraag wat de rol van de verzekeraar moet zijn in de verrekening van het transitiebedrag. Hierover vinden nog gesprekken plaats tussen VWS en de zorgverzekeraars. De uitkomst van deze discussie zal leidend zijn voor hoe de verrekening plaatsvindt.

3.4.3 Dure geneesmiddelen

De add-ons voor dure geneesmiddelen zullen in 2012 en de jaren daarna nog maximumtarieven krijgen. In de brief 'Zorg die loont' geeft de minister aan dat de dure geneesmiddelen onder het transitiebedrag meelopen. Tevens wordt aangegeven dat de minister in 2013 in de add-on tarieven een directe prikkel wil inbouwen voor doelmatige inkoop door de maximumtarieven een afslag te geven op basis van de inkoopkortingen die ziekenhuizen met fabrikanten uitonderhandelen. Omdat de tarieven voor de add-ons dus in 2013 naar verwachting zullen afwijken van de tarieven in 2012 ligt het voor de hand om voor de dure geneesmiddelen een separaat transitiebedrag te bepalen. Het berekende transitiebedrag dure geneesmiddelen op basis van de tarieven 2012 corrigeert al grotendeels voor het verschil tussen de gedeclareerde add-on tarieven en de netto inkoopkosten (de inkoopkortingen). Ditzelfde transitiebedrag is van toepassing in 2013 (verrekening van 70%). Als in 2013 daarnaast ook de maximumtarieven worden gekort, wordt feitelijk dubbel gekort. Dit kan een reden zijn om voor 2013 een correctie toe te passen op het transitiebedrag dure geneesmiddelen.

Voor de berekening van het separate transitiebedrag voor dure geneesmiddelen geldt dat de gedeclareerde add-on tarieven worden afgezet tegen 80% van de netto-inkoopprijzen van de dure geneesmiddelen; voor weesgeneesmiddelen geldt een percentage van 100%. Dit betekent dat in het schaduw FB 2012 de vergoeding voor de dure geneesmiddelen op dezelfde manier wordt bepaald als in de jaren tot en met 2011. Dit geldt ook voor nieuwe middelen die per 2012 aan de lijst van dure geneesmiddelen worden toegevoegd. Het

transitiebedrag voor de dure en weesgeneesmiddelen is het verschil tussen de gedeclareerde add-ons in 2012 en het schaduw FB 2012 voor dure geneesmiddelen/weesgeneesmiddelen. Dit transitiebedrag wordt in 2012 voor 95% verrekend en in 2013 voor 70%.

Bovenstaande betekent dat ziekenhuizen voor dure en weesgeneesmiddelen zowel de add-on tarieven als de netto-inkooprijzen moeten bijhouden. Dit leidt waarschijnlijk niet tot problemen omdat ziekenhuizen naar verwachting toch de netto-inkooprijzen bij zullen houden.

De huidige beleidsregel dure geneesmiddelen vergoedt 80% van de netto inkoopkosten. 20% wordt geacht via de budgetparameters van het functiegerichte budget te verlopen. Voor de bepaling van het transitiebedrag wordt de 80% vergoeding van de netto inkoopkosten vergeleken met 100% van de gedeclareerde add-on tarieven. Het zou rekenkundig wellicht beter zijn om uit te gaan van 80% van de opbrengsten add-ons en de resterende 20% opbrengsten add-ons te betrekken bij de bepaling van het algemene transitiebedrag. Omdat het voor de uiteindelijke uitkomst van het totale transitiebedrag niet uitmaakt wordt er in het kader van de transparantie echter voor gekozen om de volledige add-on opbrengst af te zetten tegen de 80% netto inkoopkosten van de dure geneesmiddelen, en tegen 100% netto inkoopkosten van de weesgeneesmiddelen.

Een aandachtspunt vormen nog de TNF-alfaremmers die per 1 januari 2012 worden overgeheveld naar het ziekenhuiskader. De vraag is of daarvoor een 80% dan wel 100% compensatie moet gaan gelden in het schaduwbudget. De NZa stelt voor om de TNF-alfaremmers die nu al op de beleidsregel dure geneesmiddelen staan tegen 80% van de netto inkoopkosten in het schaduw FB op te nemen (betreft infliximab en abatacept). De andere per 2012 over te hevelen TNF-alfaremmers worden tegen de gedeclareerde add-on tarieven in het schaduw FB opgenomen.

Ten slotte ligt het voor de hand om nieuwe geneesmiddelen die vanaf 2013 aan de lijst dure geneesmiddelen worden toegevoegd buiten het transitiebedrag om te bekostigen volgens het eindmodel (100% via add-ons).

3.5 Conclusie

Het transitiebedrag geldt voor 2012 en 2013. Eenmalig wordt een transitiebedrag vastgesteld op basis van het verschil tussen enerzijds de omzet in 2012 van het A-segment en de B-segment tranche 2012 en anderzijds het schaduw FB. Het transitiebedrag wordt in 2012 voor 95% verrekend, hetzelfde transitiebedrag wordt in 2013 nogmaals voor 70% verrekend.

Het schaduw FB komt tot stand op basis van onderhandeling tussen de instelling en collectiviteit van zorgverzekeraars (waarbij de verzekeraars het representatiemodel hanteren).

Voor het schaduw FB geldt als uitgangspunt dat vaste en semivaste budgetcomponenten bevroren worden op het niveau 2011, uitgezonderd dure en weesgeneesmiddelen en de kapitaallasten (die onder de overgangsregeling kapitaallasten vallen).

Bij de vaststelling van het transitiebedrag wordt voor dure en weesgeneesmiddelen een separaat transitiebedrag berekend. Dit in verband met de verwachting dat de tarieven van de add-ons in 2013 worden gekort. De NZa stelt voor om de TNF-alfaremmers die nu al op de beleidsregel dure geneesmiddelen staan tegen 80% van de netto inkoopkosten in het schaduwbudget op te nemen (betreft infliximab en abatacept). De andere per 2012 over te hevelen TNF-alfaremmers worden tegen de gedeclareerde add-on tarieven in het schaduwbudget opgenomen.

Consultatievraag 1:

Kunt u zich vinden in de uitwerking van het transitieproces? Zo nee, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

4. Afwikkeling van het functiegerichte budget

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op het zorgvuldig uitfaseren van het functiegerichte budget van de medische specialistische zorg bij ziekenhuizen, UMC's en categorale instellingen na 2011.

Eerst wordt bepaald of additionele regelgeving nodig is voor een soepele overgang van functiegerichte budgettering naar prestatiebekostiging. Alle in 2011 geldende beleidsregels en nadere regels met betrekking tot het FB worden beoordeeld op hun relevantie per 2012 en de jaren daarna. In het laatste deel van dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe de budgetjaren na 2011 worden afgehandeld en welke tijdsfasering hiervoor geldt.

Met de invoering van prestatiebekostiging en de afschaffing van de ziekenhuisbudgetten komt een einde aan een aantal vergoedingen die zijn opgenomen in de post 'Te verrekenen in tarieven', de zogenoemde kassiersfunctie. Vergoedingen die via de kassiersfunctie van de ziekenhuizen verliepen waren de productiesamenwerkingsverbanden en de integrale kankercentra. In paragraaf 4.8 wordt kort beschreven wat de productiesamenwerkingsverbanden en integrale kankercentra zijn, wat de gevolgen voor deze instellingen zijn en wat voor hen nog geregeld moet worden.

4.2 Additionele regelgeving

In het kader van de afwikkeling FB worden alle in 2011 geldende beleidsregels en nadere regels met betrekking tot het FB voor de gebudgetteerde zorgaanbieders beoordeeld op relevantie per 2012.

Om een schaduwbudget per ziekenhuis te bepalen, is regelgeving over de methodiek daarvan vereist. Hierbij geldt een aantal overwegingen.

Het functiegerichte budget is opgebouwd uit vaste, semi-vaste en variabele componenten. Voor het bepalen van de omvang van de schaduwbudgetten moet over deze componenten worden besloten in hoeverre deze in 2012 muteren ten opzichte van 2011. De vraag is of binnen het voor 2012 voorziene representatiemodel afspraken gemaakt kunnen worden over de semi-vaste componenten of alleen over het variabele deel. Het antwoord hierop is van belang voor de afwikkeling van het FB en de invulling van de omvang van het schaduw FB. Als er helderheid is over het representatiemodel en over welk deel wordt onderhandeld kan een definitieve onderverdeling worden gemaakt in (onderdelen van) beleidsregels die worden beëindigd, doorlopen of worden gewijzigd.

4.3 Inventarisatie en beoordeling beleidsregels en nadere regels

In het kader van de kwaliteitsslag beleidsregels is het aantal regels dat de bekostiging regelt voor algemene en academische ziekenhuizen

teruggebracht van ongeveer vijftien tot drie (zie onderstaande tabel). Voor het berekenen van een schaduwbudget moet de huidige FB-regelgeving worden aangepast en met gewijzigde doelstelling worden gecontinueerd. De beleidsregel voor aan de academische ziekenhuizen gelieerde klinisch genetische centra wordt daarbij niet gewijzigd c.q. ingetrokken (CI-811).

Beleidsregel	Beschrijving
CU-2024	Procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten
CU-2032	Functiegerichte budgettering algemene en academische ziekenhuizen
CU-2033	Definities curatieve tweedelijns somatische zorg
CI-811	Budgettering klinisch genetische centra

CU-2024 Procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten

Deze beleidsregel bepaalt de procedure en termijnen waarin de tarieven en budgetten van zorgaanbieders worden vastgesteld. In het kader van het vaststellen van een schaduwbudget wordt een beleidsregel met een vergelijkbare doelstelling opgesteld.

CU-2032 Functiegerichte budgettering algemene en academische ziekenhuizen

Deze beleidsregel is van toepassing op de algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen. Deze beleidsregel loopt van 1 januari 2011 voor onbepaalde tijd. De beleidsregel wordt beëindigd per 31 december 2011, maar blijft gelden voor de afhandeling van het budgetjaar 2011. Met de inwerkingtreding is een aantal 'oude' beleidsregels ingetrokken. Dit is abusievelijk ook gebeurd voor de categorale instellingen. De NZa zal dit op korte termijn aanpassen.

In de beleidsregel komen de volgende onderwerpen (voorheen in meerdere beleidsregels) aan bod:

- Definities en vaststelling budget
- Jaarlijkse indexatie
- Budgetparameters (beschikbaarheid, capaciteit, productie, bijzondere functies voorzieningen, hartrevalidatie en 1^e lijnszorg)
- Indeling ziekenhuizen
- Fusie van ziekenhuizen
- Eerstelijns-laboratoriumonderzoek
- Gespecialiseerde brandwondenzorg
- Hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten
- Locatiegebonden kosten
- Investerings in medische en overige inventarissen
- Dubieuze debiteuren
- Lokale productiegebonden toeslag
- Extramuraal afleveren van geneesmiddelen
- Bijzondere tandheelkunde
- Specifieke regelgeving academische ziekenhuizen

Van al deze onderwerpen moet worden vastgesteld hoe deze landen in de regelgeving die bepaalt hoe het schaduwbudget 2012 berekend wordt.

CU-2033 Definities curatieve tweedelijns somatische zorg

De definities blijven (voor het overgrote deel) van belang bij het bepalen van het schaduw FB. Deze beleidsregel loopt daarom, al dan niet gewijzigd, in 2012 door.

CI-811 Budgettering klinisch genetische centra

Deze beleidsregel is van toepassing op de klinisch genetische centra. De meerderheid van de centra is juridisch gefuseerd met UMC's, bij twee klinisch genetische centra is echter nog sprake van een bestuurlijke scheiding. Aangezien de Wbmv-vergunningen zijn toegekend aan de UMC's en sprake is van instellingen voor medisch specialistische zorg, worden de klinisch genetische centra vooralsnog in het transitie-model meegenomen als onderdeel van de UMC's.

4.4 Regelgeving die wordt beëindigd

Als gevolg van de invoering van de prestatiebekostiging eindigt een aantal beleidsregels en nadere regels met betrekking tot het functiegerichte budget.

Binnen deze categorie vallen de volgende beleidsregels:

Beleidsregel	Beschrijving
807	Personele en materiële kosten ziekenhuispsychiatrie
1010	Opbrengstverrekening 2005
1011	Opbrengstverrekening 2006
1019	Opbrengstverrekening 2007
1020	Opbrengstverrekening 2008
1115	Budgetschoning i.v.m. separate budgettering curatieve GGZ
CU-2006	Experiment Sint Maartenskliniek
CU-2009	Opbrengstverrekening 2009
xx	Opbrengstverrekening 2010
Xx	Opbrengstverrekening 2011
AL-0002	Steunverlening

4.4.1 Onderbouwing per beleidsregel

Personele en materiële kosten ziekenhuispsychiatrie

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene ziekenhuizen. De kosten beschreven in deze beleidsregel zijn per 1 januari 2008 overgeheveld naar het budget voor de curatieve GGZ. Deze beleidsregel had daarom al per 1 januari 2008 beëindigd kunnen worden.

Opbrengstverrekening 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011

Deze beleidsregels zijn van toepassing op de categorie algemene en academische ziekenhuizen. De beleidsregel heeft betrekking op de verrekening van de opbrengstresultaten in betreffende jaren en blijft gelden voor de afhandeling van het betreffende budgetjaar.

Budgetschoning i.v.m. separate budgettering curatieve GGZ

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene en academische ziekenhuizen. De beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging wordt deze beleidsregel dan ook beëindigd.

Experiment Sint Maartenskliniek (CU-2006)

Deze beleidsregel is van toepassing op de Sint Maartenskliniek. In de beleidsregel is opgenomen dat deze afloopt op het moment dat andere instellingen voor medisch specialistische zorg overgaan op een nieuwe bekostiging (prestatiebekostiging) of wanneer het functiegerichte budget wordt afgeschaft. Aangezien het Sint Maartenskliniek in 2011 geen gebudgeteerde instelling meer is stelt de NZa vooralsnog voor dat de Sint Maartenskliniek in 2012 direct in het eindmodel terecht komt.

Beleidsregel Steunverlening

In de kamerbrief 'Waarborgen voor de continuïteit van zorg' van de minister van VWS wordt aangekondigd dat de beleidsregel steun van de NZa per 2012 vervalt. De overheid is verantwoordelijk voor het waarborgen van bepaalde vormen van zorg, niet van individuele zorgaanbieders. Indien de continuïteit van cruciale zorg in gevaar komt moet een tijdelijke vangnetstichting de continuïteit borgen. De beleidsregel Steunverlening van de NZa vervalt na inwerkingtreding van het Wetsvoorstel Aanvulling Instrumenten Bekostiging Wmg (AIB Wmg).

4.5 Regelgeving die aanpassing behoeft

Een aantal beleidsregels en nadere regels vergt aanpassing. Dit is het geval als de beleidsregels en nadere regels voor meer categorieën van instellingen van toepassing zijn dan waarvoor prestatiebekostiging wordt ingevoerd. Dit is ook het geval als de huidige beleidsregels of nadere regels voor meerdere sectoren van toepassing zijn (bijv. care). Voor deze specifieke categorieën of sectoren blijven de beleidsregels en nadere regels gehandhaafd.

4.6 Regelgeving die doorloopt in 2012

Een aantal beleidregels en nadere regels loopt ongewijzigd door in 2012:

Beleidsregel	Beschrijving
CU-2013	Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg
CV-7000-5.0.-2	Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR, COPD)
CU-7000-4.0.-4/ CA-415	Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

4.7 Opbrengstverrekening

Correcties na het laatste jaar waarin met een schaduw FB wordt gewerkt kunnen niet meer zoals nu gebeurt in een volgend jaar worden verwerkt. Daarom is van belang om vast te stellen wanneer 2012 nu definitief kan worden afgerond. Net als voor het FB geldt dat het antwoord samenhangt met de omstandigheden van het geval. Echter, als de beschikkingen eenmaal onherroepelijk zijn komen vast te staan, wordt alleen in uitzonderlijke gevallen gecorrigeerd. Zoals eerder aangegeven is het niet mogelijk om de bezwaarmogelijkheid uit te sluiten: ook tegen de als allerlaatste bedoelde verrekeningsbeschikking is weer bezwaar mogelijk.

Om toch definitief een einde aan deze wijze van verrekenen mogelijk te maken kan overwogen worden om na 2012 nabranders in het dan lopende kalenderjaar en ten laste van het dan geldende budgettaire kader met het zorgverzekeringsfonds te verrekenen. Dat is wellicht mogelijk met de nieuwe systematiek die naar verwachting in de wet zal worden opgenomen. In de wet zal naar verwachting worden geregeld dat de NZa (ook ambtshalve) een vereffningsbedrag kan vaststellen (een bedrag dat de ziektekostenverzekeraar bij een zorgaanbieder in rekening kan brengen ten behoeve van het vereffenen van het in rekening gebrachte, betrekking hebbend op een door de zorgautoriteit bepaalde periode). Met VWS zal worden afgestemd of dit instrumentarium kan

worden gebruikt om nabranders in de opbrengstverrekening te corrigeren.

Voor de omgekeerde situatie – zorgaanbieder brengt in rekening bij het zorgverzekeringsfonds – is die mogelijkheid echter op dit moment niet voorzien: deze mogelijkheid zal naar verwachting alleen voor beschikbaarheidsbijdragen gelden.

Met VWS wordt besproken of op dit punt een aanvullende regeling kan worden getroffen in de wet, zodat de correctie van nabranders in de opbrengstverrekening op de meest efficiënte wijze kan worden uitgevoerd.

4.8 Vervallen kassiersfunctie

4.8.1 Productiesamenwerkingsverbanden

Productiesamenwerkingsverbanden zijn van oudsher organisaties die ziekenhuizen gezamenlijk opgericht hebben. Over het algemeen betreft het een laboratorium, in drie gevallen een apotheek. Er zijn achttien (deels gebudgetteerde) productiesamenwerkingsverbanden.

Het productiesamenwerkingsverband verricht onderzoeken of levert geneesmiddelen voor de aangesloten ziekenhuizen en declareert op basis van onderlinge dienstverlening (waar momenteel voor het kostendeel een vrij tarief geldt). Daarnaast verrichten de productiesamenwerkingsverbanden onderzoeken voor de eerstelijns. Voor de onderzoeken ten behoeve van de eerstelijns gelden de tarieven van de tarieflijst instellingen¹².

De NZa stelt momenteel jaarlijks een budget voor het productiesamenwerkingsverband vast. Belangrijkste componenten van dit budget zijn de honoraria van de medisch specialisten die in loondienst zijn en de kapitaallasten. De inkomsten uit onderlinge dienstverlening en de declaraties aan de eerstelijns vormen het overgrote deel van de totale inkomsten van de productiesamenwerkingsverbanden. Van het budgetdeel vormen de honoraria voor de medisch specialisten en de kapitaallasten het grootste deel. Dit budgetdeel ontvangen de productiesamenwerkingsverbanden via de aangesloten ziekenhuizen (via de zogenaamde 'kassiersfunctie').

Overgang naar (volledig) prestatiebekostiging

Productiesamenwerkingsverbanden gaan zonder transitie-model over op prestatiebekostiging. Alleen de vergunningsverplichte bouw valt onder de overgangsregeling kapitaallasten. De NZa heeft met een aantal vertegenwoordigers van de productiesamenwerkingsverbanden gesproken over de invoering van prestatiebekostiging voor de ziekenhuizen en de gevolgen voor de productiesamenwerkingsverbanden. Daaruit volgt nog een aantal punten van aandacht.

De declaraties aan de tweedelijns (de ziekenhuizen) vinden momenteel nog exclusief een honorariumcomponent plaats. De vergoeding voor de honoraria van de medisch specialist in loondienst wordt nu nog via het budget dat de NZa afgeeft geregeld (via kassiersfunctie van aangesloten ziekenhuizen). Met ingang van 2012 gaan de productiesamenwerkingsverbanden integrale tarieven declareren, dat wil

¹² Honorarium deel van eerstelijns verrichtingen declareert men op basis van de OVP-lijst

zeggen inclusief een honorariumcomponent en inclusief een opslag voor de kapitaallasten. De declaratie tussen productiesamenwerkingsverband en ziekenhuis betreft onderlinge dienstverlening. Dit betekent concreet dat de tarieven vrij onderhandelbaar zijn. Ziekenhuizen ontvangen via de DOT-opbrengsten een vergoeding voor de totale kosten: zowel voor het ziekenhuiskostendeel als het honorariumdeel evenals voor de onderzoeken. De integrale tarieven van het productiesamenwerkingsverband kunnen hieruit worden betaald.

De productiesamenwerkingsverbanden beschikken over activa die destijds zijn gebouwd met een vergunning onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV, van voor 2006). Dit betekent dat de kapitaallasten (rente en afschrijving) die hiermee gemoeid zijn in principe vallen onder de overgangsregeling kapitaallasten van de algemene ziekenhuizen.

Indien de productiesamenwerkingsverbanden niet meer uitsluitend voor eerste- of tweedelijnsinstellingen diensten verrichten, maar zorg willen aanbieden die op grond van de Zorgverzekeringswet of AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt, dan hebben de productiesamenwerkingsverbanden een toelating nodig als instelling voor medisch specialistische zorg. De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) regelt deze toelatingen.

Een aandachtspunt waarover de NZa zich nog zal buigen zijn de zogenaamde 'ordertarieven' in het geval van eerstelijnsdiagnostiek, welke kunnen worden gedeclareerd aan de eerstelijns. Momenteel worden de uitkomsten van het kostenonderzoek naar de eerstelijnsdiagnostiek beoordeeld. De ordertarieven voor de productiesamenwerkingsverbanden worden in deze beoordeling meegenomen.

4.8.2 Integrale kankercentra

Ieder integraal kankercentrum is een samenwerkingsverband van instellingen in de eerste- en tweedelijnszorg die betrokken zijn bij de oncologische zorgverlening in een bepaalde regio. De centra ondersteunen de medische en verpleegkundige beroepsgroepen (specialisten, huisartsen, verpleeghuisartsen en verpleegkundigen) in de diagnostisering, behandeling, nazorg en verzorging van kankerpatiënten. Hiermee willen de centra zorgen dat overal in Nederland de meest optimale zorg voor mensen met kanker beschikbaar is.

De budgetvergoeding van de integrale kankercentra verloopt via de kassiersfunctie van de ziekenhuizen die vallen in de regio waar het integrale kankercentrum actief is.

Overgang naar (volledige) prestatiebekostiging

Vanaf 2012 kunnen de integrale kankercentra geen begroting meer bij de NZa indienen. VWS heeft aangegeven voor de integrale kankercentra een nieuwe manier van financieren uit te werken.

