

Invoering Maatstafconcurrentie

Keuzes en vragen

23 januari 2008

Inhoud

1. Inleiding	5
2. Consultatievragen	6
3. Zorgzwaarte	7
3.1 Probleemstelling	7
3.2 Zienswijze	7
3.3 Consultatievragen	8
4. Kwaliteit en innovaties	9
4.1 Probleemstelling	9
4.2 Zienswijze	9
4.3 Consultatievragen	10
5. A0-segment	11
5.1 Probleemstelling	11
5.2 Zienswijze	12
5.3 Consultatievraag	12
6. B-segment	13
6.1 Probleemstelling	13
6.2 Zienswijze	13
7. Nacalculatie 2008	15
7.1 Probleemstelling	15
7.2 Zienswijze	15
7.3 Consultatievragen	16
8. Honorarium specialisten	17
8.1 Probleemstelling	17
8.2 Zienswijze	17
9. RAK-mutatie	18
9.1 Zienswijze	18
10. Dure geneesmiddelen	19
10.1 Probleemstelling	19
10.2 Zienswijze	19
11. Kaakchirurgie	20
11.1 Probleemstelling	20
11.2 Zienswijze	20
11.3 Consultatievraag	21
12. Productievolume	22
12.1 Probleemstelling	22
12.2 Zienswijze	22
12.3 Consultatievraag	22
13. Productmixindex	23
13.1 Probleemstelling	23
13.2 Zienswijze	23
13.3 Consultatievraag	24

14. Voorzienbaarheid	25
14.1 Probleemstelling	25
14.2 Zienswijze	25
15. Voorlopige afrekening	26
15.1 Probleemstelling	26
15.2 Zienswijze	26
16. Categorale instellingen	27
16.1 Probleemstelling	27
16.2 Zienswijze	27
16.3 Gegevensverzoek categorale instellingen	28
17. Eerstelijns zorgaanbieders	29
17.1 Probleemstelling	29
17.2 Zienswijze	29
17.3 Consultatievragen	29

1. Inleiding

Voor u ligt het document 'Keuzes en vragen' over de invoering van de maatstaf. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft in dit rapport haar zienswijze over het model van de maatstaf. Deze zienswijze kent twee varianten:

1. De NZa presenteert haar keuze
2. De NZa presenteert een beperkt aantal opties

De NZa wil graag bij de tweede variant uw voorkeur weten ten behoeve van de definitieve inrichting van het model. De inrichting van het model wordt weergegeven in beleidsregels welke door de Raad van Bestuur worden vastgesteld. De NZa legt deze beleidsregels voor advies voor aan de Adviescommissie Cure waarin uw brancheorganisatie is vertegenwoordigd.

De NZa is zeer verheugd met alle reacties op het eerste consultatierapport en de input uit de regiobijeenkomsten. Deze reacties hebben de NZa veel bruikbare informatie opgeleverd. De NZa heeft deze informatie meegewogen in haar zienswijze. Dit rapport beperkt zich tot die reacties die relevant zijn voor de besluitvorming en de voor te leggen opties. U treft 1 februari een samenvatting van alle reacties aan op de website.

De NZa neemt de komende weken contact op met individuele partijen op basis van hun individuele reacties op het eerste consultatierapport.

De aanwijzing van de minister van VWS vormt het kader waarbinnen de NZa het maatstafmodel inricht. Veel van uw reacties betroffen echter de inhoud van de aanwijzing. De NZa zal deze reacties doorgeleiden naar VWS vergezeld van een advies. Dit advies verschijnt eind februari.

Belangrijke criteria die de NZa hanteert bij haar afweging in de zienswijze zijn:

- Aansluiting bij de werkelijkheid - de gegevens benodigd voor de berekening van de maatstaf in het A1 en B1-segment moeten zo goed mogelijk aansluiten bij de zorg in beide segmenten.
- Tijdige beschikbaarheid van juiste en volledige data en
- Doelmatigheid - in hoeverre wordt deze gestimuleerd?

De NZa beschikt of kan beschikking krijgen over voldoende gegevens voor de berekening van de prestatiescores. Deze consultatie bevat dus geen nieuwe data-uitvraag. Alleen van de categorale instellingen heeft de NZa nieuwe data nodig om de prestatiescore te kunnen berekenen. Deze instellingen zullen hierover separaat worden geïnformeerd.

2. Consultatievragen

Zorgzwaarte

1. Welke optie voor zorgzwaarte heeft uw voorkeur.
2. Hoe groot moet het percentage van de (macro) omzet zijn dat beschikbaar komt voor lokale onderhandelingen voor zorgzwaarte

Kwaliteit en innovaties

3. Welke optie voor kwaliteit verdient uw voorkeur?
4. Hoe groot moet het percentage van de (macro) omzet zijn dat beschikbaar komt voor lokale onderhandelingen over kwaliteit en innovaties?

A0-segment

5. Welke optie voor het toerekenen van de kapitaallasten van de academische component verdient uw voorkeur?

Nacalculatie 2008

6. In welke mate zijn verzekeraars in staat om de opleverdatums te controleren?
7. Heeft u een lopende bouwaanvraag met betrekking tot 2008?
8. Hoe groot zijn de kosten van dat gedeelte van de bouwaanvraag dat in 2008 wordt opgeleverd?
9. Hoe is de onderverdeling van de bouwaanvraag in de verschillende WMG-gefinancierde activa categorieën?

Kaakchirurgie

10. Welke optie voor kaakchirurgie heeft uw voorkeur?

Productievolume

11. Welke bron heeft uw voorkeur bij de bepaling van het productievolume?

Productmixindex

12. Welke optie heeft uw voorkeur voor de berekening van de productmixindex?

Eerstelijnsvoorzieningen

13. Welke optie voor de huisartsenlaboratoria heeft uw voorkeur?
14. Welke optie voor de trombosediensten heeft uw voorkeur?