4.8.3 Overig

Tot slot merkt de NZa op dat voor de budgetvergoeding 'Referentiecentrum Weefseltypering' door VWS wordt gewerkt aan een nieuwe financieringswijze. Indien dit niet lukt of VWS anders besluit, zal deze vergoeding meegenomen worden in het schaduw FB bedrag als vaste parameter. De budgetvergoeding 'kosten NMI (Nederlands Meet Instituut)' zal in het eindmodel gewoon meelopen als kostenonderdeel

van tarieven, maar wordt voor de transitie wel opgenomen in het schaduw FB.

Consultatievraag 2:

Kunt u zich vinden in de voorgestelde afwikkeling van het functiegerichte budget? Zo niet, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

5. Uitbreiding vrije segment

De NZa heeft eerder dit jaar op verzoek van de minister van VWS verkend of het mogelijk is om bij invoering van prestatiebekostiging het B-segment verder uit te breiden dan 50% van de omzet aan medisch specialistische zorg (waarover de NZa in 2010 advies heeft uitgebracht). Daarbij verzocht de minister de NZa te adviseren welke uitbreiding van het B-segment maximaal mogelijk is, met andere woorden om alleen die zorg waarvoor vrije prijsvorming niet mogelijk is (dat wil zeggen: tot onacceptabele risico's voor de toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg leidt) in het gereguleerde segment over te houden.

De NZa heeft naar aanleiding van de verkenning en afstemming met veldpartijen en DBC-Onderhoud geadviseerd om het B-segment tot 70% van de totale omzet uit te breiden.¹³ De minister heeft naar de Tweede Kamer aangegeven voornemens te zijn de adviezen van de NZa over te nemen.

Voor de toekomst geldt dat het vrije segment mogelijk nog verder kan worden uitgebreid, als zorg in stabiele producten is omschreven en producten verder zijn doorontwikkeld. Als op langere termijn alleen nog (bepaalde) zorgproducten die onder de Wbmv vallen buiten het B-segment blijven, zou sprake zijn van een B-segment van 90% tot 95% van de DOT-omzet.

Over de uitbreiding van het vrije segment stelt de NZa geen consultatievraag omdat dit onderwerp reeds is geconsulteerd.¹⁴ De NZa heeft daarbij geadviseerd en de minister heeft haar voorgenomen keuze al kenbaar gemaakt.

¹³ NZa, Advies Invulling 70% B-segment, 12 april 2011.

¹⁴ Onder voorzitterschap van DBC-Onderhoud.

6. Vaste segment

6.1 Inleiding

Voor een aantal zorgprestaties van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om ze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid. Deze vormen van zorg zullen bij AMvB worden aangewezen en vallen onder het vaste segment. Voor deze functies ontvangen zorgaanbieders vanaf 1 januari 2012 (al dan niet deels) een beschikbaarheidsbijdrage.

Bij de invoering van deze beschikbaarheidsbijdragen wordt onderscheid gemaakt in de situatie per 2012 en vanaf 2013 en verder. Dit onderscheid is gemaakt om tot een zorgvuldige kostenonderbouwing van de beschikbaarheidsbijdragen te kunnen komen. In 2012 wordt volstaan met het toekennen van beschikbaarheidsbijdragen ter hoogte van de bestaande budgetvergoedingen. Dit is conform het uitgangspunt van VWS om zowel qua hoogte van de bijdrage als wat betreft de ontvangende aanbieders nog zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande situatie (de huidige budgetten en aanbieders). In feite wijzigt in 2012 alleen de wijze van financiering. Voor 2013 en verder worden de beschikbaarheidsbijdragen opnieuw onderbouwd.

Om de beschikbaarheidsbijdragen te kunnen bepalen en vaststellen, zijn de volgende vragen van belang:

- Wat (welke zorgfuncties)?
- Wie (welke zorgaanbieders)?
- Hoeveel (welk bedrag)?
- Hoe (wijze van financiering)?

Op iedere vraag wordt hierna ingegaan.

6.2 Wat: Omvang van het vaste segment

Het vaste segment bestaat uit een aantal specifieke zorgfuncties die een publiek belang kennen. Deze paragraaf beschrijft de uitgangspunten voor deze zorgfuncties en gaat in op de 'wat'-vraag (welke zorgfuncties).

6.2.1 Uitgangspunten voor zorgfuncties in het vaste segment

Zorgfuncties die in aanmerking kunnen komen voor (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment, zijn in beginsel functies die:

- in 2011 uit het ziekenhuisbudget worden bekostigd;
- onder de reikwijdte van de Wmg vallen;
- niet of (uit oogpunt van publieke belangen) onvoldoende zouden blijven bestaan als deze (uitsluitend) via de tarieven van declarabele prestaties (zoals DBC-zorgproducten of add-ons) zouden worden bekostigd.

Dit laatste kan het geval zijn als:

- Er geen goede prestaties voor de betreffende functies kunnen worden gedefinieerd die rechtstreeks bij een individuele zorgverzekeraar of patiënt in rekening kunnen worden gebracht;
- Als er wel prestaties te definiëren zijn, maar de kosten van die prestaties redelijkerwijs niet (of niet geheel) in rekening te brengen zijn bij individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden;

- Als deze toerekening marktverstrend zou werken.

6.2.2 Het jaar 2012

Op grond van deze algemene uitgangspunten komt het ministerie van VWS tot een lijst van functies die in aanmerking komen voor (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment¹⁵. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen een volledig vaste vergoeding en een deels vaste vergoeding.

6.2.2.1 Volledig vaste vergoeding

Voor een aantal zorgfuncties bestaan geen declarabele zorgprestaties. Deze zorgfuncties worden geheel via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigd. De volledig vaste vergoedingen voor deze zorgfuncties worden ook wel aangeduid als 'beschikbaarheidsbijdragen'.

- *Donoruitnameteams:*
De beschikbaarheidsbijdrage voor de donoruitnameteams wordt gebaseerd op de huidige budgetvergoeding voor donorteam (donorteam per fte) (beleidsregel BR-CU-2032);
- *Calamiteitenhospitaal:*
De beschikbaarheidsbijdrage voor het Calamiteitenhospitaal wordt gebaseerd op de huidige budgetvergoeding voor het Calamiteitenhospitaal (beleidsregel BR-CU-2032);
- *Helikoptervoorzieningen voor traumazorg:*
De beschikbaarheidsbijdrage wordt gebaseerd op de huidige budgetvergoeding voor helikoptervoorzieningen (beleidsregel BR-CU-2032);
- *Kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten)zorg en het opleiden, trainen en oefenen ten behoeve van rampen (OTO):*
De beschikbaarheidsbijdrage voor deze zorgfunctie wordt gebaseerd op de huidige budgetvergoeding voor deze zorgfunctie (Coörd. Reg. Overleg acute zorg en OTO bij rampen en crisis; beleidsregel BR-CU-2032);
- *Academische component:*
Behalve de bovengenoemde functies, die nu uit de ziekenhuisbudgetten worden bekostigd, wil VWS ook de functies die nu via de zogenoemde 'academische component' worden bekostigd per 2012 via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigen. Voor wat betreft de academische component zijn de beschikbare middelen zoals nu verwerkt in de rijksbegroting daarvoor leidend.

6.2.2.2 Gedeeltelijk vaste vergoeding

Voor een aantal zorgfuncties bestaan wel declarabele zorgprestaties, maar zijn er situaties waarbij deze declarabele prestaties niet voldoende zijn om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te borgen. Deze zorgactiviteiten worden gedeeltelijk via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigd, waarbij het uitgangspunt is dat de bekostiging zoveel mogelijk via de declarabele zorgprestaties plaatsvindt. De gedeeltelijk vaste vergoedingen voor deze zorgfuncties worden ook wel aangeduid als 'beschikbaarheidsbijdragen'.

De bekostiging van deze zorgfuncties verloopt in principe via prestaties, er is alleen sprake van een beschikbaarheidsbijdrage als (en voor zover) de kosten van de beschikbaarheid onvoldoende door de prestaties kunnen worden gedekt. Door alleen de meerkosten van de

¹⁵ Brief ministerie van VWS, Zorg die loont, 14 maart 2011, kenmerk CZ-IPZ3056686

beschikbaarheid te vergoeden, wordt voorkomen dat er dubbel wordt betaald en een ongelijk speelveld ontstaat tussen zorgaanbieders.

De zorgfuncties met een gedeeltelijk vaste vergoeding zijn:

- *Spoedeisende hulp*:
Voor de beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH wordt uitgegaan van de huidige budgetvergoedingen op basis van de beleidsregel beschikbaarheidstoelage (beleidsregel BR-CU-2032);
- *Traumazorg*:
Voor de traumazorg wordt in 2012 uitgegaan van de budgetvergoeding voor traumazorg (beleidsregel BR-CU-2032);
- *Brandwondenzorg*:
voor de brandwondenzorg wordt uitgegaan van de budgetvergoeding voor erkende brandwonden bedden (beleidsregel BR-CU-2032);

6.2.3 De jaren 2013 en verder

Het uitgangspunt voor welke zorgfuncties in 2013 of 2014 via de beschikbaarheidsbijdragen worden vergoed, zijn de zorgfuncties zoals die gelden voor 2012.

Aanvullend hierop is VWS voornemens – zoals genoemd in het kabinetsstandpunt op de evaluatie van het Opleidingsfonds en het CBOG¹⁶ – om de huidige systematiek van begrotingsfinanciering van de medische vervolgoedingen op redelijk afzienbare termijn te vervangen door een wijze van bekostiging en financiering via een beschikbaarheidsbijdrage.

VWS zal (voor 1 juli 2011) zorgen voor een nadere specificatie van de zorgfuncties (exacte definitie/afbakening/normering), zodat de NZa op basis daarvan de onderbouwde beschikbaarheidsbijdragen voor 2013 en verder kan bepalen.

6.3 Wie: Wie ontvangen een beschikbaarheidsbijdrage?

Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor beschikbaarheidsbijdragen worden vooraf door de overheid aangewezen. Hierbij wordt in eerste instantie voor het jaar 2012 aangesloten bij de huidige ontvangers, vanaf 2013 e.v. kan dit veranderen.

6.3.1 Het jaar 2012

Voor 2012 is het uitgangspunt van VWS om zowel qua hoogte van de bijdrage als wat betreft de ontvangende aanbieders nog zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande situatie (i.e. de bestaande budgetten). Bij of krachtens AMvB worden de zorgaanbieders, die hiervoor in aanmerking komen, aangewezen.

6.3.1.1 Volledig vaste vergoeding

De zorgaanbieders die een bijdrage ontvangen via een volledig vaste vergoeding zijn:

Donoruitnameteams

De aanbieders met donoruitnameteams zijn aangewezen via art. 8 Wbmv. De vijf aangewezen aanbieders zijn: Universitair Medisch

¹⁶ Brief ministerie van VWS, Arbeidsmarktbrief, 4 maart 2011, kenmerk MEVA/ABA-3054508

Centrum Groningen, Universitair Medisch Centrum Sint Radboud Nijmegen, Universitair Medisch Centrum Maastricht, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam en het Leids Universitair Medisch Centrum.

Calamiteitenhospitaal

De aanbieder met het Calamiteitenhospitaal (Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU)) is niet via art. 8 Wbmv aangewezen. Het aanwijzen van de aanbieder met recht op een beschikbaarheidsbijdrage voor een calamiteitenhospitaal moet door VWS nog worden geregeld. Een mogelijkheid om dit te organiseren is via een aanpassing van de beleidsvisie op traumazorg, die op grond van art. 8 Wbmv is vastgesteld en het UMCU aan te wijzen als instelling met een calamiteitenhospitaal.

Helikoptervoorzieningen voor traumazorg

Aanbieders met deze voorzieningen zijn via de beleidsvisie op traumazorg, die op grond van art. 8 Wbmv is vastgesteld, aangewezen. De aangewezen vier zorgaanbieders zijn: VU Medisch Centrum, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Universitair Centrum Sint Radboud Nijmegen en Universitair Medisch Centrum Groningen.

De kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten)zorg en OTO

De kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten)zorg (Coördinatie Regionaal overleg acute zorg)¹⁷ en het trainen, oefenen en opleiden bij rampen en crisis (OTO)¹⁸ worden uitgevoerd door de traumacentra. Traumacentra zijn via de beleidsvisie op traumazorg, die op grond van art. 8 Wbmv is vastgesteld, aangewezen. De elf traumacentra in Nederland zijn: VU Medisch Centrum, Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Sint Elisabeth Ziekenhuis Tilburg, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Universitair Medisch Centrum Sint Radboud Nijmegen, Universitair Medisch Centrum Maastricht, Universitair Medisch Centrum Groningen, Isala Klinieken Zwolle, Leids Universitair Medisch Centrum en Medisch Spectrum Enschede.

Academische component

De ontvangers van de academische component zijn geregeld via een subsidieregeling op grond van art. 123a. Zvw. De ontvangers zijn de acht UMC's plus het Nederlands Kanker Instituut – het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis.

6.3.1.2 Gedeeltelijk vaste vergoeding

De zorgaanbieders met zorgfuncties die deels via een gedeeltelijk vaste vergoeding worden bekostigd:

Spoedeisende hulp

Voor wat betreft de hoogte en de toedeling van de beschikbaarheidsbijdrage voor de spoedeisende hulp wordt in 2012 aangesloten bij de situatie zoals die in 2011 geldt voor de beschikbaarheidstoelage voor de kleine ziekenhuizen op basis van de beleidsregel BR-CU-2032. De huidige ontvangers zijn: Refaja Ziekenhuis, Ommelander Ziekenhuis Groep, St. Chr. Zorgvoorz. Talma Sionsberg

¹⁷ In de beleidsregels acute zorg WTZi is bepaald dat aanbieders van acute zorg verplicht zijn in regionaal verband binnen het zogenaamd regionaal overleg acute zorg (ROAZ) afspraken te maken over de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg. De ziekenhuizen die op grond van de beleidsvisie traumazorg ex artikel 8 van de WBMV zijn aangewezen als 'traumacentrum' hebben de taak dit overleg te organiseren.

¹⁸ Op 16 oktober 2008 is het OTO-convenant ondertekend. Hierin is afgesproken dat de beschikbare stimuleringsgelden gelijkmatig verdeeld worden over de ziekenhuizen met een erkenning als traumacentrum.

locatie Dokkum, Antonius Ziekenhuis Sneek, IJsselmeerziekenhuizen, Medisch Spectrum Twente, Stichting van Weel Bethesda Ziekenhuis.

Traumazorg

De NZa gaat er van uit dat deze vaste vergoeding alleen bedoeld is voor het borgen van de toegankelijkheid van traumazorg in traumacentra. Traumacentra zijn via de beleidsvisie op traumazorg, die op grond van art. 8 Wbmv is vastgesteld, aangewezen. In totaal gaat het om elf centra, zoals benoemd bij *'de kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten) en OTO'*.

Brandwondenzorg

De huidige aanbieders met een brandwondencentrum zijn: Martiniziekenhuis (Groningen), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) en Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk). Er bestaat op dit moment geen expliciete grondslag voor het exclusief toekennen van een vaste vergoeding aan de drie huidige brandwondencentra of aan andere aanbieders: deze centra zijn niet expliciet aangewezen om als enige deze zorg te leveren. Het aanwijzen van de beschikbaarheidsbijdrage aan de brandwondencentra voor 2012 zal nog door de Overheid geregeld worden.

6.3.2 Het jaar 2013 e.v.

Ook voor 2013 zal bepaald moeten worden wie voor beschikbaarheidsbijdragen in aanmerking komen. Bij of krachtens AMvB wordt bepaald in welke gevallen de minister of de NZa zorgaanbieders aanwijst die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage.

6.4 Hoeveel: Bepalen hoogte van de vaste vergoedingen

6.4.1 Het jaar 2012

In 2012 wordt volstaan met het toekennen van beschikbaarheidsbijdragen ter hoogte van de bestaande budgetvergoedingen aan de huidige aanbieders. In feite betekent dit dat de huidige vaste vergoedingen uit de budgetten (de niet productie gerelateerde budgetcomponenten) worden voortgezet in 2012. Voor wat betreft de academische component zijn de beschikbare middelen, zoals nu vastgesteld in de rijksbegroting, daarvoor leidend.

De NZa loopt bij de bepaling van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdragen tegen de volgende vraagstukken aan:

- De vergoeding van de medisch specialisten (loondienst én vrijgevestigd) zit mogelijk niet in alle huidige vaste vergoedingen (budget).
- De vergoeding van de kapitaallasten zit niet in de huidige vaste vergoedingen (budget).
- Zowel de loondienstvergoeding als de kapitaallastenvergoeding in het budget bestaat uit een niet aan specifieke functies toegerekend totaalbedrag.

Daarnaast zal ook de wijze van indexering van de beschikbaarheidsbijdragen bepaald moeten worden.

6.4.1.1 Toerekening medisch specialisten en kapitaallasten aan beschikbaarheidsbijdragen

Voor de toerekening van honoraria voor medisch specialisten aan de beschikbaarheidsbijdragen wordt onderscheid gemaakt in specialisten in loondienst en vrijgevestigd specialisten. De twee hiernavolgende secties gaan in op specialisten in loondienst en vrijgevestigd medisch specialisten. De derde sectie behandelt de toerekening van kapitaallasten.

Specialisten in loondienst

Met de afschaffing van het budget per 1 januari 2012 vervalt ook de budgetvergoeding voor de medisch specialisten in loondienst. Deze kosten moeten dan met de productie (DBC's) worden terugverdiend. Ziekenhuizen met specialisten in loondienst die (relatief) veel niet productiegebonden functies leveren, lopen hierdoor opbrengsten mis. De capaciteitsgebonden vergoeding die ziekenhuizen momenteel voor de kosten van specialisten in loondienst ontvangen (zonder dat er declarabele productie tegenover staat) valt immers weg.

Een deel van de huidige loonkostenvergoeding in het budget 2011 moet dus toegerekend worden aan de beschikbaarheidsbijdragen voor 2012, voor zover deze loonkosten niet al een onderdeel vormen van de vergoedingen van de betreffende functies.

Vrijgevestigd medisch specialisten

De tarieven voor de vrijgevestigd medisch specialisten worden in 2011 herijkt met het oog op invoering per 2012 en in 2012 wordt een omzetplafond voor de honorariumcomponent per ziekenhuis ingevoerd. De vraag is nu hoe wordt omgegaan met vrijgevestigd specialisten die voor de niet productiegebonden functies diensten leveren. Landelijk mag ervan worden uitgegaan dat die diensten gemiddeld per specialisme worden vergoed (door de gemiddelde declarabele tijd aan te passen), op lokaal niveau kan voor een maatschap of individuele specialist wel degelijk een omzet-/inkomensverlies optreden vanwege beschikbaarheidsdiensten.

Indien er een vergoeding voor de vrijgevestigd specialisten zou worden opgenomen, dan zal een schatting van het aantal uren voor de specialisten voor de specifieke zorgfuncties gemaakt moeten worden. Dit aantal uren zal vervolgens vermenigvuldigd worden met een uurtarief.

Deze methode van toerekening vraagt wel een extra inspanning van de vrijgevestigde medisch specialisten. Deze zullen een inschatting moeten maken van het aantal uren dat de medisch specialist werkzaamheden verricht op de specifieke zorgfuncties. Deze methode brengt ook met zich mee dat uit het macrokader voor vrijgevestigde medisch specialisten een deel moet worden overgeheveld naar de beschikbaarheidsbijdragen.

De NZa komt tot de conclusie dat in de beschikbaarheidsbijdragen een vergoeding moet worden opgenomen voor het honorarium van medisch specialisten (zowel loonkosten als vrijgevestigd), voor zover de huidige budgetvergoedingen hier niet in voorzien. Deze wordt bepaald via een normatieve toerekening. Zodra er duidelijkheid is over de hoogte van de toe te rekenen honorariumbedragen voor de beschikbaarheidsbijdragen, wordt een beslissing over het schonen van het macrokader voor de vrijgevestigden/budget ziekenhuizen genomen.

Voor een aantal functies kan de vergoeding voor de honoraria te bepalen zijn op basis van bestaande onderzoeken/onderbouwingen. Waar dit niet

mogelijk blijkt, zal worden gekozen voor een nog nader te bepalen percentage.

Kapitaallasten

Er is een aparte overgangsregeling voor kapitaallasten vastgesteld (zie hoofdstuk 7 Overgangsregeling kapitaallasten). In de voorhangbrief heeft de minister de NZa gevraagd om in de gereguleerde tarieven een gemiddelde opslag op te nemen (vergelijkbaar met de bestaande praktijk van de DBC tarieven).

In de bestaande vaste vergoedingen (huidige budgetparameters) zijn geen gebouwgebonden kapitaallasten opgenomen. De meeste vergoedingen voor bouwkundige voorzieningen zijn apart in het budget opgenomen, evenals de inventarissen. De NZa zal daarom een vergoeding voor de kapitaallasten opnemen in de beschikbaarheidsbijdragen, te weten het percentage dat momenteel ook voor de gereguleerde DOT-tarieven wordt gebruikt (8,7%). Hierbij wordt deze kapitaallastenvergoeding betrokken bij de toepassing van de overgangsregeling kapitaallasten (garantieregeling).

6.4.1.2 Indexering

De NZa past jaarlijks de kostenbestanddelen in de tarieven (voor ziekenhuizen en medisch specialisten) en budgetparameters aan de prijsontwikkeling aan¹⁹. De kapitaallasten worden nu overigens niet jaarlijks geïndexeerd, met uitzondering van de normatieve vergoedingen voor inventaris en instandhouding.

Bij de afschaffing van de budgetten in 2012 zullen, naast de DBC-tarieven, ook de beschikbaarheidsbijdragen geïndexeerd moeten worden. Voor de beschikbaarheidsbijdragen wordt gekozen voor een indexering op basis van nacalculatie. Dit is in tegenstelling tot de tarieven waarvoor een aanpassing op basis van nacalculatie niet mogelijk is en naar een andere werkwijze wordt gezocht²⁰. Mocht er sectorbreed worden overgegaan tot een nieuwe methode van indexering dan zal de indexering voor de beschikbaarheidsbijdragen opnieuw worden bezien.

Om de indexering op basis van nacalculatie praktisch vorm te kunnen geven, moet er globaal inzicht zijn in hoe de vergoeding is opgebouwd (loon, materieel en kapitaallasten). Vervolgens kunnen jaarlijks de afzonderlijke kostencomponenten geïndexeerd worden of kan met een gewogen indexcijfer het totaal bedrag worden aangepast. De weging wordt dan eenmalig vastgesteld. Hier zal nog een keuze in gemaakt worden.