3. Zorgzwaarte

In de huidige budgettering hebben grote ziekenhuizen recht op een groottoeslag. De groottoeslag geeft een aanvullende vergoeding omdat zij naar verwachting een hogere zorgzwaarte hebben. Ook in de academische component (voor de UMC's) is zorgzwaarte een belangrijke onderdeel.

Uit de eerste consultatieronde en onderzoeken van Casemix en Prismant komt naar voren dat er verschillen in zorgzwaarte bestaan tussen zorgaanbieders. Deze verschillen zijn van invloed op de gemiddelde kosten van een DBC. Marktpartijen hebben in de eerste consultatieronde aangegeven dat daarmee rekening dient te worden gehouden.

3.1 Probleemstelling

Een hogere zorgzwaarte zorgt voor hogere kosten per DBC zonder dat het ziekenhuis op de zorgzwaarte invloed kan uitoefenen, anders dan de patiënt doorverwijzen. Zorgzwaarte is een exogene factor.

In de berekeningen voor de voorlopige prestatiescores is geen rekening gehouden met verschillen in zorgzwaarte.

Met de invoering van het DBC-Verbeterplan wordt in de nieuwe productstructuur zorgzwaarte geleidelijk meegenomen. Dit zal echter pas in 2011 geheel het geval zijn.

3.2 Zienswijze

De NZa is van oordeel dat verschillen in zorgzwaarte in de nieuwe productstructuur dienen te worden meegenomen. Samen met DBC Onderhoud gaat de NZa na of in 2008 voor de zogenaamde top 40 al een passende oplossing kan worden gevonden.

De consultatie maakte duidelijk dat zorgzwaarte wel door iedereen wordt ervaren als een probleem maar tegelijkertijd ook dat een oplossing op de korte termijn voor compensatie (zowel positief als negatief) in de maatstaf niet voor handen is omdat er geen betrouwbare data zijn om de berekeningen te kunnen doen.

De NZa wil er in dit kader op wijzen dat de maatstaf geleidelijk wordt ingevoerd. Het prijsplafond is immers in 2009 nog voor 75% gebaseerd op de historische kosten. De groottoeslag komt dus voor 75% nog terug in het prijsplafond.

Toch wil de NZa graag de mogelijkheid scheppen om de dan nog bestaande verschillen in zorgzwaarte mee te nemen. Een mogelijkheid is om de maatstaf voor alle zorgaanbieders met een klein percentage te verlagen. Het bedrag wat vrijkomt gaat naar de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars onderhandelen individueel met zorgaanbieders vervolgens over een aanvullende vergoeding voor zorgzwaarte. Zorgverzekeraars zijn verplicht het vrijgekomen bedrag ook daadwerkelijk te besteden. De NZa zal daarop toezien. Voordeel hiervan is dat de maatstaf niet knellend is en dat partijen op decentraal niveau de mogelijkheid krijgen een passende oplossing te vinden. De NZa merkt op dat de NZa erop zal toezien dat verschil in marktmacht tussen zorgaanbieders niet leidend is voor de verdeling van de zorgzwaartetoelagen.

Samenvattend ziet de NZa voor de korte termijn twee opties voor zorgzwaarte in de nieuwe bekostigingssystematiek:

1. Geen aanpassing van de maatstaf voor zorgzwaarte.
2. Een vergoeding voor zorgzwaarte buiten de maatstaf om.

Om optie 2 zo goed mogelijk in te kunnen vullen dienen de volgende vraagstukken te worden beantwoord:

Hoe groot moet het percentage van de (macro) omzet zijn dat beschikbaar komt voor lokale onderhandelingen over zorgzwaarte?

Op welke wijze wordt het bedrag dat beschikbaar komt onder de zorgverzekeraars verdeeld?

Op welke wijze wordt het instellingsspecifieke prijsplafond verlaagd?

3.3 Consultatievragen

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Welke optie voor zorgzwaarte heeft uw voorkeur.2. Hoe groot moet het percentage van de (macro) omzet zijn dat beschikbaar komt voor lokale onderhandelingen voor zorgzwaarte |
|--|

4. Kwaliteit en innovaties

In een goed werkende vrije markt zijn kwaliteit en prijs beide belangrijke parameters in de onderhandelingen over zorgproducten tussen zorgverzekeraar en zorginstelling. Het huidige budgetteringssysteem geeft nauwelijks prikkels om extra goed te presteren op kwaliteit.

In de huidige budgettering kunnen Universitair Medische Centra (UMC's) innovaties betalen uit de academische component. Daarnaast hebben zorgaanbieders recht op een lokale productiegebonden component. Deze is afhankelijk van de schaalgrootte van een zorgaanbieder en kan worden gebruikt om innovaties te financieren.

4.1 Probleemstelling

In de berekening van de voorlopige prestatiescores heeft de NZa geen rekening gehouden met verschil in kwaliteit en innovaties. Uit de reacties in de eerste consultatieronde blijkt dat sommige instellingen vrezen voor een verminderde kwaliteit van de geleverde zorg. Bovendien zullen zorgaanbieders mogelijk afzien van innovaties omdat de kosten van innovatie vaak voor de baten uitgaan. Kwaliteitsverbetering en innovaties worden door instellingen gezien als extra kosten waar niet altijd direct extra inkomsten tegen over staan.

Sommige instellingen geven aan dat voor hen een aanpassing van de maatstaf of een vergoeding buiten de maatstaf voor kwaliteit en innovaties gewenst is. Bij kostenverhogende investeringen in kwaliteit zouden onder de maatstaf slechts beperkte prikkels bestaan voor instellingen om te investeren. De maatstaf beperkt immers de maximale prijs die in rekening mag worden gebracht voor de producten van de zorgaanbieder.

Tegelijkertijd blijkt uit de consultatie ook dat over kwaliteit nauwelijks voldoende bruikbare gegevens beschikbaar zijn.

4.2 Zienswijze

De NZa is van mening dat veel investeringen in kwaliteit al snel kostenbesparingen opleveren. De afweging om een dergelijke investering al dan niet te doen wordt in dat geval niet door de maatstaf beïnvloed.

De NZa is daarnaast van mening dat concurrentie juist investeringen aanmoedigt. Een aantal redenen hiervoor is:

- Goede kwaliteit (hetzij kostenverhogend hetzij kostenverlagend) betekent een toename van het onderscheidend vermogen van een instelling ten opzichte van de concurrenten en leidt tot een betere marktpositie. Dit is met name interessant met het oog op de invoering van volledig vrije prijsvorming. Goede kwaliteit is een belangrijk instrument om patiënten te werven.
- Concurrentie dwingt tot meer doelmatigheid. Het bevorderen van meer efficiëntie heeft in veel gevallen kwaliteitsverhogende effecten, met name op de interne processen van instellingen.
- Verzekeraars geven aan dat zij in de toekomst meer op basis van kwaliteit zullen inkopen. Zij publiceren op hun websites nu al kwaliteitsinformatie op instellingsniveau over specifieke behandelingen.

De NZa merkt op dat de maatstaf geleidelijk wordt ingevoerd. Het prijsplafond is immers in 2009 nog voor 75% gebaseerd op de historische kosten. De vergoedingen voor kwaliteit en innovaties komen dus voor 75% nog terug in het prijsplafond.

Vergelijkbaar met zorgzwaarte wil de NZa ook hier eventueel de mogelijkheid scheppen om kwaliteitsverschillen in de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders mee te nemen. Ook hier kan de maatstaf met een klein percentage worden verlaagd. Het vrijgekomen bedrag gaat naar de verzekeraars die dit vervolgens teruggeven aan de zorgaanbieders op basis van hun inschatting over kwaliteitsverschillen.

De NZa ziet dan ook twee opties om rekening te kunnen houden met kwaliteitsverschillen in de nieuwe bekostigingssystematiek:

1. Geen aanpassing van de maatstaf voor kwaliteit en innovaties.
2. Een vergoeding voor kwaliteit en innovaties buiten de maatstaf om.

Om optie 2 zo goed mogelijk in te kunnen vullen dienen de volgende vraagstukken te worden beantwoord:

Hoe groot moet het percentage van de (macro) omzet zijn dat beschikbaar komt voor lokale onderhandelingen over kwaliteit en innovaties?

Op welke wijze wordt het bedrag dat beschikbaar komt onder de zorgverzekeraars verdeeld?

Op welke wijze wordt het instellingsspecifieke prijsplafond verlaagd?

4.3 Consultatievragen

3. Welke optie voor kwaliteit heeft uw voorkeur?

4. Hoe groot moet het percentage van de (macro) omzet zijn dat beschikbaar komt voor lokale onderhandelingen over kwaliteit en innovaties?

5. A0-segment

Met maatstafconcurrentie voert de NZa prestatiebekostiging in. Wanneer zorg niet in prestaties te vatten is, brengt de NZa deze zorg onder in het A0-segment. Met andere woorden: het doel is om het A0-segment zo min mogelijk te belasten met zorg die in prestaties kan worden omschreven. De suggesties voor toevoeging aan het A0-segment die de NZa in de eerste fase van de consultatie heeft ontvangen betreft de NZa bij haar advies aan VWS.

Het A0-segment bevat drie onderdelen:

1. De kosten voor opleiding van de medisch specialisten en ander personeel.
2. De beschikbaarheidsvergoeding voor de spoedeisende hulp (SEH).
3. De academische component.

Voor de opleidingskosten loopt een separaat traject bij de NZa, buiten het bestek van de consultatie maatstafconcurrentie. De NZa zal daarom in de tweede fase van de consultatie op dit onderwerp niet doorvragen. Voor de beschikbaarheidsvergoeding SEH zijn in de eerste fase van de consultatie veel suggesties ontvangen. Omdat sommige suggesties buiten het kader van de aanwijzing vallen, gaat de NZa navolgend niet op deze suggesties in. De NZa stelt over dit onderwerp een openbaar advies op aan VWS waarbij ook deze reacties worden betrokken.

De NZa brengt de traumacentra en de traumahelikopter ook in het A0-segment onder. Daarbij baseert de NZa de hoogte van de vergoeding op de huidige budgetparameters.

Het A0-segment valt niet onder de maatstaf. Daarom moeten voor de juiste berekening van de historische kosten van een zorgaanbieder, de bedragen ter dekking van de drie onderdelen van het A0-segment uit het budget worden verwijderd.

5.1 Probleemstelling

De NZa wil de kosten van de academische component scherp in beeld krijgen, inclusief de daaraan verbonden kapitaallasten. In de budgetten zijn de budgetonderdelen wel geormerkt. Deze komen echter niet noodzakelijkerwijs overeen met de werkelijke kapitaallasten voor de academische component.

De NZa ziet twee opties om de kapitaallasten te schonen en te waarborgen dat deze adequaat worden toegerekend:
Het schonen van de kapitaallasten aan de hand van de in de budgetten geormerkte kapitaallasten voor de academische component.
Het toepassen van de kapitaalintensiteit van het gehele budget op de academische component.

5.2 Zienswijze

Voor beide opties beschikt de NZa over de benodigde gegevens. Er zijn geen aanvullende gegevens nodig.

De NZa wil graag inzicht krijgen in de voorkeur van de zorgaanbieders.