6.4.2 De jaren 2013 en verder

In de voorhangbrief van VWS wordt een aantal zorgfuncties genoemd (de gedeeltelijk vaste vergoedingen) waarvoor de vaste vergoeding de vorm krijgt van een aanvullende toeslag voor exploitatietekorten. Er wordt daarbij uitgegaan van een model van nacalculatie waarbij jaarlijks de vereiste toeslag wordt bepaald. Die toeslag zou dan alleen terecht komen bij instellingen die een voorziening beschikbaar moeten houden,

¹⁹ De aanpassing van de bedragen vindt zowel voorcalculatorisch als nacalculatorisch plaats. De nacalculatie vindt plaats over het verschil tussen het voorcalculatorisch cijfer en de realisaties. De trendmatige aanpassing voor jaar t wordt dus gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de nacalculatie op de indices jaar t -1.

²⁰ In verband met een lopend beroep op de huidige indexering onderzoekt de NZa een nieuwe methode voor de indexering van de tarieven. Het is nog onduidelijk wanneer deze methode wordt bepaald en vastgesteld.

maar waarbij de omzet uit reguliere productie te laag is om de voorziening (rendabel) te kunnen exploiteren. Het model van nacalculatie per instelling impliceert dat per (aangewezen) instelling de kosten van de desbetreffende functie en de relevante opbrengsten jaarlijks moeten worden opgevraagd. Dat betekent jaarlijks een kostenonderzoek. Daarnaast moet naar de opbrengst worden gekeken die de desbetreffende kosten dekt. Daarbij doet zich het probleem voor dat voor een functie als de spoedeisende hulp (SEH) geen geormerkte opbrengsten kunnen worden aangewezen. Er zijn immers geen afzonderlijke SEH-zorgproducten.

Een model met deels vaste vergoedingen voor bepaalde functies is dus niet mogelijk zonder een gestandaardiseerde kostentoe rekening en een toerekening van relevante baten. Gelet op de omvang van de totale vergoedingen (relatief gering), lijken de administratieve lasten van dit model niet in verhouding te staan met het doel.

De NZa heeft een aantal alternatieve modellen om tot een onderbouwing van de vaste vergoedingen voor 2013 ev. te komen verkend, te weten een normatief model, een model van aanbesteding en een kostenonderzoek.

De NZa komt tot de conclusie dat een normatieve benadering voor de volledig vaste vergoedingen geschikt is, waarbij de bestaande normen (IGZ, TNO/CBZ, professionele standaarden (evidence based) etc.) voor de desbetreffende zorgfuncties de basis bieden voor kostentoe rekeningen en vergoedingen.

Voor de gedeeltelijke vaste vergoedingen stelt de NZa de volgende aanpak voor:

- voor de kosten wordt aangesloten bij de aanpak voor de volledig vaste vergoedingen;
- in aanvulling daarop wordt een verdeling vastgesteld waarbij een percentage van de normatieve kosten geacht wordt, te worden gedekt uit de productie;
- het totale model wordt in overleg met de veldpartijen opgesteld;
- daarmee wordt het vaste deel bepaald;
- vervolgens worden periodiek de aannames en veronderstellingen herijkt waarbij tevens de (inhoudelijke) normen kunnen worden geactualiseerd.

Op deze wijze wordt recht gedaan aan de geest van de voorhangbrief, terwijl de administratieve lasten lager liggen. Het model is daarmee beter uitvoerbaar en biedt meer zekerheid vooraf aan de aanbieders.

6.5 Hoe: Financiering van de beschikbaarheidsbijdrage

6.5.1 Het jaar 2012

Het uitgangspunt voor de financiering van de beschikbaarheidsbijdragen is dat deze door de aangewezen ziekenhuizen rechtstreeks bij het Zorgverzekeringsfonds in rekening worden gebracht en door de beheerder van het Zorgverzekeringsfonds (het College voor zorgverzekeringen (CVZ)) rechtstreeks worden uitgekeerd aan de betreffende zorgaanbieders. Om deze werkwijze te realiseren past VWS de Wmg op dit moment aan.

De werkwijze gaat er vervolgens (op hoofdlijnen) als volgt uit zien:

- De NZa bekijkt of er wel of niet een recht is op een beschikbaarheidsbijdrage;
- Als er sprake is van een recht op een beschikbaarheidsbijdrage, dan stelt de NZa de beschikbaarheidsbijdrage ambtshalve vast;
- Vervolgens wordt de individuele beschikking, waarmee de betreffende zorgaanbieder het recht krijgt om vastgestelde beschikbaarheidsbijdrage te declareren bij het Zorgverzekeringsfonds, opgesteld;
- De zorgaanbieder declareert de bijdrage vervolgens bij het Zorgverzekeringsfonds;
- Het CVZ betaalt uit aan de zorgaanbieder.

In Tabel 5 staan per functie zowel de huidige vergoeding en 'betaler' opgenomen, als de vergoeding en betaler vanaf 2012.

Tabel 5 - overzicht huidige vergoeding en betaler en vergoeding en 'betaler' in 2012 per zorgfunctie

Functie	Huidig model (t/m 2011)		Nieuwe model (v.a. 2012)	
	Vergoed via	Betaald door	Vergoed via	Betaald door
Donoruitnameteams	Budget	Verzekeraars	Vaste vergoeding	Zvf*
Calamiteitenhospitaal	Budget	Verzekeraars	Vaste vergoeding	Zvf
Helikoptervoorzieningen	Budget	Verzekeraars	Vaste vergoeding	Zvf
Kennisfunctie en coördinatie van trauma(keten) zorg & OTO	Budget	Verzekeraars	Vaste vergoeding	Zvf
Academische component	Subsidie (Zvw)	CVZ/Zvf	Vaste vergoeding	Zvf
SEH	- Budget (o.a. adherentie) - Beschikbaarheids toeslag - Tarieven B-segment	Verzekeraars	- Vaste vergoeding - Variabele vergoeding	- Zvf - Verzekeraars
Traumacentra/-zorg	Budget	Verzekeraars	- Vaste vergoeding - Variabele vergoeding	- Zvf - Verzekeraars
Brandwondenzorg	Budget	Verzekeraars	- Vaste vergoeding - Variabele vergoeding	- Zvf - Verzekeraars

* Zvf = zorgverzekeringsfonds

6.5.2 2013 e.v.

Voor de financiering van de beschikbaarheidsbijdrage in 2013 geldt dezelfde werkwijze zoals voor 2012 beschreven.

6.6 Tijdspad beschikbaarheidsbijdragen

6.6.1 Het jaar 2012

De formele besluitvorming over de beleidsregels en beschikkingen door de Raad van Bestuur van de NZa kan plaatsvinden nadat de AIB Wmg formeel van kracht is. Tegelijk wil de NZa belanghebbende partijen zo snel mogelijk duidelijkheid geven over het voorgenomen beleid. De NZa heeft daarom het volgende tijdspad voorzien.

In september 2011 worden de beleidsregels met het nieuwe beleid voor 2012 voorgelegd aan de raad van bestuur van de NZa. De raad van bestuur beslist dan dat zij na inwerkingtreding van de AIB Wmg de voorliggende beleidsregels zal vaststellen. Hetzelfde geldt voor de

regelingen en beschikkingen. Over de hoogte van de beschikbaarheidsbijdragen kan vooraf wel een mededeling worden gedaan aan de belanghebbenden.

6.6.2 De jaren 2013 e.v.

Om de onderbouwde beschikbaarheidsbijdragen per 2013 in te kunnen voeren, is uiterlijk op 1 juli 2011 duidelijkheid nodig van VWS over de afbakening en omschrijving van de zorgfuncties (wat). Vervolgens zal de NZa de vergoedingen van de beschikbaarheidsbijdragen onderbouwen, waarbij zij de veldpartijen zal betrekken. Uiteindelijk zal de NZa op basis hiervan medio 2012 beleidsregels en beschikkingen vaststellen voor de onderbouwde vergoedingen met ingangsdatum 1 januari 2013.

Daarbij zijn op voorhand twee belangrijke aandachtspunten:

- De Gezondheidsraad komt op verzoek van VWS eind 2011 met een advies waarin de afbakening van de SEH is beschreven. Dit is te laat om nog tijdig een onderbouwde vaste vergoeding te kunnen bepalen met ingang van 2013.
- Daarnaast is onder leiding van VWS een project gestart waarin de functie van het Calamiteitenhospitaal opnieuw wordt bekeken. De uitkomst moet uiteindelijk zijn weerslag vinden in een convenant tussen VWS, het UMCU en het ministerie van defensie over de functie van het Calamiteitenhospitaal. De planning is dat het concept convenant in oktober 2011 wordt opgeleverd. Ook hier betekent de planning dat de resultaten te laat komen voor invoering van een onderbouwde vergoeding per 2013.

Om bovenstaande redenen is besloten dat de onderbouwde beschikbaarheidsbijdragen voor de SEH en het Calamiteitenhospitaal per 2014 worden ingevoerd. Voor de kennisfunctie en coördinatie van de traumazorg en OTO, de traumazorg, de medische vervolgoopleidingen en de academische component is het voorlopige uitgangspunt van VWS deze onderbouwd te hebben per 2014.

Het gevolg hiervan zou zijn dat de onderbouwde vaste vergoedingen gefaseerd worden ingevoerd:

Tabel 6 – gefaseerde invoering onderbouwde vaste vergoedingen

Nr.	Functie	Verwachting
1	Donoruitnameteams	Onderbouwd per 2013
2	Calamiteitenhospitaal	Onderbouwd per 2014
3	Helikoptervoorzieningen voor traumazorg	Onderbouwd per 2013
4	Kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten)zorg en OTO	Onderbouwd per 2014
5	Academische component	Onderbouwd per 2014
6	SEH	Onderbouwd per 2014
7	Traumazorg	Onderbouwd per 2014
8	Brandwondenzorg	Onderbouwd per 2013
9	Medische vervolgoopleidingen	Onderbouwd per 2014

6.7 Afhankelijkheden en randvoorwaarden

6.7.1 Samenhang met het transitieproces

In 2012 wordt een transitiebedrag vastgesteld. Dit transitiebedrag is bedoeld om de effecten van de overgang naar prestatiebekostiging te dempen. Aangezien in het vaste segment in 2012 de huidige budgetvergoedingen voor bijzondere functies (niet productie gerelateerd) en de huidige aanbieders worden gecontinueerd, is het niet logisch de beschikbaarheidsbijdrage op voorhand onder het transitiebedrag te brengen.

Voor 2013/2014 ligt dat anders. In 2013/2014 kan het zijn dat voor een aantal zorgfuncties andere aanbieders worden aangewezen en/of de hoogte van de (onderbouwde) vergoeding wijzigt. Op dat moment zal bekeken moeten worden of een overgangsregeling nodig is. Het ligt meer voor de hand om dan maatwerk te bieden, met als uitgangspunt dat geen transitie nodig is, tenzij de gevolgen daarvan onevenredig nadelig voor individuele aanbieders uitpakken.

Gelet op de voorgaande overwegingen zal het vaste segment niet onder het transitieproces vallen.

6.7.2 Juridisch kader

- VWS zal de Wmg aanpassen om te voorzien in een wettelijke grondslag voor de zogenaamde beschikbaarheidsbijdragen. Dit is een nieuw instrument in de Wmg.
- In een Algemene maatregel van bestuur (AMvB) wijst de minister de zorgfuncties aan die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage (de 'wat-vraag'). Ook staat hierin in welke vorm de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan verlenen. Bij AMvB zullen ook nadere voorwaarden of beperkingen worden gesteld aan het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage. De AMvB dient te zorgen voor duidelijk afgebakende functies met een inhoudelijke onderbouwing wat die functies inhouden (hoeveel fte en bedden nodig, 7x24 uur beschikbaarheid, etc.)
- Bij of krachtens AMvB wordt ook bepaald in welke gevallen de minister of de NZa zorgaanbieders aanwijst die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage (Wie-vraag). Hierbij spelen vraagstukken als bereikbaarheid en toegankelijkheid een belangrijke rol (45-minutennorm, één calamiteitenhospitaal en drie brandwondencentra).
- Naast de vaststelling van de AMvB dient de minister nog een formele opdracht te geven aan de NZa, een zogenaamde aanwijzing, tot het vaststellen van een beleidsregel.
- De voorziene zorgfuncties dienen te voldoen aan Europese regelgeving. VWS stemt dit momenteel af met de Europese Commissie.
- De NZa zal haar beleid voor de beschikbaarheidsbijdragen vastleggen in een beleidsregel. Hierin worden onderwerpen geregeld als de berekening van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdragen en procedurele aspecten.
- Op basis van deze beleidsregel stelt de NZa de beschikkingen vast voor individuele zorgaanbieders die in aanmerking komen voor beschikbaarheidsbijdragen. In de beschikking staan de voorwaarden en beperkingen die gelden bij het in rekening brengen van de beschikbaarheidsbijdragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

6.8 Conclusie

Voor een aantal zorgprestaties van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om ze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid. Deze specifieke functies vallen onder het vaste segment, waarvoor beschikbaarheidsbijdragen gelden.

Voor het jaar 2012 wordt voor het toekennen van de beschikbaarheidsbijdragen één op één aangesloten bij de huidige vergoedingen uit de ziekenhuisbudgetten en de huidige ontvangers. Dit wordt vastgelegd bij of krachtens AMvB. In feite wijzigt alleen de wijze van financiering (vergoeding via het Zorgverzekeringsfonds en betaling door het CVZ).

Voor 2013 zal bij of krachtens AMvB worden bepaald in welke gevallen de minister of de NZa zorgaanbieders aanwijst die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage.

De NZa komt tot de conclusie dat in de beschikbaarheidsbijdragen voor het jaar 2012 een vergoeding moet worden opgenomen voor het honorarium van medisch specialisten (zowel loonkosten als vrijgevestigd), voor zover dit nog niet het geval is. Deze wordt normatief toegerekend aan de huidige (budget)vergoedingen. Daarnaast zal de NZa voor 2012 een normatieve vergoeding voor de kapitaallasten opnemen in de beschikbaarheidsbijdragen, zoals die ook voor de huidige DBC-tarieven geldt (8,7%). Tot slot worden de beschikbaarheidsbijdragen geïndexeerd, volgens de huidige methode van nacalculatie.

Voor 2013 zullen de beschikbaarheidsbijdragen normatief onderbouwd worden (via een kostenonderzoek).

De beschikbaarheidsbijdragen worden op voorhand niet opgenomen in het transitiebedrag. Wanneer er in 2013/2014 wijzigingen zijn in de aangewezen zorgaanbieders en/of de hoogte van de (onderbouwde) vergoedingen dan zal bekeken moeten worden of hiervoor een overgangsregeling wordt ingesteld.

Consultatievraag 3:

Kunt u zich vinden in de in dit hoofdstuk gemaakte uitwerking en werkwijze met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdragen?

Indien nee, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

7. Overgangsregeling Kapitaallasten

7.1 Inleiding

Met de brief 'Zorg die loont' van 14 maart 2011 liggen de contouren van de invoering van de prestatiebekostiging vast. In het eindmodel²¹ maakt de opslag voor kapitaallasten integraal onderdeel uit van de maximumtarieven (in het gereguleerde segment) en van de vrije prijzen (in het vrije segment).

Om van de huidige kapitaallasten vergoedingen over te gaan naar integrale tarieven heeft de NZa al in 2010 een overgangsregeling kapitaallasten vastgesteld.²² De overgangsregeling is een aflopende garantie op kapitaallasten tot en met 2016.

Hieronder wordt de technische uitwerking van de overgangsregeling beschreven. Daarbij legt de NZa u een aantal praktische uitvoeringsvragen voor die moeten worden beantwoord om de overgangsregeling gelijktijdig met het voorgenomen transitie-model te kunnen uitvoeren.

De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- bepalen garantieniveau kapitaallasten per instelling;
- bepalen relevante omzet voor uitvoering overgangsregeling;
- aanpassing garantieniveau bij ingebruikneming gedurende overgangstermijn;
- procedure toekennen suppletie op grond van garantieregeling;
- toepassen overgangsregeling op categorale instellingen.

Voor de UMC's is tevens de samenloop van de overgangsregeling met de uitwerking van het DHAZ convenant van belang.

7.2 Bepalen van het garantieniveau

De overgangsregeling kent een aflopende garantie op kapitaallasten (afgeleid uit het historisch budget 2011). Als de omzet, c.q. de dekking kapitaallasten onder het (in de jaren aflopende) garantieniveau daalt, ontvangt de instelling een aanvulling²³. Bij een omzet op of boven het garantieniveau vindt geen afroaming plaats.²⁴

²¹ Beschreven in hoofdstuk 2 (p. 19).

²² Beleidsregel 'overgangsregeling kapitaallasten' (CU 2001) vastgesteld. Daarnaast is sprake van een compensatieregeling voor de immateriële vaste activa. Die regeling wordt bij de nacalculatie over 2010 uitgevoerd voor de algemene ziekenhuizen en UMC. In deze notitie wordt dit verder niet besproken, behalve bij het onderdeel categorale instellingen.

²³ Waarschijnlijk rechtstreeks uit het Zorgverzekeringsfonds en niet via de verzekeraars

²⁴ In de zin dat een hogere dekking van kapitaallasten dan het garantieniveau niet wordt verrekend. Het transitiebedrag leidt in 2012 en 2013 mogelijk wel tot verrekening

Tabel 7 – Garantiepercentage per jaar

jaar	Garantieniveau
2011	95%
2012	90%
2013	85%
2014	80%
2015	75%
2016	70%

Het gaat hierbij alleen om een garantie op de WTZi-kapitaallasten (vergunning en melding). Dat betekent dat een deel van de kapitaallastenvergoeding die instellingen nu ontvangen, buiten de garantieregeling valt. Verder is van belang dat de garantieregeling geen nacalculatie inhoudt.

Het garantieniveau wordt afgeleid uit het historisch budget 2011. In 2011 is nog sprake van budgettering, met 100% nacalculatie op het A-deel. De garantieregeling heeft dus materieel geen effect in 2011. Dit houdt in dat in 2012 sprake is van een garantieniveau van 90% van de gebudgetteerde kapitaallasten 2011.

Onderstaand schema geeft weer hoe de huidige vergoeding van kapitaallasten is opgebouwd en op welke onderdelen de garantieregeling van toepassing is. De beleidsregel laat ook WTZi-investeringen die in 2012 of later, maar voor 2017 in gebruik worden genomen, onder de garantieregeling vallen. Dit geldt ook voor investeringen onder de opgebouwde trekkingsrechten. De opbouw van trekkingsrechten stopt in 2012.

Tabel 8 – Opbouw huidige vergoeding van kapitaallasten en toepassing garantieregeling

kapitaallastcomponent	Huidige situatie (t/m 2011)			Situatie 2012 e.v.	
	In huidig budget	In DBC/ZP (A)	In DBC/ZP (B)	In tarief (A)	Overgangsregeling kapitaallasten
Afschrijving gebouwen – gebouwen – melding/instandhouding – terreinvoorzieningen – installaties	Ja – nacalculatie – nac/normatief – nacalculatie – nacalculatie/ norm	Via uniforme gemiddelde Opslag	In verkoop-prijs	Opslag Uniform / Gedifferentieerd (v.a. 2014)	Ja, mits WTZi (inclusief trekkingsrechten)
Afschrijving DHAZ middelen UMC	Ja – nacalculatie	Via uniforme gemiddelde opslag		Opslag (U/G) Vaste vergoeding (AC)	Ja
Afschrijvingen inventaris – medische en overige inventarissen – Wbmv-inventaris	Ja – normatief – normatief – normatief	In kostprijs DBC	In verkoop-prijs	In tarieven (kostprijs)	Nee Wel in transitiebedrag
Afschrijving dubieuze debiteuren	Lokale afspraak/nacalculatie	Via uniforme gemiddelde opslag	In verkoop-prijs	Opslag (U/G)	Nee, wel in transitiebedrag
Rente (VV en EV) – boekwaarde gebouwen en installaties – DHAZ boekwaarde – boekwaarde grond – boekwaarde inventaris – werkkapitaal – nog in tarieven te verrekenen	Ja – rentenormering – rentenormering – idem – idem – idem – idem – idem	Via uniforme gemiddelde opslag	In verkoop-prijs	Opslag (U/G)	Deels: – ja – ja – ja – ja – nee – nee – nee
Doorberekende kapitaallasten	Nacalculatie	In prijs onderlinge dienstverlening	In verkoop-prijs	In prijs onderlinge dienstverlening	gesaldeerd
Aftrek PAAZ	Vast bedrag	Via uniforme gemiddelde opslag	In verkoop-prijs	Opslag	gesaldeerd

Toelichting bij het schema

- Er is vanaf 2011 een garantieregeling van toepassing op een deel van de kapitaallasten: rente en afschrijvingen voor zover in relatie met WTZi-investeringen. Dus niet voor de rente werkkapitaal, boekwaarde inventaris²⁵ en de post nog in tarieven te verrekenen bedragen.
- In de gemaximeerde DBC en DOT-tarieven zijn de kapitaallasten vergoedingen m.u.v. de afschrijving inventarissen via een opslag opgenomen; dit is een uniforme opslag (afgeleid van de budgetvergoeding). Deze opslag moet in 2013 gedifferentieerd per productsegment/per zorgproduct worden vastgesteld voor de tarieven 2014 (A-segment)
- In 2012 en verder is sprake van een groter B-segment (70%). De kapitaallasten in het B-segment zijn vrij onderhandelbaar; dat geldt voor alle elementen van de kapitaallastenvergoeding.
- De A en een deel van de B-omzet moeten worden betrokken bij de overgangsregeling kapitaallasten (garantieregeling)
- Voor die elementen die niet in de overgangsregeling kapitaallasten vallen, is het transitiebedrag van toepassing.
- De aftrek (PAAZ en doorberekende kapitaallasten) worden eenmalig (niveau 2011) op de kapitaallasten in mindering gebracht, het saldo komt in aanmerking voor de garantieregeling.

De garantieniveaus kunnen volgens dit schema per ziekenhuis worden bepaald. In 2012 worden de kapitaallasten echter niet meer nagecalculeerd zodat de garantie (90% etc.) op de relevante budgetonderdelen 2011 van toepassing is.

7.3 Bepalen relevante omzet voor de overgangsregeling

Het garantieniveau moet worden vergeleken met de relevante corresponderende omzet. De relevante omzet voor de gerealiseerde vergoeding van de kapitaallasten moet worden bepaald uit de omzet aan zorgproducten²⁶ 2012, 2013 etc.

De omzet in 2012 en latere jaren bestaat uit verschillende onderdelen:

- Zorgproducten gereguleerd segment;
- Zorgproducten vrij segment;
 - B-segment oud (2011);
 - B-segment nieuw (uitbreiding 2012);
- Eventueel beschikbaarheidsbijdragen;
- Productie eerstelijns;
- Onderlinge dienstverlening.

De overgangsregeling heeft betrekking op het A-segment 2011; de relevante omzet voor de overgangsregeling in 2012 bestaat dus uit de nieuwe B-omzet 2012 (de uitbreiding van 34% naar 70%) en de A-omzet, plus beschikbaarheidsbijdragen.

De omzet uit de productie eerstelijns en onderlinge dienstverlening wordt niet meegenomen bij de bepaling van de relevante omzet voor de overgangsregeling. De reden hiervoor is dat in deze producten geen vastgestelde kapitaallastenopslag is opgenomen.

Het feit dat de overgangsregeling kapitaallasten aangrijpt op het

²⁵ De tekst van de beleidsregel laat een andere interpretatie toe, in de aanwijzing CZ-U-3001512 wordt het onderscheid ook niet gemaakt. Het is echter altijd de intentie geweest om de garantie te beperken tot de exploitatiekosten, verband houdend met WTZi investeringen. Inventarissen maken daar geen deel van uit.

²⁶ Inclusief productie eerstelijns, exclusief onderlinge dienstverlening en aanvullende opbrengsten

A-segment in 2011 impliceert dat de instelling ook voor de overgangsregeling het onderscheid tussen nieuwe en oude B-zorgproducten moet kunnen maken²⁷.

Vervolgens is de vraag welk deel van de A-omzet, van de nieuwe B-omzet 2012 en van de vaste vergoedingen kan worden aangemerkt als kapitaallastenvergoeding. De gereguleerde tarieven van het A-segment zijn vanaf 2012 maximumtarieven en kennen een uniforme procentuele opslag voor de kapitaallasten van 8,7%. Dit is in overeenstemming met de brief van de minister waarin de NZa wordt opgedragen om voor 2012 en 2013 uit te gaan van een vaste procentuele opslag. Het bovengenoemde opslagpercentage van 8,7% is een continuering van het opslagpercentage dat sinds de invoering van de DBC's in 2005 wordt gehanteerd. In het B-segment zijn de tarieven (voor het kostendeel) geheel vrij onderhandelbaar. Dat betekent dat de kapitaallastencomponent als gevolg van lokale prijsafspraken kan wijzigen.

De NZa stelt voor om voor de uitvoering van de overgangsregeling kapitaallasten uit te gaan van een kapitaallastenslag van 8,7% voor zowel de A- als B-omzet. Dit betekent concreet dat 8,7% van de A-omzet, 8,7% van de nieuwe B 2012 omzet en 8,7% van de beschikbaarheidsbijdragen wordt aangemerkt als dekking kapitaallasten.

7.3.1 Radiotherapie

Een uitzondering op de vaste procentuele kapitaallastenslag van 8,7% zijn de tarieven voor radiotherapie. Sinds 2009 kennen de DBC-tarieven voor radiotherapie een opslag van 20% voor kapitaallasten. De radiotherapie gaat over op vrije prijzen. Dit betekent dat vanaf 2012 in de prijsonderhandelingen een vergoeding voor kapitaallasten moet worden meegenomen. Voor de overgangsregeling kapitaallasten moet wel worden besloten welk deel van de DOT-omzet moet worden toegerekend aan de dekking voor de kapitaallasten. Het ligt voor de hand om voor de uitvoering van de overgangsregeling kapitaallasten uit te gaan van 20% kapitaallastenslag. Dit geldt ook voor de radiotherapie-opbrengsten binnen de ziekenhuizen en UMC's.

7.3.2 Correctie kapitaallastenslag

Ten aanzien van de uitvoering van de garantieregeling kapitaallasten speelt nog de vraag of de kapitaallastenslag die in de DOT-tarieven is opgenomen moet worden gecorrigeerd voor rentekosten die niet onder de overgangsregeling kapitaallasten vallen. Uit analyse blijkt echter dat de kapitaallastenslag van 8,7% ongeveer gelijk is aan het aandeel kapitaallasten in de budgetten geschoond voor loonkosten medisch specialisten in loondienst, samenwerkingsverbanden en dure geneesmiddelen (gemiddeld voor alle instellingscategorieën).

De overgangsregeling kapitaallasten is eigenlijk slechts bedoeld voor de rentekosten voor gebouwen en terreinen. Niettemin bieden zowel de aanwijzing uit 2010 als de tekst van de op die aanwijzing gebaseerde beleidsregel overgangsregeling kapitaallasten ruimte voor een interpretatie waarbij de totale rentekosten volgens de rentenormeringsbalans uit het nacalculatieformulier onder de garantieregeling vallen. Qua uitvoering zou dat het voordeel hebben dat de rente over de boekwaarde inventaris en het werkkapitaal 2011

²⁷ Dat geldt ook voor de berekening van het transitiebedrag; de NVZ heeft laten weten dat die splitsing theoretisch mogelijk is, maar een aantal ziekenhuizen zou dat nog eens controleren door middel van een simulatie.

(laatste jaar budgettering) niet uit de tariefopslagen hoeft te worden geëlimineerd voor de toepassing van de garantieregeling. Met andere woorden, de tariefopslag bepaalt dan tegelijkertijd welk deel van de DOT-omzet vergeleken wordt met de garantie vergoeding.

7.4 Samenloop overgangsregeling met transitiemodel

In 2012 en 2013 valt de overgangsregeling kapitaallasten samen met het transitiemodel naar prestatiebekostiging. Met partijen is uitgebreid gesproken over deze samenloop. De conclusie naar aanleiding van de overleggen met partijen is dat het separaat vaststellen van het transitiebedrag en de garantieregeling principieel de meest zuivere keuze lijkt. Ook vanuit praktische overwegingen is het handig om beide systemen gescheiden van elkaar te houden. De doorlooptijden van beide regelingen verschillen van elkaar. Bovendien blijft door het scheiden van de regelingen de termijnen en effecten van de verschillende regelingen zichtbaar.

Het separaat vaststellen van het transitiebedrag en de garantieregeling kan voor een aanbieder tegengestelde effecten hebben. De berekening werkt als volgt:

Voor de berekening van het transitiebedrag wordt de DOT-omzet exclusief de kapitaallasten vergeleken met het schaduw FB exclusief de kapitaallasten. De kapitaallasten worden dus uit de omzet gehaald voordat het transitiebedrag wordt berekend. Het transitiebedrag wordt apart verrekend (95% in 2012 en nog eens 70% in 2013).

Vervolgens wordt de nagecalculeerde kapitaallastenvergoeding bevroren op het niveau 2011 met de kapitaallastenvergoeding in de DOT omzet (op basis van 8,7%) en zo nodig aangevuld tot het garantieniveau.

Bij de voorbereidingen van VWS voor het opstellen van 'de aanwijzing' aan de NZa is echter naar voren gekomen dat VWS voornemens is om de kapitaallasten integraal onderdeel te laten zijn van het transitiemodel. Op deze wijze worden de risico's voor de macrokostenbeheersing zoveel mogelijk ingeperkt. Als de kapitaallasten integraal onderdeel moeten vormen van het transitiemodel dan ligt het voor de hand om de kapitaallasten – net als in de huidige situatie – op te nemen in het schaduw FB en hierop na te calculeren. Op deze wijze is in 2012 95% van de kapitaallasten gegarandeerd via het schaduw FB. Hierbij wordt opgemerkt dat deze methodiek voor 2013 niet meer kan worden gehanteerd omdat het te verrekenen percentage van 70% lager ligt dan het garantiepercentage van 85% uit de overgangsregeling kapitaallasten.

De hierboven beschreven methode, waarbij de kapitaallasten onderdeel uitmaken van het schaduwbudget, is niet besproken tijdens de technische overleggen met partijen. Aangezien VWS het voornemen heeft om kapitaallasten onderdeel te laten zijn van het transitiemodel is deze methode wel opgenomen in dit consultatiedocument. De verwachting van de NZa is dat deze methodiek in de uitvoering niet tot problemen zal leiden.

Opgemerkt wordt dat als de kapitaallasten onderdeel gaan uitmaken van het transitiemodel, de overgangsregeling kapitaallasten in 2012 materieel geen rol speelt. De bepaling van de relevante omzet zoals beschreven in paragraaf 7.3 is dan niet aan de orde.

7.5 Aanpassen garantieniveau bij ingebruikneming investeringen gedurende overgangstermijn

De beleidsregel stelt dat wanneer een instelling investeringen van 2012-2016 realiseert die nog onder de WTZI vallen (vergunning en trekkingsrechten), het garantieniveau wordt aangepast. Daarvoor moet een berekening worden gemaakt als ware nog steeds sprake van nacalculatie, waarbij de afschrijvingstermijnen en rentevergoedingen uit het huidige normeringsmodel gelden. Dat betekent dat die beleidsregels, uitsluitend voor de toepassing van de overgangsregeling en met gewijzigde doelstelling, overeind blijven. De NZa neemt de relevante onderdelen van de beleidsregels in de beleidsregel van de overgangsregeling op.

De aanpassing van het garantiebedrag vindt plaats met ingang van het jaar waarin de investering in gebruik wordt genomen. Aangezien de ingebruikneming een niet nader gedefinieerd begrip is, kan dit voor interpretatieverschillen zorgen. De NZa interpreteert het zo dat de desbetreffende gebouwen of bouwkundige voorzieningen aan de eigenaar zijn overgedragen en deze de exploitatiekosten draagt alsmede verantwoordelijk is voor het beheer en onderhoud.

Een hiermee verband houdend aspect is de rente tijdens de bouw. De huidige rentenormering kent de mogelijkheid om de bouwrente als exploitatierente te vergoeden. Daarvoor wordt de post onderhanden bouwprojecten in de rentenormering betrokken. Deze rente valt in beginsel ook onder de garantie. De NZa stelt voor om het bedrag niet jaarlijks te bepalen, maar een lineair verloop te veronderstellen en een gemiddeld bedrag per jaar voor de hele bouwperiode te bepalen.

7.6 Procedures toekennen garantie suppletie

Er zijn verschillende mogelijkheden om de garantieregeling uit te voeren:

- Iedere instelling dient jaarlijks een berekening te maken en aan te leveren aan de NZa, als een soort alternatieve nacalculatie.
- Instellingen die menen voor een garantiesuppletie in aanmerking te komen, dienen een aanvraag bij de NZa in, waarbij een berekeningschema moet worden meegestuurd volgens een door de NZa op te stellen format. Die berekening moet door een accountant worden gecontroleerd.

Omwille van een verlichting van de administratieve lasten is de NZa voorstander van de tweede benadering.

7.7 Wbmv-inventarissen (kapitaallasten overgangsregeling)

De ziekenhuizen kennen een normatief budget voor medische en overige inventarissen (nu opgenomen in de beleidsregel functiegerichte budgettering). Er was een aanvullende regeling waarbij inventarissen die in de vergunning waren opgenomen, ook voor vergoeding van afschrijvingen via het budget in aanmerking kwamen. Die mogelijkheid is uit de WTZI gehaald zodat het onwaarschijnlijk is dat in bouwvergunningen nog afschrijvingen meelopen van inventarissen (gezien de afschrijvingstermijn van tien jaar).

Daarnaast zijn aparte vergoedingen voor Wbmv inventaris bekend, o.a. voor radiotherapie. Dit zijn deels genormeerde, deels individueel vast te

stellen budgetbedragen. Het gegeven dat voor deze inventarissen aparte vergoedingsregels cq nacalculatie van toepassing was, wil echter nog niet zeggen dat sprake zou moeten zijn van een overgangsregeling die gelijk gesteld moet worden aan die voor de WZV/WTZi bouw. Immers, uitgangspunt is steeds geweest dat de kosten van inventarissen meegenomen worden in de tarieven/prijzen van de zorgproducten. Op die wijze kan de capaciteit ook de zorgproductie volgen. Voor het risico dat de kosten van instellingen in onvoldoende mate door de zorgproducten worden gedekt, geldt het transitie-model.

7.8 Conclusie

Binnen de overgangsregeling kapitaallasten wordt een tot en met 2016 aflopend percentage op de kapitaallasten gegarandeerd. Bij instellingen die in die periode onder het garantiepercentage zakken wordt het verschil gesuppleerd.

VWS is voornemens om de kapitaallasten integraal onderdeel te laten zijn van het transitie-model. Als de kapitaallasten integraal onderdeel moeten vormen van het transitie-model dan ligt het voor de hand om de kapitaallasten – net als in de huidige situatie – op te nemen in het schaduw FB en hierop na te calculeren. Op deze wijze is in 2012 95% van de kapitaallasten gegarandeerd via het schaduw FB. Opgemerkt wordt dat als de kapitaallasten onderdeel gaan uitmaken van het transitie-model, de overgangsregeling kapitaallasten in 2012 materieel geen rol speelt.

Indien het transitiebedrag en de garantieregeling kapitaallasten separaat worden vastgesteld moet voor de uitvoering van de garantieregeling voor het A-segment (2012) en de B-segment tranche 2012 worden uitgegaan van een generieke kapitaallastenopslag van 8,7% (radiotherapie: 20%).

Consultatievraag 4:

Kapitaallasten algemeen: Kunt u zich vinden in de uitwerking met betrekking tot de overgangsregeling kapitaallasten van dit hoofdstuk? Zo niet, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

Consultatievraag 5:

Kapitaallasten specifiek: Ziet u uitvoeringsproblemen bij de optie waarbij de kapitaallasten in het transitie-model worden opgenomen?

8. Categoriele instellingen

8.1 Inleiding

De minister van VWS heeft in haar brief 'Zorg die loont' aangekondigd per 1 januari 2012 in de ziekenhuiszorg prestatiebekostiging in te voeren. Voor de categoriele instellingen (Audiologie, Dialyse, Radiotherapie en Revalidatie) hanteert de minister het uitgangspunt dat waar dat verantwoord kan, de overstap naar prestatiebekostiging gelijktijdig plaatsvindt met de algemene ziekenhuizen.

Na de opvattingen van de betreffende partijen te hebben vernomen, concludeert de minister vervolgens in haar brief 'Transitie naar prestatiebekostiging voor categoriele instellingen' van 10 mei 2011 dat de zorgproducten (binnen DOT) in de betreffende sectoren per 2012 de basis dienen te vormen voor de bekostiging. Tegelijkertijd dienen transitiemaatregelen te worden genomen waarbij het zogenaamde 'transitiebedragmodel', zoals beschreven in de brief 'Zorg die loont' als uitgangspunt geldt, met als mogelijkheid om – indien nodig – te kiezen voor een sectorspecifieke invulling van dit model.

De minister geeft in haar brief 'Zorg die loont' aan dat de centra voor longastma en epilepsie nog niet klaar zijn om per 2012 al de overstap naar prestatiebekostiging te kunnen maken. Daarom worden deze sectoren in 2012 nog bekostigd op basis van de bestaande systematiek. Gezien dit besluit behandelt de NZa deze sectoren verder niet in dit consultatiedocument.

De NZa geeft in onderstaande paragrafen weer op welke wijze zij de invoering van prestatiebekostiging voor de categoriele instellingen verantwoord vindt. Hieraan is technisch overleg met de categoriele instellingen en ZN vooraf gegaan.

8.2 Categoriele instellingen algemeen

Hieronder worden enkele kenmerken weergegeven van de categoriele instellingen²⁸:

- Zelfstandige revalidatiecentra: Er zijn circa 26 zelfstandige revalidatiecentra. De omzet is ca 416 miljoen euro.
- Zelfstandige centra voor radiotherapie: Er zijn 6 zelfstandige centra voor radiotherapie. De totale omzet is ca 83 miljoen euro.
- Zelfstandige centra voor dialyse: er zijn 3 zelfstandige dialysecentra. Deze centra kennen verschillende vestigingen. De totale omzet is ca 41 miljoen euro.
- Zelfstandige audiologische centra: Er zijn 18 zelfstandige audiologische centra maar deze zijn gegroepeerd in 6 organisaties. De omzet is ca 27 miljoen euro.

Met uitzondering van klinische revalidatie betreft het in alle gevallen zorg die ook in en door ziekenhuizen wordt geleverd. Voor zover sprake is van 'categoriele zorg' die door ziekenhuizen wordt geleverd, is vanaf 2012 het transitieproces van de ziekenhuizen (95% verrekening van het verschil tussen schaduw FB 2012 en DOT omzet 2012) van toepassing.

²⁸ In onderstaande opsomming zijn de omzetgegevens gebaseerd op de budget aanvaardbare kosten van 2009 en het aantal centra op de AGB-codes in 2011.

Zorgvuldige invoering en overgangsmaatregelen

Als eerder gesteld is het transitiebedragmodel voor de ziekenhuizen ook van toepassing verklaard op de categorale instellingen. In die gevallen dat het algemene transitiebedragmodel de risico's als gevolg van de overgang van budgettering naar prestatiebekostiging voor categorale instellingen onvoldoende ondervangt, ligt een aanpassing van dit transitiebedragmodel in de rede. Deze beoordeling vindt hieronder plaats. Indien zich onverhoopt individuele, bijzondere omstandigheden voordoen, zal beoordeeld worden of een individuele maatwerkoplossing benodigd is. Het gaat dan om omstandigheden die niet zijn meegewogen bij de totstandkoming van het beleid.

8.3 Transitiebedragmodel categorale instellingen

De NZa heeft gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de categorale instellingen om af te stemmen hoe partijen staan tegenover de invoering van prestatiebekostiging in het algemeen en ter verkenning van een mogelijke sectorspecifiek transitiebedragmodel in het bijzonder. Ook met ZN heeft afstemming plaatsgevonden over invoering van prestatiebekostiging bij deze sectoren. De uitkomsten van deze afstemmingsrondes zijn meegenomen in de afwegingen in dit hoofdstuk.

De verschillende categorale instellingen kennen ieder sectorspecifieke omstandigheden. Voor alle categorale instellingen geldt echter dat sprake is van een beperkt zorgaanbod, gelden de gevolgen van de invoering van DOT en is er geen ervaring met onderhandelen. Op deze drie algemene punten wordt hieronder ingegaan.

Beperkt zorgaanbod

Categorale instellingen bieden vaak slechts één soort product aan in tegenstelling tot een ziekenhuis dat een veelheid van producten aanbiedt. Categorale instellingen ontberen daarom de mogelijkheden van substitutie die ziekenhuizen wel hebben. De systeemrisico's van invoering van prestatiebekostiging kunnen daarom groter zijn voor categorale instellingen dan voor ziekenhuizen. Ten overvloede wordt opgemerkt dat een transitiebedragmodel niet is gericht op de reguliere omzetrisico's, zoals een terugval van het aantal patiënten.

De NZa meent dat een beperkt productassortiment ook voordelen kent. Wanneer een instelling een beperkt assortiment aanbiedt, is het eenvoudiger om inzicht te verkrijgen in dit product en de kosten die bij een product behoren. Dit maakt sturing minder complex dan wanneer gelijk aan een ziekenhuis een veelheid aan producten wordt aangeboden. Ook geeft het de aanbieder van het product mogelijkheden tot het behalen van kostenefficiëntie omdat hij zich op één product kan specialiseren. Een aantal categorale instellingen heeft aangegeven dit al ver te hebben doorgevoerd.

Gelet op bovenstaande afwegingen en op het einddoel van de systeemwijziging (prestatiebekostiging) vormt het beperktere, gespecialiseerde zorgaanbod op zichzelf geen reden voor aanpassing van het transitiebedragmodel.

Invoering DOT

De invoering van DOT per 2012 brengt onzekerheden met zich mee. Een onjuistheid in de productstructuur kan een groot effect hebben bij categorale instellingen. Wanneer in het beperkte assortiment van de aanbieder een onjuistheid in de productstructuur optreedt, heeft dit effect op een groot deel van de omzet.

De NZa benadrukt dat het transitie­model en de eventuele sectorspecifieke modellen zijn bedoeld om systeemrisico's van de overgang op prestatiebekostiging te dempen. Hierbij wordt opgemerkt dat de NZa de productstructuur voor 2012 akkoord heeft bevonden. Dat betekent dat de NZa van mening is dat de productstructuur van DOT voldoende is ontwikkeld om prestatiebekostiging op te baseren. Om deze redenen worden eventuele risico's van de invoering van DOT niet meegenomen in de beoordeling van de invoering van prestatiebekostiging. Volledigheidshalve wordt hierbij opgemerkt dat slechts in het geval van de radiotherapieproducten is geconstateerd dat een afleidingsfout optreedt in de financiële beslisboom waarmee de kostprijs wordt bepaald. DBC-Onderhoud corrigeert dit in de eerst volgende release. Daarnaast geeft zij aan dat de beslisboom van de productstructuur correct en stabiel is.

Geen ervaring met onderhandelen

Categorale instellingen geven aan geen ervaring te hebben met het onderhandelen met zorgverzekeraars over zorgproducten. Enkele categorale instellingen geven aan dat zij ook geen prikkels hebben gehad om met DBC's te werken en met zorgverzekeraars te onderhandelen omdat zij volledig bekostigd werden in het A-segment.

De NZa meent dat het algemene transitie­model is bedoeld om deze overgang naar onderhandelen te faciliteren. Het biedt de zorgaanbieder een geleidelijke overgang met financiële garantie en daarmee ruimte om ervaring op te doen. De NZa ziet in het gebrek aan ervaring met onderhandelen dan ook geen aanleiding om af te wijken van het algemene transitie­model.

8.4 Sectorspecifieke omstandigheden

8.4.1 Audiologie

Naast de algemene risico's²⁹ geldt specifiek voor de audiologische centra dat zij begrotingsgefinancierd zijn. Dit brengt twee knelpunten met zich mee: geen duidelijke relatie tussen de begroting en de geleverde zorg en een gebrek aan eigen vermogen.

Bij het bepalen van het transitie­bedrag ligt het voor de hand een schaduw­begroting te gebruiken, analoog aan het schaduw FB bij de gebudgetteerde instellingen. Door zowel de audiologische centra als de zorgverzekeraars is echter aangegeven dat de huidige begrotingssystematiek niet geschikt is als schaduw­stelsel, omdat de begrotingssystematiek uitgaat van jaar­kaarten. De informatiewaarde van jaar­kaarten is erg klein geworden, omdat geen relatie bestaat tussen de begrote jaar­kaarten en de geleverde zorg in audiologische producten (AP's).