5.3 Consultatievraag

5. Welke optie voor het toerekenen van de kapitaallasten van de academische component verdient uw voorkeur?

6. B-segment

Het B-segment is het gedeelte van de medisch specialistische zorg met volledig vrije prijzen. Het B-segment is in 2005 ingesteld en omvat op dit moment ongeveer 8% van de omzet aan medisch specialistische zorg.¹ De budgetten van zorgaanbieders bevatten sindsdien geen loonkosten en materiële kosten voor het B-segment meer. Vanaf 2008 zijn ook de kapitaallasten van het B-segment uit het budget verwijderd.

Per 1 januari 2008 is het B-segment uitgebreid. Voor de uitbreiding zijn de budgetten van 2008 geschoond.

Ten aanzien van het B-segment spelen twee zaken:

1. De mate waarin en de wijze waarop het B-segment wordt uitgebreid.
2. De wijze waarop omzet en kapitaallasten worden geschoond en er dus sprake is van een correcte toerekening van omzetten en kapitaallasten aan de relevante segmenten.

De NZa heeft in de eerste fase van de consultatie veel suggesties ontvangen over delen van de zorg waarmee het B-segment kan worden uitgebreid. Deze suggesties betreft de NZa bij het advies aan VWS.

6.1 Probleemstelling

Zowel de productie als de kapitaallasten van het B-segment moeten correct worden toegerekend. Voor de productie is dit geen probleem, alleen dienen de benodigde data wel tijdig beschikbaar te zijn. Ten aanzien van de kapitaallasten is ook van belang dat deze worden geschoond, zowel wat het huidige B-segment betreft als van een mogelijke uitbreiding daarvan.

De kapitaallasten van het 2005-gedeelte van het B-segment zijn niet geschoond in de budgetten over 2007. Deze schoning moet ook worden uitgevoerd voor de kapitaallasten van het B-segment, zeker als dit segment verder wordt uitgebreid.

6.2 Zienswijze

Voor een volledig juiste berekening van de prijsplafonds moet De NZa het budget en de productie voor de uitbreiding van het B-segment buiten beschouwing laten. Dit is niet goed mogelijk, omdat het budget niet geoormerkt is voor het B-segment. De NZa kiest derhalve voor het alternatief om zowel de budgetten als de productie niet te schonen voor het B-segment. Door het B-segment zowel aan de productie als aan de kant van de budgetten mee te nemen doet dit recht aan de werkelijkheid onder de veronderstelling dat de doelmatigheid van de uitbreiding van het B-segment niet afwijkt van die van de rest van de zorgproductie.

De NZa kiest ervoor om de kapitaallasten voor het 2005-gedeelte van het B-segment wel te schonen, maar dit niet te doen voor alle kosten van het 2008-gedeelte van het B-segment.

Ten aanzien van het 2005-gedeelte zijn er twee methodes om het budget voor de kapitaallasten te schonen:

¹ Monitor Ziekenhuiszorg 2007. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007. NZa, juni 2007.

1. Naar rato van de omzet in 2007 van het B-segment;
2. Door middel van een specifieke data-uitvraag.

De NZa kiest hierbij voor de eerste methode. Dit voorkomt extra data-uitvraag. Verder geeft deze werkwijze een goede benadering van de werkelijkheid omdat de NZa geen aanwijzing heeft dat er belangrijke verschillen in kapitaalintensiteit bestaan tussen het B-segment en de overige onderdelen van de ziekenhuiszorg.

7. Nacalculatie 2008

De NZa baseert de berekeningen voor de maatstaf op gegevens over 2007. Echter, volgens de aanwijzing moeten de gevolgen van het in gebruik nemen van ver- of nieuwbouw in 2008 doorwerken in de maatstaf.

7.1 Probleemstelling

Gelijktijdig stelt de aanwijzing dat de maatstaf vooraf voor 3 jaar moet worden vastgesteld. Aangezien de definitieve nacalculatie 2008 pas in 2009 kan plaatsvinden zijn deze gegevens te laat beschikbaar om mee te nemen in de berekeningen van de maatstaf. De NZa stelt deze namelijk definitief vast op 1 oktober 2008.

Een aansluiting bij de nacalculatie 2008 zal het meest recht doen aan de werkelijkheid. Deze nacalculatie komt echter te laat beschikbaar. Aangezien de NZa vooraf de maatstaf moet vaststellen en nacalculatie 2008 moet uitvoeren zodra deze beschikbaar is, maakt dit een inschatting van de toename in de kapitaallasten noodzakelijk. Hiervoor moet de NZa twee stappen zetten:

1. Gebruik maken van gegevens uit de bouwaanvragen ingediend bij het College bouw zorginstellingen (CBZ);
2. Specifieke data-uitvraag bij de zorgaanbieders.

7.2 Zienswijze

De gegevens van het CBZ zijn gecontroleerd. In de bouwaanvragen vindt geen toerekening plaats naar het werkelijke jaar waarin de investeringen worden gedaan. Daarom moeten aanvullende veronderstellingen gemaakt worden om de kosten van de ingebruikname van ver- en nieuwbouw in 2008 te bepalen. Deze kosten moeten meelopen in de maatstaf.

Om een goed beeld te krijgen van omvang van opleveringen in 2008, vraagt de NZa aan zorgaanbieders om de opleverdatums en bijbehorende kosten van lopende bouwprojecten te melden. Controle hierop is echter moeilijk. Op dit punt ligt er mogelijk een rol voor de verzekeraars. Het is daarom wenselijk om beter in beeld te krijgen of en in welke mate de verzekeraars in staat zijn de opleveringsdatums te controleren. Daarnaast wil de NZa een inschatting maken om welk bouwvolume het hier gaat.

7.3 Consultatievragen

6. In welke mate zijn verzekeraars in staat om de opleverdatums te controleren?
7. Heeft u een lopende bouwaanvraag met betrekking tot 2008?
8. Hoe groot zijn de kosten van dat gedeelte van de bouwaanvraag dat in 2008 wordt opgeleverd?
9. Hoe is de onderverdeling van de bouwaanvraag in de verschillende WMG-gefinancierde activa categorieën?