De audiologische centra hebben als gevolg van het feit dat zij begrotingsgefinancierd worden geen reserve aanvaardbare kosten kunnen vormen. Bij de overgang van begrotings­bekostiging naar prestatiebekostiging betekent het gebrek aan eigen vermogen dat geen buffer beschikbaar is om risico's op te vangen. Daarnaast levert het gebrek aan eigen vermogen volgens de audiologische centra ook in de huidige situatie knelpunten op bij het verkrijgen van financiering bij banken.

²⁹ Zie paragraaf 8.3.

Om het gebrek aan eigen vermogen en de minimale ervaring met onderhandelen te ondervangen, heeft FENAC met ZN een eerste beleidsmatige verkenning gemaakt met een eigen overgangsmodel. De kernpunten van dit model zijn:

- Onderhandeling in audiologische producten onder een vorm van begrotingsbekostiging en toetsende beleidsregel;
- Herijking van producten en tarieven;
- Overstap naar het eindmodel zonder vangnet.

Onderdeel van het model is een vorm van AP-budgettering. De AP-budgettering kan worden gebruikt als schaduwstelsel waarmee audiologische centra op basis van het representatiemodel afspraken maken met zorgverzekeraars. Vervolgens kan de toepassing van dit model op basis van het transitiebedragmodel afgebouwd worden. Met deze insteek blijft audiologie binnen de algehele kaders die worden toegepast in het kader van prestatiebekostiging maar wordt toch maatwerk verricht vanwege de bijzondere positie van de audiologische sector. Deze oplossingsrichting dient nog nader uitgewerkt te worden door de audiologische centra en de zorgverzekeraars. De NZa zal de uitkomsten vervolgens beoordelen.

Daarnaast willen de audiologische centra in dit model eigen vermogen kunnen opbouwen op basis van een opslag. Deze opslag kan gehanteerd worden op de tarieven, de begroting of de te verwachte opbrengsten. De centra geven aan dat het opbouwen van een eigen vermogen slechts mogelijk is onder landelijke, door de NZa voorgeschreven regelgeving. Zij zien het risico dat centra het niet voor elkaar krijgen om zelf een goede prijs te onderhandelen. Voorts geven zij aan dat het lokaal overleg met zorgverzekeraars niet overal op dezelfde wijze zal plaatsvinden, waardoor de uitkomsten verschillend zullen zijn.

De NZa is van mening dat centraal voorschrijven van een opslag niet past binnen een markt die overgaat naar prestatiebekostiging en vrije prijzen, maar dat dit aan de veldpartijen zelf is. De NZa zal daarom geen regelgeving vaststellen voor een te hanteren opslag. De overgang naar vrije prijzen biedt de audiologische centra de mogelijkheid om een prijs te onderhandelen inclusief een eigen risico-opslag.

Het gebrek aan eigen vermogen bij de audiologische centra ziet de NZa als een dusdanig risico dat een sectorspecifiek transitieproces gerechtvaardigd is. Het sectorspecifieke model voor audiologie ziet er als volgt uit:

Jaar	Transitiepercentage
2012	95%
2013	95%
2014	70%

De audiologische centra geven aan dat zij een transitieproces van drie jaar nodig achten om op een verantwoorde wijze over te gaan naar zowel financiering als bekostiging in audiologische producten. De NZa kan zich hierin vinden. Het sectorspecifieke transitieproces is daarom een driejarig model. Om dicht bij het model van de ziekenhuizen te blijven, is gekozen voor dezelfde percentages. Om het risico voor audiologie te verkleinen, is gekozen om twee jaar het percentage van 95% te hanteren en voor het derde jaar 70%. Gelijk aan het transitiebedragmodel van ziekenhuizen zal het schaduwbedrag alleen

voor het eerste jaar worden bepaald. Dit kan echter nadelen hebben voor audiologische centra waarbij prestatiebekostiging direct gunstig uitpakt.

Dit sectorspecifieke transitie-model is alleen van toepassing op de zelfstandige audiologische centra, niet op de audiologische zorg in ziekenhuizen. Deze zorg wordt namelijk niet bekostigd op basis van begrotingsfinanciering, maar op basis van het functioneel budget.

Conclusie

De NZa meent dat vanwege het gebrek aan eigen vermogen een sectorspecifiek transitie-model voor de audiologische centra gerechtvaardigd is. FENAC en ZN geven aan dat het schaduwbedrag 2012 voor de bepaling van het transitiebedrag bij voorkeur moet worden bepaald op basis van begrote audiologische producten. De NZa ziet dit als mogelijke optie. De FENAC en ZN moeten deze optie nader uitwerken.

8.4.2 Dialyse

Naast de algemene risico's³⁰ wordt namens de dialysecentra aangegeven dat specifieke kosten niet voldoende opgenomen zijn in het functioneel budget. Deze kosten verrekenen de dialysecentra nu nog niet met de ziekenhuizen, omdat deze kosten onderdeel zijn van het functioneel budget van de ziekenhuizen. Bij invoering van DOT en prestatiebekostiging worden de kosten onderling verrekend. Dit heeft tot gevolg dat het schaduw FB te laag vastgesteld wordt voor de dialysecentra en te hoog voor de ziekenhuizen. De NZa ziet als oplossing dat de betrokken instellingen gezamenlijk een verzoek indienen (tijdig voor het bepalen van het schaduw FB) tot overheveling van het budget van de ene naar de andere instelling, zodat de scheve verhoudingen rechtgetrokken kunnen worden.

Daarnaast wordt het geneesmiddel 'Epo', wat veel gebruikt wordt in combinatie met dialyse, in de huidige bekostiging op dit moment volledig nagecalculeerd. Het geneesmiddel valt niet onder de beleidsregel Dure geneesmiddelen, maar is onderdeel van de DBC's. Het geneesmiddel wordt daarom geen 'add-on', maar gaat onderdeel uitmaken van de prijsonderhandelingen over DOT's. De NZa houdt rekening met de volledige nacalculatie van het geneesmiddel bij het vaststellen van het schaduw FB 2012. Het vertrekpunt voor de berekening van het schaduw FB is immers de opbouw van het FB in 2011 (zie hoofdstuk 3).

Conclusie

De NZa ziet onvoldoende redenen om een sectorspecifiek transitie-model in te voeren voor de dialysesector. Het transitie-model voor de ziekenhuizen bevat naar de mening van de NZa voor dialysecentra voldoende mogelijkheid om de systeemrisico's te matigen. De twee genoemde specifieke aandachtspunten hebben betrekking op berekening van het schaduwbudget en vormen geen reden tot invoeren van een sectorspecifiek model.

8.4.3 Radiotherapie

De categorale radiotherapeutische instellingen worden in 2012 geconfronteerd met een veelheid van veranderingen in één keer. De overgang betreft niet alleen invoering prestatiebekostiging, maar ook afschaffing van de Wbmv, invoering van DOT en de onzekerheid over de daarbij behorende kostprijzen. Daarnaast zijn ook de algemene risico's

³⁰ Zie paragraaf 8.3.

op radiotherapie van toepassing.³¹ De radiotherapeutische instellingen geven aan uitstel van de prestatiebekostiging te willen voor een jaar.

Doordat de sector in 2012 niet meer binnen de Wbmv valt, is het mogelijk voor nieuwe toetreders om de markt te betreden. Hoewel dit een overgang is voor de sector, is dit geen onderscheidend criterium ten opzichte van de andere sectoren. Daarnaast is de vraag of op korte termijn sprake zal zijn van nieuwe aanbieders, aangezien radiotherapie een zeer kapitaalsintensieve behandeling is.

De NZa onderkent dat de sector wordt geconfronteerd met veel wijzigingen tegelijkertijd, maar is van mening dat onvoldoende is aangetoond dat het transitie-model de risico's onvoldoende dempt en acht het dan ook niet nodig om prestatiebekostiging bij radiotherapie een jaar later in te voeren.

Wanneer ziekenhuizen overgaan tot prestatiebekostiging en de categorale centra niet, kan dit leiden tot ongewenste onevenwichtigheden in de markt. Immers, nagenoeg alle zorg wordt ook geleverd in de ziekenhuizen. Bovendien wordt door geen prestatiebekostiging in te voeren per 2012 de situatie in stand gehouden, hetgeen gelet op de door de minister geschetste eindsituatie geen optie is.

Conclusie

Mede onder verwijzing naar de ingenomen standpunten ten aanzien van de omstandigheden die voor alle categorale sectoren gelden (zie paragraaf 8.3), ziet de NZa onvoldoende redenen om een sectorspecifiek transitie-model voor radiotherapeutische centra in te voeren.

8.4.4 Revalidatie

Per 2012 gaat revalidatie evenals de ziekenhuizen over op DOT. In deze productstructuur is de inzet van uren in de behandeling leidend. In 2011 zijn de laatste correctiepunten in deze productstructuur afgerond (spoor I), om in 2012 geïmplementeerd te worden. Doorontwikkeling van deze producten is echter noodzakelijk om tot (medisch) herkenbare producten te komen. Deze nieuw te ontwikkelen productstructuur (spoor II) staat gepland om geïmplementeerd te worden in 2013 of later. Dit betekent dat in een periode van twee jaar revalidatie twee maal van productstructuur verandert.

Het is volgens alle partijen gewenst om direct over te gaan op de juiste productstructuur. De revalidatiecentra trachten de ontwikkeling van spoor II versneld af te ronden om de implementatie samen met DOT te laten vallen in 2012. Onzeker is echter of dit haalbaar is. De NZa meent dat het onredelijk is een sector binnen twee jaar tweemaal te confronteren met dergelijke grote systeemwijzigingen. Door deze opeenvolgende wijzigingen blijft de sector kampen met reguleringonzekerheid. Om dit te mitigeren, wordt een sectorspecifieke model voor revalidatie instellingen als volgt gehanteerd:

³¹ Zie paragraaf 8.3

Jaar	Transitiepercentage
2012	95%
2013	95%
2014	70%

De NZa hanteert hierbij het transitiebedragmodel van de ziekenhuizen als uitgangspunt. Revalidatie start daarom in 2012 met hetzelfde percentage als de ziekenhuizen. In 2013 wordt de nieuwe productstructuur geïmplementeerd waardoor opnieuw systeemrisico's ontstaan. Om de categorale instellingen voor revalidatie vanaf dit tijdstip een gelijk vangnet te geven als de ziekenhuizen, is gekozen om het transitiepercentage ook in 2013 op 95% te houden en in 2014 op 70%. Het transitiebedrag wordt tweemaal bepaald, eerst over 2012 en wederom over 2013, hetgeen noodzakelijk is om de risico's van de nieuwe productstructuur in 2013 op dezelfde wijze te dempen als in 2012.

De NZa meent dat dit model alleen gerechtvaardigd is wegens de twee kort opeenvolgende systeemwijzigingen. Risico's als gevolg van de overgang op een andere productstructuur behoren immers niet tot het primaire doel van het transitiebedragmodel. Indien op een ander moment zou worden overgegaan op een andere productstructuur is een sectorspecifieke aanpassing van het transitiebedragmodel niet nodig.

Dit sectorspecifieke transitiebedragmodel is alleen van toepassing op de zelfstandige revalidatiecentra, niet op de revalidatiezorg in ziekenhuizen. De NZa vindt het niet noodzakelijk dat de revalidatie in ziekenhuizen gebruik maakt van dit sectorspecifieke model. De omzet van revalidatie binnen ziekenhuizen vormt slechts een klein deel van de totale omzet, waardoor het risico voor ziekenhuizen aanzienlijk kleiner is. Revalidatie in ziekenhuizen heeft in gescoorde parameters een omzet van 25 miljoen euro binnen de algemene ziekenhuizen en 2,5 miljoen euro bij UMC's. Dit staat in verhouding tot een totale omzet binnen algemene ziekenhuizen van 7,4 miljard euro en 2,5 miljard euro bij UMC's.

Conclusie

De NZa meent dat een sectorspecifiek transitiebedragmodel voor de revalidatiesector gerechtvaardigd is op het moment dat spoor II van de productstructuur per 2013 wordt ingevoerd.

8.5 Vrije prijzen

De NZa heeft advies uitgebracht over de zorgproducten die overgeheveld kunnen worden naar het B-segment. De minister heeft inmiddels ingestemd met dit advies, zie daarover verder hoofdstuk 5. De NZa is van mening dat audiologie, dialyse en radiotherapie voldoen aan de criteria om over te gaan naar vrije prijzen. Vrije prijzen bieden de sector de mogelijkheid om te onderhandelen over prijs. Regionale verschillen, verschillen in invulling van een behandeling en kwaliteit kunnen meegenomen worden in de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Voor revalidatie adviseert de NZa maximumtarieven. Deze maximumtarieven zijn geldig voor de totale revalidatie, dus ook binnen de ziekenhuizen. Revalidatie gaat in 2012 over naar DOT waarna in 2013 opnieuw een grote verandering in de productstructuur zal plaatsvinden. In een korte tijdsperiode vinden twee grote veranderingen plaats. Er is daarom geen sprake van een stabiele productstructuur, waardoor

maximumtarieven van toepassing zijn. Bij de invoering van spoor II per 2013 verwacht de NZa dat het wel verantwoord is om over te gaan op vrije prijzen. Dit moet voor 2013 echter opnieuw worden beoordeeld.

8.6 Kapitaallasten^{32, 33}

Audiologie

De audiologische centra vallen niet onder de overgangsregeling kapitaallasten, omdat zij geen kapitaallasten hebben die onder de WTZi of WZV tot stand zijn gekomen. Zij zijn voor dekking van de kapitaallasten straks geheel afhankelijk van de opbrengsten uit de zorgproducten. Het sectorspecifieke transitie-model dekt daarnaast de eerste jaren een belangrijk deel van het risico rond kapitaallasten af. Zeker door de verlenging van het transitie-model met de percentages 95%, 95% en 70% wordt het risico aanzienlijk verkleind. Daarnaast bestaat bij vrije prijzen de mogelijkheid te onderhandelen over een vergoeding voor kapitaallasten.

Dialyse

De dialysecentra kunnen in 2012 aansluiten bij de overgangsregeling kapitaallasten voor de vergunningen die onder de WZV of WTZi vallen. Omdat dialyse onder vrije prijzen wordt gebracht, is uiteraard geen sprake van een vastgestelde kapitaallastenopslag in de tarieven, maar moet wel een normatief percentage voor de uitvoering van de garantieberekening worden vastgesteld. Dit percentage zal hetzelfde zijn als hetgeen op dit moment in de DBC's verwerkt wordt, namelijk 8,7 %.

Voor kapitaallasten zonder vergunningen zijn de dialysecentra straks geheel afhankelijk van de opbrengsten uit de zorgproducten. Het sectorspecifieke transitie-model dekt daarnaast in 2012 en 2013 een belangrijk deel van het risico rond kapitaallasten af. Daarnaast bestaat bij vrije prijzen de mogelijkheid te onderhandelen over een vergoeding voor kapitaallasten.

Radiotherapie

De radiotherapeutische centra kunnen in 2012 aansluiten bij de overgangsregeling kapitaallasten voor de vergunningen die onder de WTZi vallen. Omdat radiotherapie onder de vrije prijzen wordt gebracht, is uiteraard geen sprake van een vastgestelde kapitaallastenopslag in de tarieven, maar moet wel een normatief percentage voor de uitvoering van de garantieberekening worden vastgesteld. De huidige tarieven van radiotherapie kennen een kapitaallastenopslag van 20%. Het ligt voor de hand dat bij het uitvoeren van de garantieregeling dit percentage wordt aangewend voor de berekening van de kapitaallasten. De inventarissen van radiotherapie vallen buiten de garantieregeling.

Revalidatie

De revalidatiecentra kunnen in 2012 aansluiten bij de overgangsregeling kapitaallasten voor de vergunningen die onder de WTZi vallen. De revalidatiecentra geven aan dat de garantieregeling kapitaallasten van de ziekenhuizen niet voldoet. Zij concluderen dat de procentuele opslag van ziekenhuizen (8,7%) veel lager is dan de daadwerkelijke kapitaallasten voor revalidatiecentra (11,3%). De centra verwijzen hierbij naar het

³² Het voornemen bestaat de reikwijdte van de garantieregeling kapitaallasten uit te breiden naar de categorale instellingen. Echter aanpassing van deze regeling vereist een aanwijzing van het ministerie van VWS.

³³ Opgemerkt wordt dat als de kapitaallasten onderdeel uit gaan maken van het transitie-model de overgangsregeling kapitaallasten materieel niet van toepassing is in 2012. Voor een nadere toelichting zie paragraaf 7.4.

Kapitaallastenonderzoek Revalidatiecentra dat in 2008 in opdracht van VWS is uitgevoerd. VWS heeft echter in haar brief van 28 april 2011 (brief 'Kapitaallasten Revalidatiecentra') aangegeven om voor de jaren 2012 en 2013 vast te houden aan de manier waarop op dit moment de kapitaallasten in de DBC's verwerkt worden. Dit wil zeggen door middel van een vaste procentuele opslag van 8,7% (met uitzondering van 20% voor radiotherapie). De NZa verwerkt in de tarieven van het gereguleerde segment per 2014 een gedifferentieerde, landelijke kapitaallastenvergoeding.

8.7 Immateriële vaste activa

De kosten van immateriële vaste activa (IVA) in de gereguleerde ziekenhuiszorg worden op dit moment nog vergoed via het ziekenhuisbudget. Op het moment dat dit wordt afgeschaft en prestatiebekostiging wordt ingevoerd, kunnen ziekenhuizen deze kosten zelf niet meer terugverdienen. Dit zorgt voor onzekerheid en problemen bij de financiering. Om dit probleem op te lossen komen ziekenhuizen met de IVA-post op hun balans van 2010 in aanmerking voor een eenmalige vergoeding.

In tegenstelling tot bij de ziekenhuizen is de omvang van het IVA-probleem bij de categorale instellingen niet bekend. De omvang is voor VWS vermoedelijk van belang om in te kunnen stemmen met een compensatieregeling. Het lijkt wel noodzakelijk dat een regeling naar analogie van de compensatie voor de ziekenhuizen wordt getroffen, omdat het wegvallen van de budgetgarantie ten aanzien van de IVA dezelfde problemen veroorzaakt als bij de ziekenhuizen. De NZa enquêteert daarom nog in 2011 de sectoren die gebruik kunnen maken van de garantieregeling voor kapitaallasten (radiotherapie, revalidatie en dialyse).

8.8 Afwikkeling budget of begroting

In 2011 is er voor de radiotherapeutische, revalidatie en dialyse centra nog sprake van de FB-systematiek. De nacalculatie vindt gelijk aan voorgaande jaren plaats. De afwikkeling van het budget vindt op dezelfde wijze plaats als bij de ziekenhuizen, zie daarover hoofdstuk 1.

Binnen de audiologie is geen sprake van een budget, maar van een begroting. De exploitatie van deze begroting wordt na twee jaar definitief afgerekend. Dit betekent dat in 2011 nog de begroting van 2009, in 2012 die van 2010 en in 2013 die van 2011 afgehandeld moet worden. Normaliter vindt dit plaats door het verrekenpercentage aan te passen. Echter, wanneer in 2012 geen sprake meer is van een begroting en er vrije tarieven gelden, dan is dit niet meer mogelijk. De bedragen moeten dan in één keer (of in overleg met de zorgverzekeraar in delen) worden verrekend met de zorgverzekeraars.

8.9 Inventarisatie en beoordeling beleidsregels en nadere regels

Om een overstap naar volledige prestatiebekostiging mogelijk te maken worden alle in 2011 geldende beleidsregels en nadere regels met betrekking tot het FB voor de gebudgetteerde zorgaanbieders en de begroting voor de audiologische centra beoordeeld op relevantie per 2011 en doorloop. De beleidsregels en nadere regels welke gelden voor

één of meerdere categorale sectoren, maar ook voor algemene ziekenhuizen en/of UMC's zijn reeds in hoofdstuk 1 behandeld. Om die reden worden in dit hoofdstuk alleen beleidsregels behandeld welke specifiek voor één of meerdere categorale sectoren gelden. De doelstelling is het zorgvuldig afwikkelen van het FB of begroting van de audiologische, dialyse, radiotherapeutische en revalidatie centra.

8.9.1 Regelgeving die afloopt per 2012

In de inventarisatie kan ten aanzien van de beleidsregels en nadere regels die per 2012 kunnen worden beëindigd een onderscheid worden gemaakt tussen de regelgeving die automatisch per 2012 zou aflopen of regelgeving die afloopt als gevolg van de invoering van prestatiebekostiging. Tot de eerstgenoemde categorie behoren de beleidsregels met een looptijd van één kalenderjaar.

Binnen deze categorie vallen geen beleidsregels specifiek voor de categorale sectoren.

8.9.2 Regelgeving die moet worden beëindigd

Als gevolg van de invoering van de prestatiebekostiging wordt een aantal beleidsregels en nadere regels met betrekking tot het functiegerichte budget of de begroting beëindigd. Deze beleidsregels dienen wel als basis voor het bepalen van het schaduw FB (of schaduw begroting).

Binnen deze categorie vallen de volgende beleidsregels:

Beleidsregel	Beschrijving
CI-810	Beleidsregel budgettering radiotherapeutische centra
CI-817	Beleidsregel budgetaanpassing zelfstandige dialysecentra in verband met productieafspraken
CI-899	Beleidsregel loonkosten zelfstandige audiologische centra
CU-2030	Beleidsregel Functiegerichte budgettering

Beleidsregel budgettering radiotherapeutische centra

Deze beleidsregel is van toepassing op de radiotherapeutische centra. De beleidsregel heeft betrekking op de hoogte van de beleidsregelbedragen voor het vaststellen van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging wordt deze beleidsregel dan ook beëindigd.

Beleidsregel budgetaanpassing zelfstandige dialysecentra in verband met productieafspraken

Deze beleidsregel is van toepassing op de dialysecentra. De beleidsregel heeft betrekking op een aanpassing van de hoogte van de beleidsregelbedragen voor het vaststellen van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging wordt deze beleidsregel dan ook beëindigd.

Beleidsregel loonkosten zelfstandige audiologische centra

Deze beleidsregel is van toepassing op de audiologische centra. De beleidsregel heeft betrekking op de aanvaardbare verhouding tussen de patiënteenheden en de (loon)kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging wordt deze beleidsregel dan ook beëindigd.

Beleidsregel Functiegerichte budgettering

Deze beleidsregel is van toepassing op de revalidatiecentra. Met deze beleidsregel wordt bepaald op welke wijze het budget voor revalidatiecentra wordt vastgesteld, behoudens de nacalculeerbare

kapitaallasten. Met de invoering van prestatiebekostiging wordt deze beleidsregel dan ook beëindigd.