8. Honorarium specialisten

8.1 Probleemstelling

De NZa neemt integrale kosten van de DBC's als uitgangspunt voor de berekeningen van de maatstaf. In de voorlopige berekeningen is gebruik gemaakt van lumpsumgegevens om de kosten van medisch specialisten weer te geven. De lumpsum is echter per 2008 afgeschaft.

Het honorarium van de specialisten wordt vanaf dit moment gebaseerd op het nieuw ingevoerde uurtarief en nieuwe normtijden.

De in 2008 gedeclareerde kosten vanwege inzet van de medisch specialisten komen pas beschikbaar in 2009.

Op de vraag op welke wijze de honorariumvergoeding (2007) aan de (integrale) tarieven en de maatstaf van 2009 kunnen worden toegeschreven, heeft de NZa tijdens de eerste consultatiefase verschillende reacties ontvangen. Een aantal reacties stelden dat het honorarium beter buiten de maatstaf kan worden geplaatst, omdat alle parameters vastliggen. Deze suggestie valt buiten de aanwijzing, maar komt wel in het advies van de NZa aan VWS aanstaande februari.

8.2 Zienswijze

De NZa kiest ervoor om gebruik te maken van de declaratiegegevens van 2007 en hierop een correctie te maken voor het uurtarief en de normtijden van 2008.

Voor de correctie voor de uurtarieven en de normtijden heeft de NZa de volgende data nodig:

- Volume van DBC's en overige verrichtingen 2007 (DIS)
- Normprofielen 2007 (DBC-Onderhoud)
- Normtijden 2008 (DBC-Onderhoud)
- Uurtarief 2008 (NZa)

De NZa schat de kosten van medisch specialisten per ziekenhuis door deze vier getallen te vermenigvuldigen. Voor deze methode is geen aanvullende data-uitvraag nodig aan zorgaanbieders.

9. RAK-mutatie

Bij de berekening van de voorlopige prestatiescore heeft de NZa de RAK-mutatie van het budget afgetrokken, om zo de kosten van de productie beter te benaderen.

Veel instellingen hebben in de eerste fase van de consultatie aangegeven dat dit niet wenselijk is. De redenering hierachter is, dat een correctie van de RAK-mutatie leidt tot het straffen van efficiënte instellingen en belonen van inefficiënte instellingen. Daarnaast kunnen zorgaanbieders de RAK-mutatie beïnvloeden door voorzieningen te treffen.

9.1 Zienswijze

De NZa baseert de berekeningen van de maatstaf op de budgetten van de zorgaanbieders. De NZa kiest er voor om niet te schonen voor de RAK-mutatie.

10. Dure geneesmiddelen

De NZa heeft tijdens de eerste fase van de consultatie veel suggesties ontvangen over hoe een doelmatig gebruik en bekostiging van dure geneesmiddelen kan worden bevorderd. De suggesties zijn vooral gericht op de beleidsmatige keuzen. Daarom neemt de NZa deze suggesties eind januari mee in het advies aan VWS en laat de NZa deze suggesties in dit document buiten beschouwing.

De bekostiging van de dure geneesmiddelen wordt vormgegeven via aparte prestaties in het A1-segment. In het peiljaar 2007 waren de dure geneesmiddelen niet als afzonderlijk te leveren prestaties gedefinieerd.

10.1 Probleemstelling

De NZa heeft hierdoor wel de beschikking over budgetinformatie, maar niet over het productievolume. Hierdoor ontstaat een probleem bij de berekening van het prijsplafond.

Om de historische kosten van zorgaanbieders bij de start van prestatiebekostiging juist te berekenen, moet het budget aansluiten op de productie. Zoals hiervoor aangegeven, zijn de dure geneesmiddelen in het peiljaar 2007 niet als afzonderlijke prestaties gedefinieerd.

Een vergelijkbaar probleem speelt voor de hemostatica. Daarom behandelt de NZa de hemostatica en dure geneesmiddelen gelijk.

10.2 Zienswijze

De NZa onderscheidt de volgende methodes om de berekeningen uit voeren:

1. De NZa inventariseert hoe hoog het productievolume van de dure geneesmiddelen was door middel van een data-uitvraag. Voor een juiste berekening moet dan aangesloten worden bij de nieuwe productstructuur
2. De NZa neemt de budgetten voor dure geneesmiddelen en de productie van dure geneesmiddelen voor de berekening van de historische kosten niet mee.

Bij de eerste methode inventariseert de NZa hoe hoog het productievolume van de dure geneesmiddelen was door middel van een data-uitvraag. Voor een juiste berekening moet dan aangesloten worden bij de nieuwe productstructuur. De eerste methode om de berekeningen uit te voeren, maakt het noodzakelijk dat alle zorgaanbieders die een vergoeding binnen het budget voor dure geneesmiddelen krijgen op uniforme wijze gedefinieerde en gevalideerde gegevens aanleveren over de omvang van de zorgproductie. Deze gegevens moeten aansluiten bij de prestatiebeschrijvingen die DBC-Onderhoud in het verbeterplan meeneemt. Omdat de nieuwe productstructuur niet tijdig wordt opgeleverd is het niet mogelijk om tijdig de juiste informatie te verzamelen. Deze methode vervalft daarmee.

Bij de tweede methode zijn geen aanvullende gegevens noodzakelijk. De NZa schoont de budgetgegevens voor de dure geneesmiddelen. Onder veronderstelling dat de doelmatigheidsverschillen voor dure geneesmiddelen gelijk zijn aan doelmatigheidsverschillen voor de overige zorgproductie leidt dit tot een juiste berekening van de prijsplafonds. De NZa kiest daarom voor de tweede methode.