8.9.3 Regelgeving die aanpassing behoeft

Een aantal beleidregels en nadere regels kan niet als geheel worden beëindigd, maar vergt wel aanpassing. Dit geldt voor beleidsregels en nadere regels die voor meer categorieën van instellingen van toepassing zijn dan waarvoor prestatiebekostiging zal worden ingevoerd. Dit geldt ook voor beleidsregels of nadere regels die voor meerdere sectoren van toepassing zijn (bijvoorbeeld voor de Care). Voor deze specifieke categorieën of sectoren worden de beleidsregels en nadere regels gehandhaafd.

Binnen deze categorie vallen geen beleidsregels specifiek voor de categorale sectoren.

8.9.4 Regelgeving die ongewijzigd doorloopt

Naar aanleiding van de inventarisatie loopt een aantal beleidregels en nadere regels ongewijzigd door in 2011. Binnen deze categorie valt de volgende beleidsregel:

Beleidsregel	Beschrijving
CI-1126	Budgetschoning opleidingsfonds audiologische centra en epilepsiecentra

Budgetschoning opleidingsfonds audiologische centra en epilepsiecentra

Deze beleidsregel is van toepassing op de audiologische centra en de epilepsie instellingen. De beleidsregel heeft betrekking op het verwerken van een structurele korting ter hoogte van het aantal aio's maal het opschoningsbedrag. Deze beleidsregel blijft gelden voor de epilepsiecentra zolang zij niet overgaan naar prestatiebekostiging. Voor wat de betreft audiologische centra blijft hij gelden voor de afwikkeling van de begroting. De budgetschoning moet ook worden betrokken bij het vaststellen van de schaduwbegroting 2012 en dus in de beleidsregel die hiervoor wordt opgesteld.

8.10 Conclusie

In haar brief 'Transitie naar prestatiebekostiging voor categorale instellingen' van 10 mei 2011 concludeert de minister dat de categorale instellingen voor audiologie, revalidatie, radiotherapie en dialyse per 2012 over kunnen op prestatiebekostiging, terwijl tegelijkertijd (financiële) transitie maatregelen dienen te worden getroffen. Het transitiebedragmodel geldt daarbij als uitgangspunt, met als mogelijkheid, om indien nodig, te kiezen voor een sectorspecifieke invulling van dit model.

De NZa is alles overwegende van mening dat de categorale instellingen over kunnen op prestatiebekostiging op basis van het transitiebedragmodel. In deze overweging zijn omstandigheden betrokken welke gelden voor alle categorieën, als ook sectorspecifieke omstandigheden. De NZa concludeert hieruit dat het verantwoord is dat dialyse en radiotherapie aansluiten bij het transitiebedragmodel voor ziekenhuizen.

Voor revalidatie en audiologie leiden de sectorspecifieke omstandigheden tot een aangepast transitiebedragmodel. Voor revalidatiecentra geldt dit omdat zij in twee jaar tijd geconfronteerd worden met een grote

wijziging in de productstructuur, de NZa een transitie­model van drie jaar voorstelt:

Jaar	Transitiepercentage
2012	95%
2013	95%
2014	70%

Voor de audiologie stelt de NZa dezelfde transitiepercentages voor als voor revalidatie. Het gebrek aan eigen vermogen bij de audiologische centra ziet de NZa als een dusdanig risico dat een driejarige sectorspecifieke transitie­model gerechtvaardigd is. In tegenstelling tot revalidatie zal bij audiologie alleen voor het eerste jaar het schaduwbedrag worden bepaald. De FENAC en ZN geven de voorkeur het schaduwbedrag 2012 te bepalen op basis van begrote audiologische producten. De NZa ziet dit als mogelijke optie. De FENAC en ZN moeten deze optie nader uitwerken.

Ten aanzien van de uitbreiding van het B-segment meent de NZa dat audiologie, dialyse en radiotherapie voldoen aan de criteria om over te gaan naar vrije prijzen. Voor revalidatie zijn maximumtarieven geadviseerd vanwege de grote veranderingen in productstructuur die nog voor 2013 gepland staan.

Voor kapitaallasten adviseert de NZa de garantieregeling uit te breiden naar de categorale instellingen voor revalidatie, radiotherapie en dialyse. Audiologie valt niet onder de garantieregeling. Kapitaallasten die niet onder de garantieregeling vallen, worden meegenomen in schaduw FB of schaduw­begroting.

Om de omvang van het IVA-probleem in kaart te brengen houdt de NZa op korte termijn een enquête onder de categorale instellingen.

Ten slotte is besproken hoe het FB of de begroting afgewikkeld zal worden, als ook welke beleidsregels al dan niet beëindigd worden of aanpassing behoeven.

Consultatievraag 6:

Kunt u zich vinden in het voorgestelde transitie­model voor:

- Audiologie?*
- Dialyse?*
- Radiotherapie?*
- Revalidatie?*

Zo nee, waarom niet en wat is volgens u het alternatief?

9. Beheersmodel Honoraria Medisch Specialisten

9.1 Inleiding

In het beheersmodel honoraria medisch specialisten (hierna: beheersmodel) stelt de NZa het omzetplafond vast dat zal gelden voor alle bij een instelling toegelaten vrijgevestigde medisch specialisten, op basis van het beschikbare macrokader. Bij de vaststelling van de omzetplafonds 2012 gaat het om de keuze van een verdeelsleutel voor de verdeling van het door VWS beschikbaar gestelde kader van € 1.892,6 miljoen over de instellingen.

De invoering van het beheersmodel en de daarvoor noodzakelijke aanwijzing aan de NZa zijn aangekondigd in de brief van de minister van VWS van 16 maart 2011 (CZ-IPZ-3056668). Zoals in deze brief is aangegeven hangt de invoering samen met het onderhandelingsakkoord inzake "Hoofdlijnen bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten" van december 2010³⁴ zoals dat is bereikt tussen de Minister van VWS, de Orde van Medisch Specialisten en de NVZ.

De brief van de minister, het daarop volgende advies van de NZa van 1 april 2011 (11D0010157) en het onderhandelingsakkoord dienen als basis voor de verdere uitwerking van het beheersmodel, en derhalve voor dit document.

In dit hoofdstuk komen de keuzes aan de orde die in de technische uitwerking gemaakt moeten worden om de omzetplafonds vast te kunnen stellen.

9.2 Reikwijdte

Het beheersmodel is uitsluitend van toepassing op vrijgevestigde medisch specialisten, voor zover deze werkzaam zijn in instellingen voor medisch specialistische zorg. Het beheersmodel zal een deel van de tijd samenvallen met het transitie-model voor ziekenhuizen. Het beheersmodel loopt drie jaar, van 2012 tot en met 2014. In 2012 en 2013 zal voor de ziekenhuizen (maar niet voor ZBC's) een transitiebedrag van toepassing zijn.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen medisch specialisten op basis van de manier waarop zij worden gehonoreerd:

- *Vrijgevestigde medisch specialisten*: de vrijgevestigde medisch specialist ontvangt een vergoeding in de vorm van honorarium. De omzet van de vrijgevestigde medisch specialist wordt ten laste gebracht van het BKZ medisch specialisten³⁵.
- *Medisch specialisten in loondienst met een budgetvergoeding*: het ziekenhuis dekt de loonkosten uit het budget dat voor het ziekenhuis beschikbaar wordt gesteld. De omzetten van de specialisten in loondienst vallen onder het BKZ ziekenhuizen.

³⁴ TK 2010-211, 29248 nr. 165

³⁵ Tot op heden gold dit niet voor de omzetten van de vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam in ZBC's. Per 1 januari 2012, bij de ingang van het beheersmodel, zal ook voor deze categorie de honorariumomzet ten laste worden gebracht van het BKZ medisch specialisten.

- *Medisch specialisten in loondienst zonder een budgetvergoeding*: het ziekenhuis dekt de loonkosten door de honoraria inkomsten. De omzetten van specialisten in loondienst die in 2007 of eerder deelnemer waren aan de lumpsum worden door VWS toegerekend aan het BKZ medisch specialisten. De omzetten van specialisten die nu nog in loondienst zijn en die niet hebben deelgenomen aan de lumpsum vallen onder het BKZ-ziekenhuizen.

Het beheersmodel is van toepassing op vrijgevestigde medisch specialisten. Specialisten in loondienst vallen niet onder het beheersmodel. Medisch specialisten in loondienst met en zonder budgetvergoeding vallen niet onder het beheersmodel. De plek waar vrijgevestigde specialisten werkzaam zijn is voor de bekostiging niet relevant. Alle medisch specialisten werkzaam in instellingen voor medisch specialistische zorg (ziekenhuizen, UMC's, ZBC's, categorale ziekenhuizen, radiotherapeutische centra, etc.) die vrijgevestigd zijn, vallen onder het beheersmodel. Op weg naar het eindmodel van prestatiebekostiging in 2015 is de doelstelling de bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen en ZBC's zoveel mogelijk gelijk te trekken. Om praktische redenen vallen twee groepen niet onder het beheersmodel: specialisten die (uitsluitend) werkzaam zijn in solopraktijken of in 'privéklinieken'.

In onderstaande tabel is opgenomen het aantal werkzame medisch specialisten dat in de gegevensvraag door de NZa (zie paragraaf 9.4) door instellingen is opgegeven. Het beheersmodel is van toepassing op ruim 55% van het totaal aantal werkzame medisch specialisten.

Tabel 9 – Opgegeven aantal werkzame medisch specialisten, 2009

Categorie	Aantal werkzame medisch specialisten 2009	Omzet 2009 (in EUR miljoen)	Valt onder beheersmodel
Vrijgevestigden ³⁶	7.256	2.228	Ja
ZBC's	850	80	Ja
Loondienst met budgetvergoeding	5.260	686	Nee
Loondienst zonder budgetvergoeding	953	256	Nee

Bron: gegevensvraag NZa

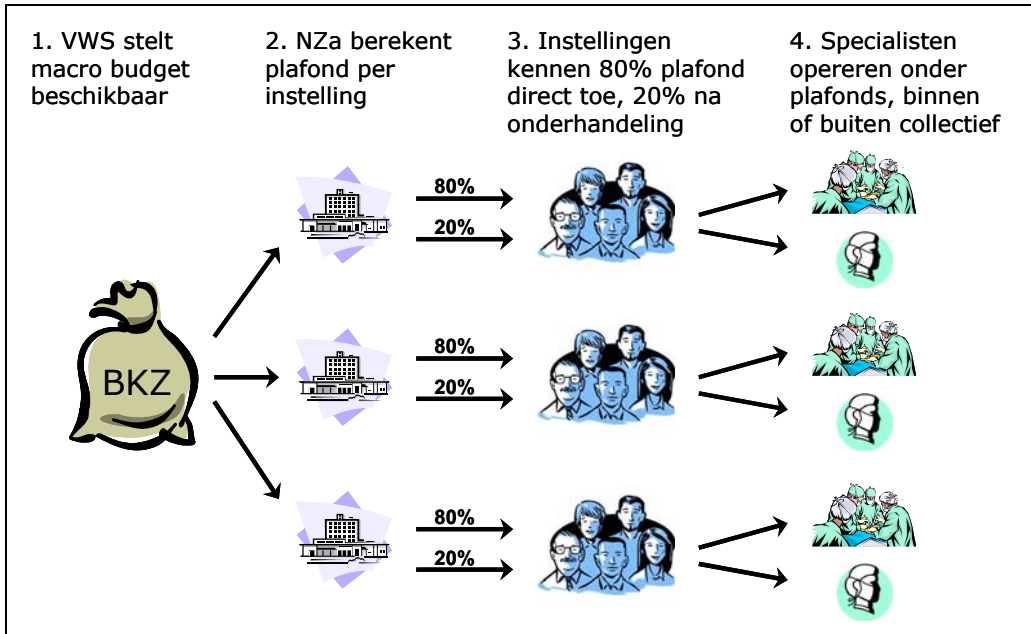
Het beheersmodel heeft betrekking op zorg in zowel het A- als het B-segment.

9.3 Werking van het beheersmodel

De NZa stelt een omzetplafond vast voor de jaren 2012, 2013 en 2014 voor de instellingen waar vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam zijn. Hieronder wordt de werking van het beheersmodel op hoofdlijnen nader toegelicht. Voor meer details wordt verwezen naar de volgende paragrafen. Het beheersmodel ziet er grafisch als volgt uit.

³⁶ Vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen, categorale instellingen en ZBC's, met uitzondering van specialisten werkzaam in solopraktijken en privéklinieken.

Figuur 1 – Werking beheersmodel



In het beheersmodel stelt de NZa een omzetplafond vast per instelling voor medisch specialistische zorg waar vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam zijn. Dit gebeurt niet per specialisme, maar per instelling. Instellingen en specialisten kunnen ‘achter de voordeur’ zelf regelen hoe de ruimte onder het omzetplafond verdeeld wordt. De instelling zelf is gehouden 80% van die ruimte direct ter beschikking te stellen aan de vrijgevestigde medisch specialisten binnen de instelling, mits hier declaraties tegenover staan. De instelling en betrokken vrijgevestigde medisch specialisten verdelen daarnaast 20% met een bandbreedte van plus of min 5% op basis van nadere onderhandelingen.³⁷

De vrijgevestigde medisch specialist kan de zorg declareren die hij verleent onder het omzetplafond. Dit kan ofwel via de instelling – waarbij de specialist declaraties via de instelling indient bij patiënt of verzekeraar – ofwel direct aan de instelling. Voorwaarde voor declaratie via de instelling (de ‘via declaratie’) is dat hij hier van tevoren verdeelafspraken over gemaakt heeft met de andere vrijgevestigde medisch specialisten die via de instelling declareren (het ‘collectief’), en met de instelling zelf. De instelling dient de afspraken hierover door te geven aan de NZa. Alternatief is dat de vrijgevestigde medisch specialist direct aan de instelling declareert. De consequentie van niet deelnemen aan het collectief kan zijn het verlies van de fiscale status van vrije beroepsbeoefenaar.

Het honorariumtarief voor de vrijgevestigde medisch specialist is zowel voor het A als B-segment gereguleerd en betreft de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Dit geldt sowieso voor de ‘via’-declaraties. Op grond van de aanwijzing van de minister zal dit ook voor ‘aan’-declaraties gaan gelden.

³⁷ Indien de instelling en de specialisten niet tot overeenstemming kunnen komen over de vast-variabele verdeling van het omzetplafond dan geldt de verdeling van 80% vast en 20% variabel.

Type specialist onder beheersmodel	Kenmerken
I. Vrijgevestigde specialist die deelneemt aan een collectief	<ul style="list-style-type: none"> - Declareert 'via' de instelling - Heeft een (collectief) omzetplafond
II. Vrijgevestigde specialist die niet deelneemt aan een collectief	<ul style="list-style-type: none"> - Declareert 'aan' de instelling - Heeft geen collectief omzetplafond - Omzetplafond bij de instelling

Indien de omzet van de vrijgevestigde specialisten boven het omzetplafond uitkomt, wordt dit afgedragen aan het zorgverzekeringsfonds. De instellingen en specialisten kunnen zich hierop voorbereiden door gedurende het jaar te monitoren of de grens bereikt wordt. Doelstelling van betrokken partijen is dat de afspraken tussen RvB en collectief het ontstaan van wachtlijsten tegengaan.

Aangezien met het beheersmodel behalve zekerheid over de uitgaven ook ruimte voor marktdynamiek beoogd wordt, wordt in het model beperkt ruimte gemaakt voor productieverhuizingen en toetreding. De beschikbare ruimte hier is fors beperkt door de afspraken in het onderhandelingsakkoord. Voor (collectieven van) specialisten die meer productie leveren (meer patiënten helpen) dan voorheen, of een nieuwe instelling beginnen, betekent dit dat beperkt ruimte bestaat voor financiële dekking. Hierbij geldt het principe dat alle zorgaanbieders een omzetplafond toebedeeld krijgen. Omdat dit voor nieuwe toetreders per definitie niet op basis van historische omzet mogelijk is, krijgen deze een nader te bepalen bedrag per werkzame fte als plafond opgelegd.

9.4 Gegevensuitvraag

Ten behoeve van een zorgvuldige invoering van het beheersmodel, en meer in het bijzonder de initiële vaststelling van de omzetplafonds, heeft de NZa een gegevensuitvraag gedaan onder instellingen die medisch specialistische zorg verlenen en actief waren in de jaren waarop de uitvraag zag. De gegevensuitvraag bestond uit twee delen. Het ene deel betrof een uitvraag van gegevens over de honorariumomzet over de jaren 2007, 2008 en 2009.³⁸ Het andere deel betrof een uitvraag van gegevens over specialisteneenheden (waaronder capita en fte) over het jaar 2009.

KPMG, het onderzoeksbureau dat de gegevensuitvraag uitgevoerd heeft voor de NZa, concludeert dat de deelname aan het onderzoek zeer groot is geweest. Uiteindelijk hebben bijna alle ziekenhuizen, waaronder ook de academische ziekenhuizen, twee categorale ziekenhuizen, twee radiotherapeutische centra en 144 ZBC's gegevens aangeleverd. Van de ziekenhuizen heeft uiteindelijk één ziekenhuis niet aangeleverd. Bij drie ziekenhuizen was er sprake van blijvende opmerkingen over de volledigheid en/of juistheid van de aangeleverde gegevens. Van de ZBC's heeft circa 80% aangeleverd. Alle grotere ZBC's hebben deelgenomen aan het onderzoek.

De NZa constateert dat betrokken instellingen en daaraan verbonden medisch specialisten goed hebben meegewerkt en dat door hen veel werk is verzet in korte tijd. Hierdoor beschikt de NZa over voldoende informatie over omzetgegevens en specialisteneenheden om tot een zorgvuldige vaststelling van een omzetplafond per instelling te komen.

³⁸ Exclusief omzet uit onderlinge dienstverlening.

In onderstaand overzicht zijn de uitkomsten van het onderzoek naar de honoraria weergegeven:

Tabel 10 – Honorariumomzetten naar categorie specialisten

Categorie	2007 (in EUR mln)	2008 (in EUR mln)	2009 (in EUR mln)	Groei (%), 2007-2009
Vrijgevestigden in instellingen excl. ZBC's	1.717	2.015	2.228	30%
ZBC's	39	56	80	105%
Totaal vrijgevestigd en ZBC	1.756	2.071	2.308	31%

Bron: gegevensuitvraag NZa

KPMG heeft voor de validatie van de gegevensuitvraag de totale honorariumomzet vergeleken met de hoogte van het macrokader. Hieruit blijkt dat gezien de schattingen voor het macrokader en de waardering van het OHW de uitkomsten van de gegevensuitvraag voldoende nauwkeurig zijn.

9.5 Budgettaire kader

De NZa stelt de omzetplafonds in het beheersmodel vast op basis van het beschikbare macro budgettaire kader (BKZ) dat VWS hiervoor beschikbaar stelt. VWS is bij de vaststelling uitgegaan van het bedrag van € 2.021 in het onderhandelingsakkoord, en heeft dit gecorrigeerd voor de specialisten in dienstverband die in en voor 2007 in de lumpsumsystematiek werden bekostigd (€ 182,5 mln).

Tabel 11 – Budgettaire kader beheersmodel (volumeniveau 2012, prijspeil 2012)

Categorie	BKZ (in EUR mln)
Vrijgevestigde medisch specialisten in instellingen (excl. ZBC's)	1.838,5
Vrijgevestigden in ZBC's	54,1
Totaal vrijgevestigden binnen beheersmodel	1.892,6

Bron: VWS³⁹

Het totale BKZ kader voor de vrijgevestigde medisch specialist die onder het beheersmodel vallen komt hiermee uit op € 1.892,6 miljoen. Dit is exclusief loonindex en inflatie en inclusief de groeiruinimte van 2,5%.

In lijn met de afspraak dat alle vrijgevestigde medisch specialisten onder het beheersmodel vallen zal vanaf 2012 sprake zijn van één BKZ voor alle vrijgevestigde medisch specialisten. Dit betekent dat in bovenstaand bedrag de bestaande kaders voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten binnen instellingen voor medisch specialistische zorg bij elkaar opgeteld zijn.

³⁹ Brief VWS 20 mei 2011, 'BKZ bedrag inzake rondrekening honorariumtarieven, kenmerk CZ-IPZ-3065857

9.6 Berekening omzetplafond per instelling

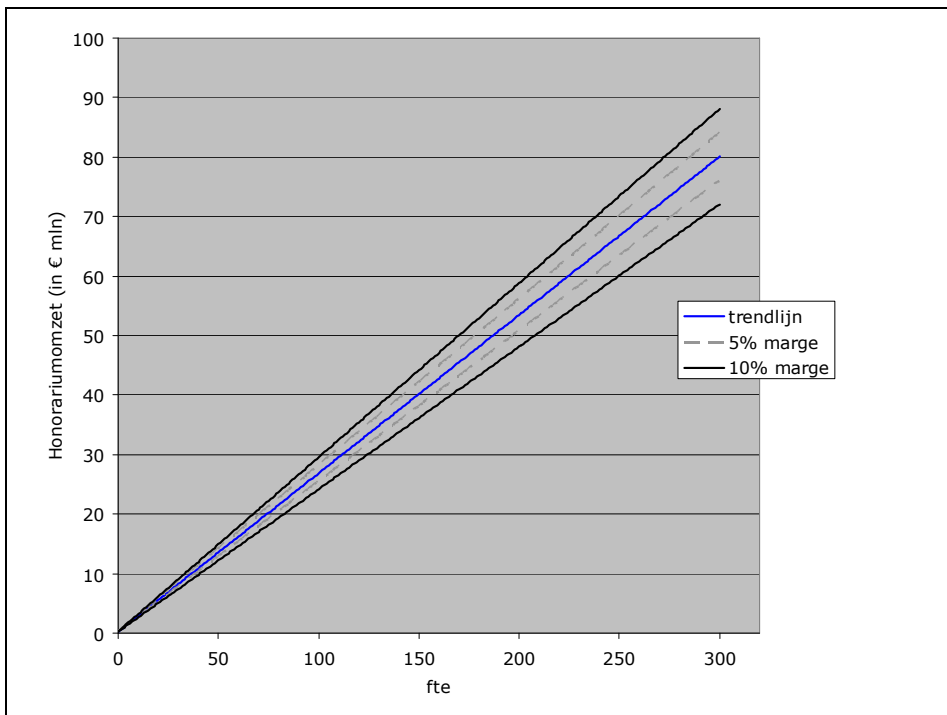
In de beoogde opzet van het beheersmodel zal de NZa op basis van het beschikbare macrokader voor het desbetreffende jaar berekenen welk omzetplafond er in 2012, 2013, en 2014 voor alle bij een instelling toegelaten vrijgevestigde medisch specialisten zal gelden. Bij de vaststelling van de omzetplafonds gaat het om de keuze van een verdeelsleutel voor de verdeling van het door VWS beschikbaar gestelde BKZ. De NZa zal de omzetplafonds ambtshalve vaststellen.

Grondslag: historische omzet of fte

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 NZa heeft het verband tussen de honorariumomzet en het totaal van fte op instellingsniveau onderzocht met behulp van de data uit de gegevensuitvraag. Hieruit blijkt dat er een lineair verband is tussen het aantal fte en de omzet (zie onderstaande figuur). Uit de gegevensuitvraag volgt dat voor de vrijgevestigde medisch specialisten geldt dat 1 fte gemiddeld genomen 293.000 euro aan honorariumomzet (2009) genereert.

Figuur 2 – Omzet afgezet tegen fte



Bron: gegevensuitvraag NZa

Uit de analyse blijkt dat voor 67 van de 221 instellingen de voorspelde omzet op basis van fte binnen 10% ligt van de werkelijk gerealiseerde omzet in 2009. Voor 42 instellingen ligt deze binnen 5% van de werkelijk gerealiseerde omzet in 2009. Dit betekent dat het verband weliswaar lineair is, maar de variatie behoorlijk groot. Hieruit volgt dat de

omzetgegevens een betere voorspeller zijn van het marktaandeel dan het aantal fte.

De NZa beschouwt historische omzet als de meest werkbaar grondslag voor de berekening van de omzetplafonds, en wordt hierin bevestigd door veldpartijen. 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 verschillen in omzet beïnvloed zijn door tussentijdse tariefwijzigingen.⁴⁰ De NZa neemt zich derhalve voor te kiezen voor historische omzet als grondslag voor de berekening van de omzetplafonds.

Grondslag: vaststelling basisjaar

Voor de vaststelling van de omzetplafonds moet de NZa tevens een keuze maken in de te gebruiken periode. De NZa beschikt dankzij de gegevensuitvraag over de honorariumomzetten in de periode 2007-2009. In die periode is de totale omzet van vrijevestigde specialisten sterk toegenomen (zie Tabel 10).

De omzetmutaties verschillen per zorgaanbieder en per categorie van zorgaanbieders, wat kan leiden tot een verschil in marktaandeel. De keuze van verdelingsjaar (jaren) is niet van invloed op de hoogte van het totaal te verdelen bedrag, maar kan wel invloed hebben op het deel van het macrokader dat een instelling krijgt toegewezen. Om de invloed van incidentele factoren te verminderen zou het mogelijk zijn om niet de omzet in één basisjaar als verdeelsleutel te nemen, maar het gemiddelde over de jaren die in de gegevensuitvraag zijn uitgevraagd.

De NVZ heeft aangegeven voorstander te zijn van gebruik van de jaren 2007 tot en met (indien mogelijk) 2010, teneinde incidentele effecten te mitigeren. De Orde geeft echter aan dat 2007 en 2008 geen representatieve jaren zijn, vanwege afwijkende financiële prikkels in de lumpsumsystematiek en de invoering van DBC-financiering in 2008. Pas 2009 zou een reëel beeld van de DBC-omzet geven. Dit wordt bevestigd door een nadere analyse door de NZa van de omzetgegevens, waaruit blijkt dat het onderhanden werk zich stabiliseert in 2009.

Zowel de NVZ als de Orde hebben de NZa voorgesteld extra gegevens uit te vragen over 2010, het meest recent afgesloten boekjaar. De NZa acht het echter niet werkbaar de omzetcijfers over 2010 te betrekken bij de vaststelling van de omzetplafonds. Het zou betekenen dat op zijn vroegst op 1 december 2011 de omzetplafonds vastgesteld kunnen worden. Gelet op het grote nadeel van verwachte vertraging in de vaststelling van de omzetplafonds en de daaraan verbonden risico's, heeft de NZa besloten niet over te gaan tot een aanvullende gegevensuitvraag over 2010.

De NZa past bij de verdeling van de omzetplafonds geen correctie toe voor trendmatige aanpassingen, tariefkortingen uit het verleden of de ondersteuner compensatiefactor. Trendmatige aanpassingen pakken voor alle instellingen hetzelfde uit en wijzigen dus de relatieve aandelen niet. Correctie voor tariefkortingen in het verleden zou slechts beperkte toegevoegde waarde hebben, voor specifieke aanbieders als de categorale instellingen zou het zelfs nadelig kunnen uitpakken. Een correctie voor de ondersteuner compensatiefactor blijft eveneens achterwege, omdat uit de berekeningen van de NZa blijkt dat

⁴⁰ Tussentijdse tariefwijzigingen betreffen onder meer incidentele compensaties en invoering uniform uurtarief en herijkte normtijden per 2008.

differentiatie voor deze categorie op instellingsniveau niet of nauwelijks effect heeft.

Op grond van bovenstaande is de NZa voornemens de omzetplafonds ambtshalve vaststellen op basis van de historische omzet van 2009.

Relatie DOT-honorariumcomponent medisch specialisten

Naast het beheersmodel wordt per 2012 tevens de DOT-productstructuur ingevoerd. De DOT-productstructuur vervangt de huidige DBC-productstructuur. Voor de medisch specialisten is daarbij van belang dat de methodiek van normtijden, een uurtarief en gedifferentieerde kortingen wordt verlaten. Per 2012 komen de honorariumtarieven tot stand via een directere verdeling van de BKZ-middelen over de specialismen en de zorgproducten. Uitgangspunt voor zowel de vaststelling van de nieuwe honorariumtarieven als de invoering van het beheersmodel is het BKZ medisch specialisten zoals vastgesteld door VWS. De omzetplafonds worden niet bepaald op basis van de honorariumtarieven DOT, maar op basis van historische omzetcijfers van de betreffende zorgaanbieders. Mogelijke verschillen die hierdoor ontstaan zullen nog door de NZa in kaart gebracht worden in een impactanalyse.

9.7 Omzetplafond voor 'aan' en 'via' declareren

Het beheersmodel kent twee varianten, te weten het 'via-beheersmodel' en het 'aan-beheersmodel'. Bij het via-beheersmodel declareren de medisch specialisten het honorariumdeel 'via' de instelling aan de zorgverzekeraar of de patiënt en bij het aan-beheersmodel declareren de medisch specialisten het honorariumdeel 'aan' het ziekenhuis. Het aan-model is 'default', ofwel wanneer geen collectieve afspraken bestaan over via-declaratie kunnen de vrijgevestigde specialisten binnen de betreffende instelling uitsluitend 'aan' declareren.

Via-beheersmodel

Om als specialist 'via' te mogen declareren wordt in de regelgeving een aantal voorwaarden gesteld. De belangrijkste voorwaarde is het maken van verdeelafspraken over het omzetplafond. Het is voor de NZa niet mogelijk om deelname aan een collectief – zoals verwoord in het onderhandelingsakkoord – verplicht te stellen op grond van de Wmg.⁴¹ Dit betekent dat de medisch specialisten met elkaar afspraken moeten maken over het al dan niet oprichten van een collectief waarin alle of een gedeelte van de medisch specialisten werkzaam in een instelling participeren. Het onderhandelingsakkoord spreekt niet over een minimumaantal deelnemend specialisten in een collectief binnen een instelling. In het technisch overleg is geconcludeerd dat het aan de veldpartijen zelf is een optimale schaal te bepalen voor deelname aan het collectief. De NZa zal hieromtrent ook geen nadere eisen opnemen in haar regelgeving.

Zodra voldaan is aan de voorwaarden voor het 'via' declareren kan de RvB van de instelling gezamenlijk met het collectief van medisch specialisten een aanvraag indienen bij de NZa waarin het gedeelte van het omzetplafond is vastgesteld dat voor via-declaratie in aanmerking komt. Indien de overeenkomst aan de voorwaarden voldoet, verleent de NZa de betreffende specialisten toestemming om 'via' te declareren. Het collectief van medisch specialisten wordt dan verantwoordelijk voor het

⁴¹ Dat kan eventueel wel op basis van de toelatingsovereenkomst van een ziekenhuis

omzetplafond en de terugbetaling aan het zorgverzekeringsfonds bij een eventuele overschrijding van het omzetplafond.

Aan-beheersmodel

Vrijgevestigde medisch specialisten die niet deelnemen aan het collectief, en/of niet tot overeenstemming komen met de RvB van de instelling, vallen automatisch onder het aan-beheersmodel. Bij het aan-beheersmodel is de instelling gebonden aan een omzetplafond voor de honoraria. Hierdoor ligt het risico bij een overschrijding van het omzetplafond bij de instelling en moet de instelling het meerdere afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Dat wil niet zeggen dat de instelling geen afspraken kan maken met de medisch specialisten over de verrekening van het opbrengstoverschot.

Het honorariumtarief voor de vrijgevestigde medisch specialist is zowel voor het A- als B-segment gereguleerd, in de vorm van door de NZa vastgestelde maximum-honorariumtarieven. Dit geldt sowieso voor de via-declaraties. Op grond van de aanwijzing van de minister zal dit ook voor aan-declaraties gaan gelden. De consequentie van het niet deelnemen aan het collectief kan zijn het verlies van de fiscale status van vrije beroepsbeoefenaar.

Splitsen omzetplafond voor 'via' en 'aan' declareren

Het feit dat binnen een instelling een deel van de specialisten mogelijk niet meedoet in het collectief impliceert ook dat het omzetplafond gesplitst moet worden in een omzetplafond voor het 'via' declareren en een omzetplafond voor het 'aan' declareren. Aangezien een dergelijke splitsing niet op voorhand te maken is door de NZa (het is immers bij de NZa niet bekend wie wel en niet meedoet per instelling en welk deel van de omzet voor rekening komt van de niet-deelnemers), zal de NZa in eerste instantie uitsluitend een totaal plafond per instelling bepalen.

De NZa biedt instelling en specialisten vervolgens de mogelijkheid om aan te geven hoe de verdeling van het omzetplafond moet zijn. Die verdeling wordt lokaal bepaald en daarbij moeten instellingen en specialisten aangeven welk deel van het omzetplafond betrekking heeft op de specialisten in een collectief en welk deel op de specialisten niet in een collectief. Hiertoe zullen de RvB van de instelling en de specialisten in het collectief een gezamenlijke aanvraag aan de NZa moeten sturen voor een nader te bepalen einddatum. De verdeling van het omzetplafond moet op jaarbasis worden opgegeven, dat wil zeggen als er halverwege het jaar een specialist alsnog wil deelnemen of juist uittreedt, dan kan daar in dat jaar geen rekening mee gehouden worden⁴². Indien er geen aanvraag voor de verdeling wordt ingediend gaat de NZa ervan uit dat alle specialisten 'aan' het ziekenhuis declareren.

Het splitsen van het omzetplafond voor 'aan' en 'via' declarerende specialisten heeft ook gevolgen voor de afrekening van een eventueel opbrengstoverschot. Indien de gedeclareerde omzet hoger is dan omzetplafond, wordt dit verrekend met het zorgverzekeringsfonds. In paragraaf 9.9 komt dit nader aan de orde. De declaraties zullen immers apart moeten worden bijgehouden en verantwoord. Dat betekent dat zowel de gedeclareerde opbrengst als het onderhanden werk gescheiden moet worden aangeleverd. Het is denkbaar dat in de praktijk in individuele gevallen sprake zal zijn van een opbrengstoverschot bij de specialisten die niet in het collectief zitten (en dus 'aan' declareren), in combinatie met een onderschrijding bij het collectief ('via'). De NZa zal in dat geval de overschrijding van de specialisten buiten het collectief

⁴² Tenzij sprake is van productiveschuivingen, zie paragraaf 9.8

verrekenen. Substitutie is niet toegestaan. Een specialist kan ook niet 'met terugwerkende kracht' deelnemen aan het collectief. Opgemerkt wordt dat de overschrijding formeel bij de instelling wordt weggehaald.

9.8 Ruimte voor dynamiek

9.8.1 Marktdynamiek medisch specialistische zorg

In haar advies van 1 april jl. aan de minister⁴³ constateert de NZa dat gegeven de uitgangspunten van het beheersmodel slechts beperkt ruimte zal zijn voor productieverhuivingen tussen ziekenhuizen (of tussen ziekenhuizen en ZBC's). De beperkte ruimte vormt een belemmering voor de gewenste dynamiek op de markt voor medisch specialistische zorg en de daarbij behorende zorginkooprol van de zorgverzekeraars. De ruimte om omzetverhuivingen tussen instellingen te bewerkstelligen wordt immers door het omzetplafond beperkt, tenzij plafond overheveling onderdeel van de inkooponderhandelingen wordt gemaakt.

Voor de trendmatige volumegroei is een ruimte afgesproken van 2,5% van het vastgestelde BKZ. In het genoemde advies adviseert de NZa de minister binnen het beheersmodel de dynamiek zo veel als mogelijk te faciliteren door jaarlijks een deel van het kader voor honorarium te reserveren, zodat de gereserveerde groeiruimte aan de hand van nog in de aanwijzing op te nemen criteria gedurende én na afloop van het betreffende jaar kan worden verdeeld. In haar advies geeft de NZa aan dat voor de hoogte van dit bedrag uitgegaan zou kunnen worden van de genoemde 2,5% groeiruimte. In de parlementaire behandeling van het advies heeft de minister reeds aangegeven het advies van de NZa op dit punt over te zullen nemen. Dit betekent dat voor het faciliteren van marktdynamiek jaarlijks 2,5% van het kader beschikbaar is.

Tabel 12 – Ruimte voor marktdynamiek⁴⁴

Periode	BKZ totaal (in EUR mln)	Ruimte voor dynamiek (2,5%)	'Vast' kader
2012	1.892,6	47,3	1.845,3
2013	1.939,9	48,5	1.891,4
2014	1.988,4	49,7	1.938,7

Bron: VWS⁴⁵

Marktdynamiek kan op drie manieren tot uitdrukking komen: door volumegroei, door productieverhuivingen en door toetreding van nieuwe zorgaanbieders. Hieronder werkt de NZa deze vormen nader uit.

Volumegroei

De gegevensuitvraag van de NZa laat zien dat de totale omzet van vrijgevestigde specialisten sterk is toegenomen in de periode 2007-2009 (zie Tabel 10). Deze groei blijkt relatief gezien vooral voor rekening te komen van de ZBC's, in absolute zin is de uitgavenstijging bij de ziekenhuizen het grootst.

⁴³ Brief 'Nader advies beheersmodel medisch specialisten', d.d. 1 april 2011

⁴⁴ Volumeniveau 2012, prijspeil 2012. Dit is dus exclusief loon- en prijsbijstellingen voor 2013 en 2014.

⁴⁵ Brief VWS 20 mei 2011, 'BKZ bedrag inzake rondrekening honorariumtarieven, kenmerk CZ-IPZ-3065857

Productieverschuivingen tussen aanbieders

Tot dusver hebben zorgverzekeraars zich met selectieve inkoop vooral gericht op operatieve verrichtingen (het bekendste voorbeeld zijn borstkankeroperaties). Het aandeel hiervan bij bijvoorbeeld heekunde is niet bekend, maar het is niet waarschijnlijk dat dat meer dan 10-20% zou bedragen. De gegevensuitvraag van de NZa lijkt dit beeld te bevestigen. De NZa acht het derhalve niet realistisch te veronderstellen dat veel grotere delen van de omzet worden verschoven. Immers, het herverdelen van productie over instellingen vergt aanzienlijke organisatorische maatregelen, met een vermoedelijke doorlooptijd van meer dan een jaar.

Gegeven de veranderingen die de sector het komende jaar te verwachten staan (invoering DOT, inzet macrobeheersinstrument), de beperkte mobiliteit van patiënten en het feit dat verzekeraars nog maar een begin hebben gemaakt met selectieve inkoop op basis van kwaliteitsnormen, wekt het geen verbazing dat veldpartijen hebben aangegeven in 2012 geen grote verschuivingen te verwachten. Wel hebben zij aangegeven vanaf 2013 serieus werk te gaan maken met herverdeling van het aanbod.

De NZa concludeert vooralsnog dat het waarschijnlijk is dat eventuele productieverschuivingen binnen de beoogde groeirimte zullen blijven.

Toetreding

Voor nieuwe toetreders, die doorgaans een laag volume en hoge groeicijfers zullen vertonen, gaat het voorgaande niet op. Toetreders kunnen in dit geval bestaan uit nieuw toegelaten zorgaanbieders (nieuwe toelating WTZI) en nieuwe rechtspersonen waarin een deel van de bestaande productie wordt ondergebracht. Bij toepassing van het beheersmodel kan bovendien nog onderscheid gemaakt worden tussen zorgaanbieders die zijn toegetreden voor 2012 (voor invoering van het beheersmodel) en zorgaanbieders die toetreden in of na 2012 (onder het beheersmodel).

Nieuwe toetreding komt de afgelopen jaren uitsluitend voor rekening van ZBC's. In de periode 2007 – 2009 zijn in totaal zijn 50 ZBC's toegetreden.

Tabel 13 - Aantal declarerende instellingen naar type per jaar

Type instelling	2007	2008	2009
Algemene ziekenhuizen	80	80	80
ZBC's	86	112	144
Categoriale instellingen	8	8	8
UMC's	8	8	8

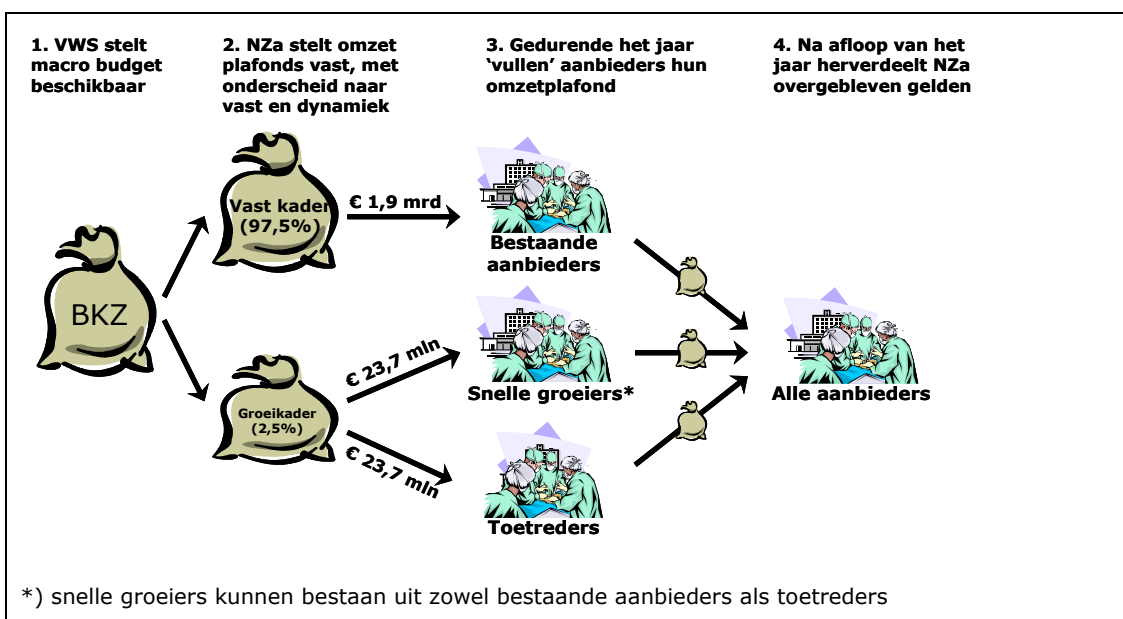
Bron: gegevensuitvraag NZa

De minister heeft aangegeven dat alle vrijgevestigde medisch specialisten onder het beheersmodel vallen, dus ook de vrijgevestigde medisch specialisten die actief zijn of worden bij toetreders. Aangezien de NZa voornemens is de omzetplafonds vast te stellen op basis van de historische omzet van 2009, dient voor de toetreders vanaf 2009 een andere grondslag gevonden te worden. Het kan niet zo zijn dat dynamiek als gevolg van toetreding achterwege blijft doordat hiervoor geen omzetplafond beschikbaar is. In de volgende paragraaf gaat de NZa hier nader op in.

9.8.2 Ruimte voor dynamiek binnen het beheersmodel

Voor het bekostigen van dynamiek binnen het beheersmodel is, zoals hiervoor aangegeven, de 2,5% groeirimte beschikbaar die is afgesproken in het onderhandelingsakkoord. De NZa verdeelt het bijbehorende bedrag op voorhand tussen sterke groeiers en nieuwe toetreders. Het bedrag dat hiervan na afloop van het jaar overblijft, plus het niet benutte gedeelte van de plafonds van bestaande aanbieders, zal de NZa na afloop van het boekjaar herverdelen.

Figuur 3 – Verdeling BKZ 2012



Het beschikbare BKZ bedraagt € 1.892,6 mln. Het groeikader is vastgesteld op 2,5%. In 2012 komt dit neer op € 47,3 mln (zie Tabel 12). De verdeling hiervan is per definitie arbitrair: op voorhand is immers niet met zekerheid aan te geven welk deel van de groei gerealiseerd wordt door bestaande partijen, en welk deel door nieuwe toetreders. De NZa is voornemens het groeikader fifty-fifty te verdelen: 50% voor nieuwe toetreders, en 50% voor snelle groeiers. Onderstaand rekenvoorbeeld laat zien hoe het BKZ MS vooraf verdeeld wordt in 2012.

Rekenvoorbeeld: verdeling BKZ vrijgevestigde medisch specialisten in 2012

Verdeling BKZ	Bedrag	Aandeel
Beschikbaar BKZ 2012	€ 1.893 mln	100%
Ex ante toerekening omzetplafonds:	€ 1.845 mln	97,5%
Mutatiekader:	€ 47,3 mln	2,5%
Verdeling mutatiekader:		
Toetreders:	€ 23,7 mln	1,25%
Snelle groeiers:	€ 23,7 mln	1,25%

Indien na afloop van het boekjaar blijkt dat (een deel van) de plafondruimte niet benut is, dan zal de NZa dit gedeelte achteraf naar rato herverdelen over aanbieders met een tekort.