11. Kaakchirurgie

De kaakchirurgen declareren momenteel zelf de geleverde prestaties als honorariumtarieven op basis van codes in de 'Tarieflijst Instellingen'. De instelling waar de betreffende kaakchirurg werkzaam is, declareert het kostendeel en het honorariumdeel anesthesist op basis van trajecten. Deze trajecten vallen onder de DBC-systematiek.

Een werkgroep tracht in 2008 DBC's voor kaakchirurgie te ontwikkelen. Dit consultatiedocument gaat niet verder in op de beleidsmatige keuzes, maar gaat in op de manier waarop de NZa de technische berekeningen op adequate wijze zal uitvoeren.

11.1 Probleemstelling

De productie van Kaakchirurgie valt per 2009 onder de maatstaf. Daarnaast wil VWS dat de sector integrale producten voor kaakchirurgie ontwikkelt binnen de bestaande DBC-systematiek van algemene en academische ziekenhuizen. De NZa neemt kaakchirurgie op in het B1-segment. In het peiljaar 2007 was kaakchirurgie niet als integraal te leveren DBC gedefinieerd.

De NZa kan hierdoor het productievolume voor kaakchirurgie niet juist inschatten. In de budgetten zijn kaakchirurgen niet apart opgenomen. Deze zijn dus niet gemakkelijk uit de budgetten te schonen. De NZa heeft een aansluiting nodig tussen budget en productie voor kaakchirurgie om de maatstaf op een juiste wijze te berekenen.

11.2 Zienswijze

De NZa onderscheidt hiervoor de volgende opties:

1. De NZa schat het productievolume in op basis van de nieuw te vormen prestatiebeschrijvingen voor kaakchirurgie (DBC's). Op die manier neemt de NZa aan de budgetkant en aan de productiekant de kaakchirurgie mee in de berekeningen.
2. De NZa schoont de budgetten voor kaakchirurgen aan de hand van de verrichtingeninformatie. Dit betekent dat kaakchirurgie zowel in de budgetten als in de productie niet mee wordt genomen in de berekeningen.
3. De NZa kiest ervoor om zowel voor het budget als voor de productie geen correcties uit te voeren oftewel, niet schonen.

De eerste optie sluit het beste aan op de werkelijkheid van 2009. De prestatiebeschrijvingen komen echter te laat beschikbaar. Deze optie vervalt daarmee.

Bij de tweede optie gebruikt de NZa de productieomzet in verrichtingen als inschatting van de kosten. Daarmee sluit deze optie beter aan bij de werkelijkheid dan optie 3. De budgetten voor de kaakchirurgie zijn echter niet geormerkt zodat voor de schoning van de budgetten de NZa daar een benadering voor moet toepassen. De vraag is of deze benadering recht doet aan de werkelijkheid.

De derde optie is de meest pragmatische mogelijkheid. Op deze manier sluit de productie echter niet aan bij de productie in het DBC-tijdperk. De veronderstelling die hierbij gehanteerd wordt is dat het productievolume

in termen van DBC's gelijk is aan het productievolume in termen van de huidige te declareren verrichtingen.

11.3 Consultatievraag

10 Welke optie voor kaakchirurgie verdient uw voorkeur?

12. Productievolume

Voor de berekening van de maatstaf heeft de NZa naast budgetinformatie ook volume-informatie nodig; het aantal gerealiseerde producten in het A1- en B1-segment. Hieronder vallen ook de aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten (O(V)P's).

Onderlinge dienstverlening (WDS) wordt afgezonderd in de berekeningen omdat deze niet ter dekking dient van het budget.

12.1 Probleemstelling

Voor de bepaling van het totale productievolume bestaan drie mogelijke informatiebronnen:

1. Productieregistratie MDS via DIS;
2. Verantwoordingsdocument;
3. Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV).

Bij de berekening van de prestatiescores heeft de NZa gebruik gemaakt van de in 2006 gefactureerde omzet per segment zoals opgegeven in het verantwoordingsdocument. De reden hiervoor was dat DIS toen onvoldoende aansloot op de werkelijkheid.

Uit de ontvangen reacties tijdens de eerste fase van de consultatie blijkt dat terechte bezwaren bestaan tegen het gebruik van het verantwoordingsdocument. Deze optie wordt daarom niet verder besproken.

12.2 Zienswijze

Het productievolume bepalen op basis van de productieregistratie MDS via DIS heeft nadelen. Het aantal gesloten DBC's in 2007 is weliswaar tijdig beschikbaar voor de definitieve berekeningen, maar door het huidige registratieproces is volledigheid niet vast te stellen. Ook is de validiteit van de gegevens niet geborgd. Veel zorgaanbieders herkenden zich niet in de gebruikte cijfers bij de voorlopige prestatiescore 2006. Wanneer alleen de MDS gebruikt wordt voor het bepalen van het productievolume ontstaat een prikkel om deze registratie te beïnvloeden wat niet controleerbaar en onwenselijk is.

Ook aan het gebruik van het jaardocument kleven zowel voor- als nadelen. Zo is het onzeker of jaardocument tijdig beschikbaar is. Hier staat tegenover dat de definities in het jaardocument goed aansluiten op de voor de berekening benodigde informatie. Een belangrijk voordeel van het jaardocument is dat deze voorzien is van een accountantscontrole.

12.3 Consultatievraag

11 Welke bron heeft uw voorkeur bij de bepaling van het productievolume?
--

13. Productmixindex

De NZa gebruikt de productmixindex (PMI) op twee verschillende momenten:

1. Vóóraf bij de berekeningen voor het prijsplafond.
2. Achteraf bij de toetsing aan het prijsplafond.

Zorgaanbieders met relatief complexe en kostbare zorg moeten kostendekkende prijzen kunnen vragen. De PMI corrigeert voor complexe en dure zorg. Een correcte berekening van de PMI is daarom van belang.

In de eerste fase van de consultatie is aangegeven dat de NZa gegevens uit dezelfde jaren moet gebruiken voor de berekeningen. Daarnaast is aangegeven dat de kwaliteit van de aanleveringen van data door de instellingen aan het DIS te wensen over laat. Ook is aangegeven dat er geen terugkoppeling vanuit het DIS plaatsvindt, waardoor de kwaliteit van de data niet verbetert.

13.1 Probleemstelling

Om aansluiting te maken met het budget zou de PMI moeten worden berekend op basis van de geopende en afgesloten DBC's in 2007, het onder handen werk ultimo 2007 en de activiteiten van de overloop DBC's uit 2006 die in 2007 plaatsvinden. Voor de overloop DBC's kan de NZa geen gewicht vaststellen, waardoor de optie voor het gebruik van het onder handen werk afvalt.

De berekening van de PMI kan de NZa uitvoeren op basis van de volgende opties:

1. Op basis van geopende producten in de periode juli 2006 - juli 2007.
2. Op basis van afgesloten producten 2007.

Het voordeel van de berekening van de PMI op basis van afgesloten DBC's is dat de berekeningen plaatsvinden op basis van de meest recente gegevens.

Het voordeel van het gebruik van geopende producten is dat de berekening aansluit bij de wijze waarop de NZa gaat toetsen aan de prijsplafonds.

De berekende PMI voor de vaststelling van het prijsplafond biedt geen garanties voor de definitieve PMI bij toetsing aan het prijsplafond. De definitieve PMI wordt achteraf vastgesteld op basis van geopende DBC's 2009.

13.2 Zienswijze

Beide opties sluiten niet volledig aan bij de gebruikte budgetinformatie. De veronderstelling die in beide gevallen gemaakt wordt is dat het onder handen werk ultimo 2006 gelijk is aan het onder handen werk ultimo 2007.

Daarbij sluit de eerste methode aan bij de wijze waarop uiteindelijk getoetst wordt of het prijsplafond wordt overschreden. De tweede methode sluit beter aan bij het jaar waarop alle berekeningen betrekking hebben.

13.3 Consultatievraag

12 Welke optie heeft uw voorkeur voor de berekening van de productmixindex?

14. Voorzienbaarheid

Door de invoering van maatstafconcurrentie in 2009 zullen instellingen het risico lopen op boetes bij overschrijding van het prijsplafond. Dit is het geval indien in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars te hoge prijzen worden vastgesteld.

Voor het vaststellen van de prijzen worden zorgaanbieders geconfronteerd met het probleem dat het volume van de uitgevoerde DBC's niet exact in een vroegtijdig stadium vastgesteld kan worden. Dit komt doordat de definitieve DBC pas bij sluiting wordt vastgesteld. Bijsturing van het (prijs)beleid om binnen de grenzen van de maatstaf te blijven is hierdoor lastig.

14.1 Probleemstelling

Zorgaanbieders moeten in staat worden gesteld om gedurende het jaar het prijsbeleid bij te stellen, zodat eventuele boetes kunnen worden voorkomen.

14.2 Zienswijze

De NZa werkt momenteel een model uit waarmee op basis van een volumeraming van de instelling kan worden nagegaan of de totale declaraties binnen het prijsplafond blijven. Het rekenmodel stelt instellingen in staat om op ieder moment van het jaar de eigen PMI te berekenen, waardoor inzicht wordt verkregen in de prestaties ten opzichte van het prijsplafond.

Ziekenhuizen zullen voor het invullen van het model zelf een raming moeten maken van het aantal DBC's dat wordt uitgevoerd. Voor 1 april 2008 zal een eerste versie van het rekenmodel worden uitgegeven. Op 1 oktober 2008 volgt het definitieve model.

De NZa zal een aantal zorgaanbieders benaderen voor de consultatie ten behoeve van het rekenmodel. Indien u hierbij betrokken wilt worden kunt u dit aangeven bij daisy@nza.nl. In totaal zal de NZa een vijftal verschillende instellingen benaderen. De consultatie zal plaatsvinden in begin februari 2008.

15. Voorlopige afrekening

De NZa stelt het definitieve prijsplafond vast op basis van de geopende DBC's in een jaar. Dit kan pas definitief plaatsvinden op het moment dat alle producten (DBC's) definitief zijn afgesloten. Dit betekent dat de definitieve vaststelling plaatsvindt in t+2, omdat op dat moment pas de informatie ten aanzien van alle afgesloten DBC's beschikbaar is.

15.1 Probleemstelling

Tijdens de eerste fase van de consultatie hebben veel instellingen gereageerd op de tijd die zit tussen het afsluiten van het jaar en de definitieve toetsing aan hun prijsplafond. Zorgaanbieders gaven aan dat zij geen gelegenheid hebben om hun beleid bij te stellen als de definitieve vaststelling van de mogelijke overschrijding van het prijsplafond pas in jaar t+2 plaatsvindt.²

Dit is een probleem doordat de maatstaf voor 3 jaar gaat gelden en een mogelijke overschrijding over 2009 pas in 2011 kan worden vastgesteld. Bijsturing van beleid is dan niet meer mogelijk binnen de periode van maatstafconcurrentie.

Een inflexibele zorginkoopmarkt voor medisch specialistische zorg als gevolg van de afhandelingstermijn van de definitieve afrekening is zeer ongewenst. Dit leidt tot onnodige boetes voor zorgaanbieders, onnodig hoge declaraties voor zorgverzekeraars en uiteindelijk onnodig hoge premies voor verzekerden. Hoe eerder informatie over de afrekening beschikbaar is, hoe eerder zorgaanbieders kunnen bijsturen.