Toetreders

Zoals hierboven is aangegeven reserveert de NZa de helft van de 2,5% groei­ruimte voor toetreders. Om aanspraak te kunnen maken op een deel van dit groeiplafond, kunnen toetredende instellingen een verzoek indienen bij de NZa. Onder toetreders verstaat de NZa in het kader van het beheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg die zijn gestart in of na 2009, en partijen die de komende jaren nog zullen toetreden. De eerste categorie zal vooral te maken hebben met relatief hoge groei (aanloopfase naar normale bezetting). Bij de tweede categorie zal zowel de groei een probleem kunnen zijn als het vaststellen van een initieel plafond.

Om aanspraak te kunnen maken op het subkader voor nieuwe toetreders heeft de NZa onderstaande (cumulatieve) criteria opgesteld om werkelijke toetreders te kunnen onderscheiden van ZBC's die louter opgezet worden uit administratieve overwegingen⁴⁶:

- datum toelating 2009 of later;
- zelfstandig rechtspersoon;
- geen belang (financieel aandeel) van ziekenhuis in de instelling;
- gescheiden administratie, alsmede balans en resultatenrekening;
- eigen AGB-code;
- zelfstandige locatie (postcode).

Zodra een instelling aan bovenstaande (cumulatieve) criteria voldoet en een aanvraag indient, dan stelt de NZa een omzetplafond vast. De grootste moeilijkheid hierbij is dat er geen omzetgegevens bekend zijn op basis waarvan een omzetplafond kan worden vastgesteld. De NZa kies ervoor een omzetplafond voor nieuwe toetreders vast te stellen op basis van het aantal fte aan vrijgevestigde medisch specialisten. De NZa zal hier voorwaarden voor opstellen. Bij toetreding gedurende het jaar geldt een bedrag naar rato. Bij indiening van het verzoek dient de instelling in kwestie derhalve te vermelden het aantal fte medisch specialisten dat als vrijgevestigde werkzaam is in de toetredende instelling.

De NZa neemt zich voor dit normatieve bedrag vast te stellen per fte. Dit normbedrag per fte wordt berekend aan de hand van de gerealiseerde omzet enerzijds en het beschikbare kader anderzijds. De hoogte van het normbedrag sluit hierdoor aan bij het bedrag dat een vrijgevestigde medisch specialist gemiddeld genomen aan omzet kan realiseren bij bestaande aanbieders. In onderstaande tabel staat de honorariumomzet 2009 per fte afgezet tegen het beschikbare kader. Het normbedrag wordt verkregen door het beschikbare BKZ op basis van het volumenniveau 2009 (€ 1.734 mln) af te zetten tegen het aantal fte vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam bestaande aanbieders, zoals opgegeven in de gegevensuitvraag.

Tabel 14 – Toerekening omzetplafond toetreders

Grondslag: cijfers 2009	Bedrag/aantal
Honorariumomzet vrijgevestigden	€ 2.308 mln
fte vrijgevestigden	7.879
Honorariumomzet per fte – vrijgevestigden (ziekenhuizen en	€ 293.000

⁴⁶ Bijvoorbeeld 'ZBC's die materieel onderdeel zijn van een ziekenhuisorganisatie

ZBC's)	
Honorariumomzet per fte - vrijgevestigden ziekenhuizen	€ 296.000
Honorariumomzet per fte - ZBC's	€ 233.000
BKZ MS – volumenniveau 2009	€ 1.734,2 mln
Honorariumomzetplafond per fte – toetreders (beschikbaar BKZ MS/fte vrijgevestigden)	€ 220.000

Bron: gegevensuitvraag NZa, brief VWS⁴⁷

Het normbedrag voor het plafond per fte komt hiermee op € 220.000 per fte. Ter vergelijking: het geïndiceerde norminkomen ligt (prijsspeil 2009) op circa € 226.000, de budgetvergoeding voor gebudgetteerde instellingen met specialisten in loondienst op € 187.000. Het beoogde normbedrag van € 220.000 ligt derhalve iets onder het norminkomen, waarbij zij opgemerkt dat het convenant over het uurtarief, waar het norminkomen aan ten grondslag lag, is opgezegd.

Snelle groeiers

Zoals hierboven is aangegeven reserveert de NZa de helft van de 2,5% groei ruimte voor snelle groeiers. Om hier aanspraak op te maken kunnen instelling en zorgverzekeraar een gezamenlijk verzoek indienen bij de NZa. De NZa betreft de zorgverzekeraars hier expliciet in, aangezien in het nieuwe stelsel van hen verwacht wordt dat zij een sturende rol gaan spelen in het aanbod van zorg. Alle instellingen die meer omzet genereren dan het omzetplafond kunnen een beroep doen op het subkader. Ook nieuwe toetreders kunnen hier aanspraak op maken. Omdat de toekenning geschiedt op basis van 'first come, first served', lopen instellingen het risico geen of onvoldoende plafondruimte uit dit 'groeifonds' te putten.

In dit kader is relevant dat de NZa, mede op verzoek van de brancheorganisaties, tussentijdse plafondoverdracht mogelijk maakt. Gedurende het (boek-)jaar kan een gezamenlijk verzoek ingediend worden door alle betrokken partijen: de zorgverzekeraar(s), de instelling waar plafondruimte verdwijnt en de instelling waar plafondruimte naartoe gaat. De NZa acht een model dat gebaseerd is op lokale gezamenlijke verzoeken de beste manier om overheveling van omzetplafonds ten behoeve van productieafspraken te faciliteren. Dit model past ook bij de beoogde regierol van de zorgverzekeraars.

Generieke groei

Generieke groei betreft de groei waar alle aanbieders mee te maken krijgen. Indien de groei ruimte niet volledig benut wordt, zal de NZa dit achteraf naar rato verdelen onder de (overige) zorgaanbieders die boven hun omzetplafond uitgekomen zijn.

First come, first served

Zowel het subkader voor de snelle groeiers als voor de nieuwe toetreders kan lopende het jaar verdeeld worden. Hierbij geldt het principe 'first come, first served'. Het toepassen van dit principe voorkomt dat het gehele groeikader uitgesmeerd moet worden over een groot aantal toetreders, waardoor de kans zou ontstaan dat geen van de betrokken aanbieders zijn investeringen nog rendabel uit zou kunnen voeren. Omdat een aanbieder hiermee nog de keuze kan maken om - gegeven het beperkte kader en het resultaat van zijn aanmelding - wel of niet te starten en hij bij wél starten een zekere garantie heeft dat zijn

⁴⁷ Brief VWS 20 mei 2011, 'BKZ bedrag inzake rondrekening honorariumtarieven, kenmerk CZ-IPZ-3065857

investerings rendabel kunnen worden acht de NZa het principe van 'first come, first served' hier de beste methode.

In de beleidsregels behorende bij het beheersmodel zal de NZa aangeven aan welke voorwaarden aanvragen moeten voldoen, op welke wijze de rangorde van de aanvragen wordt vastgesteld en op welke wijze het na afloop van enig jaar niet benutte gedeelte van de omzetplafonds hierbij zal worden betrokken.

Conclusie

Zoals eerder opgemerkt is de ruimte voor dynamiek binnen het beheersmodel beperkt. Gegeven de beperkingen van het systeem kiest de NZa met bovenstaand voornemen voor een verdeling van het beschikbare mutatiekader met ruimte voor allebei de categorieën die de beoogde dynamiek kunnen realiseren: nieuwe toetreders en snelle groeiers. Indien groei of toetreding het gevolg is van productieverhuizingen, staat voor deze aanbieders daarnaast de mogelijkheid open een tussentijdse plafonduverdracht te realiseren. Daarnaast staat het nieuwe toetreders vrij ook aanspraak te maken op plafonduimte uit de categorie snelle groeiers.

9.9 Verrekening opbrengstverschillen

Het principe achter het beheersmodel is dat verrekening plaatsvindt vanaf het moment dat het omzetplafond wordt overschreden. Dit betekent dat instellingen betalingen die zij ontvangen voor het honorariumdeel van declaraties niet mogen overdragen aan de medisch specialist maar inhouden ten behoeve van de afdracht aan het zorgverzekeringsfonds. Het af te dragen bedrag zal door de NZa achteraf worden bepaald. Er is immers pas achteraf bekend of er ruimte is voor toekenning van een hoger plafond ten behoeve van hoger dan gemiddelde groei van individuele instellingen en/of nieuwe toetreders (zie paragraaf 9.8). De verantwoordelijkheid voor de afdracht (en de reservering daarvoor) ligt bij de instelling.

De verrekening zal plaatsvinden op basis van de door de instelling (namens de specialisten in het collectief) ingebrachte jaarrekening. De NZa zal de verrekening van gedeclareerde opbrengsten met het omzetplafond vaststellen op basis van de totale gedeclareerde bedragen.

Vaststellen omvang opbrengstoverschot

De NZa gaat voor het vaststellen van een opbrengstoverschot uit van het omzetbegrip. Voor jaar t betekent dit dat een eventueel opbrengstoverschot/-tekort als volgt berekend wordt:

Startpunt:	Vastgesteld omzetplafond jaar t
Minus:	Omzet van de in jaar t gedeclareerde DBC's die in jaar t-1 zijn geopend
Minus:	Omzet van de in jaar t geopende en gedeclareerde DBC-zorgproducten
Plus:	Onderhanden werk jaar t-1
Minus:	Onderhanden werk jaar t (de waarde van de in jaar t geopende DBC-zorgproducten die in jaar t+1 worden gedeclareerd)
Resulteert in:	Opbrengstoverschot/-tekort jaar t

De consequentie hiervan is dat het onderhanden werk moet worden bepaald. De NZa is voornemens de opgave van de opbrengst uit te vragen in een apart nacalculatieformulier en een controleprotocol opstellen voor de controlerend accountant. Mogelijk worden de gedeclareerde omzetten ook in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) opgenomen als toelichting op de gedeclareerde en aan de specialisten doorgegeven bedragen.

In de praktijk worden na afsluiting van het boekjaar van een instelling door zorgverzekeraars nog correcties op declaraties doorgevoerd. Die kunnen theoretisch tot gevolg hebben dat een overschot omslaat in een omzet die onder het plafond blijft of omgekeerd. Ook kan een eventueel terug te betalen bedrag wijzigen. In dat geval zal in een later jaar nog verrekening plaatsvinden. Bij de afrekening over 2014 (laatste jaar van de regeling) zal een aparte procedure voor de verrekening van deze correcties worden vastgesteld.

Waarde onderhanden werk voor de opbrengstverrekening

In de gegevensvraag heeft de NZa geen voorschriften gegeven voor de wijze waarop het onderhanden werk moet worden bepaald. Instellingen zijn gevraagd om op te geven welke methodiek ze hebben gebruikt. Hier komt geen eenduidig beeld uit naar voren.

Voor toepassing van het macrobeheersinstrument (MBI) zal naar verwachting worden uitgegaan van het schadelastbegrip; voor de uitvoering van het beheersmodel honoraria medisch specialisten zal de omzet leidend zijn. Om omzet en schadelast op elkaar aan te laten sluiten zal de waardering van het onderhandenwerk door instellingen meer geüniformeerd moeten worden. Voordeel van een uniform voorschrift of een richtlijn is dat instellingen en specialisten enig houvast hebben.

De meest voor de hand liggende methode is om dit in regelgeving vast te leggen. De NZa is van voornemens de waardering van onderhanden werk vast te leggen op 50% van de tariefwaarde van de openstaande DBC. Deze regel is al eerder toegepast, als landelijke afspraak bij de afwikkeling van de lumpsum 2007. In overleg met de beroepsorganisaties en de werkgroep Richtlijnen Jaarverslaggeving zal de NZa bepalen hoe de bijbehorende regelgeving ingevuld wordt.

9.10 Conclusie

In het beheersmodel honoraria medisch specialisten stelt de NZa op basis van het beschikbare macrokader vast welk omzetplafond er in enig jaar voor alle bij een instelling toegelaten vrijgevestigde medisch specialisten zal gelden. Het beheersmodel is van toepassing op alle vrijgevestigde medisch specialisten, met uitzondering van (de productie van) specialisten werkzaam in solopraktijken en privéklinieken.

De NZa is voornemens de omzetplafonds ambtshalve per instelling vast te stellen op basis van de historische omzet 2009, waarbij geen rekening wordt gehouden met trendmatige aanpassingen, tariefkortingen en correctie voor de ondersteuners compensatiefactor. Vrijgevestigde medisch specialisten dienen afspraken te maken met de instelling over toetreding tot een collectief, om via de instelling te kunnen declareren. De consequentie van het niet deelnemen aan het collectief kan zijn het verlies van de fiscale status van vrije beroepsbeoefenaar. Deze afspraken behelzen ook een splitsing van het omzetplafond, die bij de NZa gemeld moet worden.

Binnen het beheersmodel bestaat beperkt ruimte voor dynamiek. Op grond van een aanwijzing van de minister zal de NZa 2,5% van het BKZ beschikbaar stellen voor sterke groeiers en toetreders. Voor beide categorieën geldt het principe van 'first come, first served'. Omdat toetreders per definitie geen historische omzet hebben, is de NZa voornemens voor deze categorie een omzetplafond te baseren op een vooraf vastgesteld normatief bedrag per fte.

Wanneer het omzetplafond wordt onder- of overschreden, zal de NZa een verrekening uitvoeren op basis van de door de instelling (namens de specialisten in het collectief) ingebrachte jaarrekening. Teneinde het beheersmodel aan te laten sluiten bij de toepassing van het MBI bij de prestatiebekostiging ziekenhuizen, is de NZa voornemens een nadere regel opstellen voor de waardering van onderhanden werk. De NZa is voornemens deze vast te leggen op 50% van de tariefwaarde van de openstaande DBC.

Consultatievraag 7:

Algemeen: kunt u zich vinden in de uitwerking van het beheersmodel? Zo niet, waarom niet en wat is uw alternatief?

Consultatievraag 8:

Inzake ruimte voor dynamiek: kunt u zich vinden in de in paragraaf 9.8.2 beschreven methodiek voor snelle groeiers en toetreders? Zo niet, waarom niet en wat is uw alternatief?

Consultatievraag 9:

Inzake ruimte voor toetreders: kunt u zich vinden in de paragraaf 9.8.2 beschreven methodiek voor het vaststellen van omzetplafonds voor toetreders op basis van fte? Zo niet, waarom niet en wat is uw alternatief?

Consultatievraag 10:

Inzake verrekening: kunt u zich vinden in de paragraaf 9.9 beschreven rekenregel voor de waardering van onderhanden werk? Zo niet, waarom niet en wat is uw alternatief?

10. Vervolgproces en opstellen regels

Na de consultatie op basis van dit consultatiedocument zal de NZa definitieve keuzes maken. Deze worden vastgelegd in de door de Raad van Bestuur vastgestelde beleidsregels en regelingen. De NZa streeft hierbij naar optimale voorzienbaarheid. Op dit moment valt echter niet het exacte tijdspad aan te geven. Duidelijk is wel dat de beleidsregels en regelingen op zijn vroegst op 1 oktober 2011 openbaar kunnen worden.

De invoering van de nieuwe beleidsregels zal vrijwel gelijktijdig plaatsvinden met een algehele herijking van de beleidsregels in de curatieve sector en de invoering van DOT. Dit zal er toe leiden dat de opzet van de beleidsregels en de indeling ervan conform een geheel nieuwe aanpak zal zijn. In deze paragraaf worden de uitgangspunten van deze nieuwe aanpak geschetst en zal een algemene indruk worden gegeven van de opbouw van de beleidsregels.

10.1 Onderscheid beleidsregels – nadere regel

De NZa heeft de bevoegdheid (en in sommige gevallen de verplichting) om beleidsregels vast te stellen ter nadere invulling van haar beleid. In dit verband is van belang dat de NZa beleidsregels zal ontwikkelen ten aanzien van de tariefregulering van de ziekenhuiszorg. Hierbij wordt onderkend dat de ziekenhuiszorg meer omvat dan de medisch specialistische zorg en dat ook overige prestaties onderdeel zijn van beleidsbepaling. Bij de opbouw van de beleidsregels zal worden aangesloten bij de functiegerichte benadering van de Wmg en van de Zvw. Vervolgens zal worden aangegeven op welke wijze de NZa in de ziekenhuiszorg aan de tariefregulering uitvoering zal geven. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de vaste beschikbaarheidsbijdragen, de gereguleerde tarieven en de vrije tarieven. Vanwege de functiegerichte invulling van het beleid zal de NZa ook beleid formuleren ten aanzien van de vraag aan wie de tariefbeschikking zal worden gericht.

Voor zover noodzakelijk zal de NZa tevens nadere regels opstellen. Nadere regels zijn algemene verbindende voorschriften waaraan marktpartijen zich moeten houden. Het gaat hierbij dus niet om de formulering van de invulling van de eigen beleidsbevoegdheid, maar om opgelegde verplichtingen. Deze kunnen betrekking hebben op het declaratieverkeer, op administratieve aangelegenheden en op transparantie. Ook is het mogelijk dat met nadere regels instructies worden gegeven over de vormgeving van contractuele relaties. Deze nadere regels zal de NZa handhaven, bijvoorbeeld door het geven van een aanwijzing, een last onder dwangsom of een boete.

10.2 Eindmodel als uitgangspunt

De NZa heeft ervoor gekozen bij de formulering van de beleidsregels het eindmodel (volledige prestatiebekostiging) als uitgangspunt te hanteren. De transitieperiode met het transitieproces, de overgangsregeling kapitaallasten en het beheersmodel wordt in separate tijdelijke beleidsregels opgezet. Daarbij wordt de duur van de overgangsperiode vermeld. In de beleidsregel wordt bepaald wanneer, onder welke omstandigheden en op welke wijze het overgangsbeleid wordt

ingetrokken. Door deze methodiek wordt op voorhand duidelijk welk onderdeel van het beleid tijdelijk is en wat het beoogde eindresultaat is.

10.3 Integratie beleidsregel invoering DOT

In het kader van de invoering van DOT worden ook beleidsregels geformuleerd. Dit leidt ertoe dat in de loop van 2011 voor de ziekenhuiszorg een complete onderling samenhangende set beleidsregels wordt vastgesteld.

Begrippenlijst

Begrip	Toelichting
'Aan'-declaratie	De vrijgevestigde medisch specialist declareert het honorariumdeel rechtstreeks aan de instelling. Zie ook het alternatief, 'Via'-declaratie
Add-on	Declarabele zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die zelfstandig kunnen worden gedeclareerd binnen een zorgtraject. Het betreft de kosten van verblijf en activiteiten op de IC en van dure- en weesgeneesmiddelen.
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
Beheersmodel medisch specialisten	Model waarmee de omzet aan honoraria voor vrijgevestigde medisch specialisten binnen een instelling worden beperkt tot een bepaald plafond dat per instelling wordt vastgesteld. Het door VWS bepaalde macrokader is de optelsom van alle instellingsplafonds. Zie verder hoofdstuk 9.
Beschikbaarheidsbijdrage / vaste vergoeding	Vergoeding voor zorgfuncties die niet (geheel) vanuit prestatiebekostiging kunnen worden bekostigd of waarvan verrekening van de kosten in tarieven voor prestaties tot een ernstige marktverstoring zou leiden en die (vanuit publiek oogpunt) wel in stand moeten blijven. Zie verder hoofdstuk 1.
BKZ	Budgettair kader zorg (het door VWS bepaalde maximum aan uitgaven aan verzekerde zorg)
B-segment tranche 2012	Deel van het B-segment 2012, dat in 2011 nog tot het A-segment behoort
CBOG	College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
Collectief	Een collectief van vrijgevestigde medisch specialisten in één instelling dat verdelafspraken maakt over de honorariumomzet van de deelnemende vrijgevestigde medisch specialisten met de instelling.
DOT	DBC's Op weg naar Transparantie: een vereenvoudigd DBC-systeem, dat de huidige DBC's opvolgt. De DOT-zorgproducten zijn beter medisch herkenbaar, kostenhomogener en specialisme-overstijgend
FB	Functiegericht budget
FB-parameters	De budgetparameters, waarop t/m 2011 het functiegerichte budget per instelling worden gebaseerd
Gereguleerde segment	Segment met zorgproducten waarvoor maximumprijzen gelden
IVA	Immateriële vaste activa
MBI	Macrobeheersingsinstrument. Dit is een nieuw instrument op grond waarvan VWS m.i.v. 2012 ex post een overschrijding van het BKZ (zie boven) kan terughalen door het opleggen van een heffing aan instellingen.
OHW	Onderhanden werk (de waarde van de aan het eind van het boekjaar lopende behandelingen waarvoor een zorgproduct is gestart/geopend, maar waarvoor pas na afloop van het boekjaar kan worden gedeclareerd.

Prestatiebekostiging	Bekostiging op basis van prestaties, meer in het bijzonder DBC's en DBC zorgproducten
Representatiemodel	Model van collectieve onderhandeling door zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg, waarbij de (2) zorgverzekeraars met het grootste marktaandeel in een regio alle overige zorgverzekeraars representeren in de prijs- en kwaliteitsonderhandelingen met aanbieders. Het representatiemodel is gebaseerd op een onderlinge afspraak van de leden van Zorgverzekeraars Nederland.
Schaduwbudget / Schaduw FB	De omzet van gebudgetteerde instellingen zoals deze in 2012 zou zijn geweest op basis van de "oude" FB-parameters; wordt gebruikt om het transitiebedrag te berekenen
Specialistencollectief	Collectief waaraan alle of een gedeelte van de vrijgevestigd medisch specialisten die een toelatingsovereenkomst met een instelling voor medisch specialistische zorg hebben, kunnen participeren. Vrijgevestigde medisch specialisten die participeren in het collectief kunnen "via" het ziekenhuis declareren. Vrijgevestigde medisch specialisten die niet participeren kunnen alleen "aan" het ziekenhuis declareren
Transitiebedrag	Het verschil tussen de omzet van DBC-zorgproducten van 2012 en het schaduwbudget (zie boven) van 2012
Transitiemodel	Overgangsmodel dat is bedoeld om systeemrisico's a.g.v. de overstap van budgettering naar prestatiebekostiging te ondervangen
Vaste segment	Segment waarbinnen specifieke zorgfuncties vallen, die (deels) bekostigd worden via een (deels) vaste vergoeding
'Via'-declaratie	De vrijgevestigde medisch specialist declareert het honorariumdeel 'via' de instelling bij patiënt of verzekeraar. Onder het beheersmodel is dit alleen mogelijk voor vrijgevestigde medisch specialisten die zijn aangesloten bij een collectief
Vaste vergoeding	Zie: Beschikbaarheidsbijdrage
Vrije segment	Segment van zorgproducten, waarvoor vrije prijsvorming geldt (ook wel "B-segment")
Wbmv	Wet bijzondere medische verrichtingen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZP	Zorgproduct