15.2 Zienswijze

Om zorgaanbieders eerder inzicht te geven in hun mogelijke overschrijdingen zal de NZa in juli 2010 op basis van voorlopige cijfers een voorlopige afrekening uitvoeren. De voorlopige afrekening is niet bindend en geeft slechts een indicatie van de overschrijding.

Eventuele verschillen tussen de definitieve afrekening en de voorlopige afrekening zal de NZa door middel van een heffingsrente compenseren.³ Bij de voorlopige afrekening wordt geen boete opgelegd. De boete wordt alleen opgelegd bij een definitieve constatering van een overschrijding.

Voor de voorlopige afrekening is informatie nodig over de totale declaratieomvang, de PMI en het totale productievolume. De declaratieomvang en het totale productievolume zal de NZa overnemen uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, deze is in juni t+1 beschikbaar.

² Een reactie schetste dat zorgaanbieders in dat geval gedurende de drie jaren dat de prijsplafonds van kracht zijn, slechts één keer hun onderhandelstrategie met zorgverzekeraars kunnen wijzigen.

³ Zorgaanbieders ontvangen van de NZa rente over het te veel betaalde bedrag als de definitieve afrekening lager is dan de voorlopige.

16. Categoriële instellingen

Voor de categoriële instellingen⁴ wijkt het DBC-invoeringstraject af van de algemene en academische ziekenhuizen. De categoriële instellingen krijgen daarom speciale aandacht bij de invoering van prestatiebekostiging. In de eerste fase van de consultatie heeft de NZa de vraag gesteld welke gegevens de NZa kan gebruiken voor de berekening van de productiviteitsscores van categoriële instellingen. De meest voorgestelde oplossing voor categoriële instellingen waarvoor per 1-1-2009 geen DBC-prestaties zijn vastgesteld is om de budgetparameters als producten te hanteren binnen de prestatiebekostiging.

Voor de categoriële instellingen voor dialyse, radiotherapie en audiologie is de DBC-productstructuur vastgesteld. Deze instellingen hebben een informatieverplichting aan de MDS via DIS. Een aantal instellingen heeft echter niet aan de aanleverplicht voldaan. Voor de overige drie typen categoriële instellingen is de productstructuur in ontwikkeling. Het uitgangspunt in de aanwijzing is dat per 1 januari 2009 voor categoriële instellingen prestatiebekostiging wordt ingevoerd.

De NZa en alle zorgaanbieders hebben belang bij een werkbare productstructuur die goed aansluit bij de doelstellingen van prestatiebekostiging. Het vormgeven van de productstructuur behoort tot de werkzaamheden van DBC-Onderhoud.

16.1 Probleemstelling

Ook als in 2008 een nieuwe productstructuur wordt opgeleverd, is nog niet alle informatie beschikbaar voor de berekening van de prijsplafonds. De NZa is op zoek naar alternatieve informatie voor de berekening van de prijsplafonds.

16.2 Zienswijze

De NZa kiest ervoor de volgende methoden voor categoriële instellingen toe te passen, afhankelijk van de voortgang in het DBC-ontwikkelingstraject voor het type categoriële instelling:

1. *Categoriële instellingen die in 2007 al DBC's declareren en aan MDS aanleveren*
Deze instellingen volgen het traject van prestatiebekostiging zoals ook geldt voor algemene en academische instellingen. Voor invoering van prestatiebekostiging voor deze instellingen is de handhaving van de Nadere Regel MDS van belang. De termijnen van de handhavingprocedure zijn erop gericht dat per 1 juni 2008 alle MDS-informatie over 2007 bij DIS aangeleverd is.
2. *Categoriële instellingen die in 2008 starten met DBC's en ook tijdig informatie kunnen aanleveren over de 2007-productie in termen van DBC's*
Deze instellingen starten in 2009 ook met prestatiebekostiging op basis van DBC's. Het individuele prijsplafond in 2009 wordt dan voor 100% gebaseerd op historische kosten. Vanaf 2010 wordt het doelmatige kostenniveau gelijkmatig ingefaseerd en de historische kosten uitgefaseerd tot 0% van de historische kosten

⁴ Dit zijn de instellingen voor dialyse, radiotherapie, audiologie, revalidatie, longastma en epilepsie.

per 2012.⁵ Om voor deze methode in aanmerking te komen moet uiterlijk 1 juli 2008 de benodigde informatie (DBC-structuur en volume-informatie per instelling) voor het prijsplafond rechtstreeks bij de NZa zijn aangeleverd.

3. *Categorale instellingen die in 2008 niet tijdig informatie kunnen aanleveren over de 2007-productie, of die geen DBC's hebben*
Voor deze instellingen worden de bestaande FB-parameters en verrichtingen gehanteerd als producten binnen de prestatiebekostiging. Voor de instellingen waarvoor in 2008 geen DBC's zijn vastgesteld wordt per 1 januari 2009 prestatiebekostiging ingevoerd, op basis van de reeds bestaande budgetparameters. Daarbij geldt in 2009 een budget dat voor 75% is gebaseerd op historische kosten, gelijk aan dat bij de ziekenhuizen.

Indien instellingen erin slagen om vóór 1 juli 2008 geaccordeerde DBC-prestaties, volumedata en gewichten aan te leveren bij de NZa, kan per 1 januari 2009 prestatiebekostiging plaatsvinden op basis van DBC's. In dat geval geldt voor 2009 een prijsplafond dat voor 100% is gebaseerd op de historische kosten van 2007. In de periode tot 2012 neemt de invloed van de maatstaf dan stapsgewijs toe tot 75% in 2011.

Wanneer categorale instellingen niet tijdig informatie aanleveren betekent dit dat voor gelijke zorg verschillende vormen van bekostiging bestaan.

16.3 Gegevensverzoek categorale instellingen

De NZa vraagt informatie op bij verschillende typen categorale instellingen.

1. *Nieuwe productstructuur 2008*
Voor categorale instellingen waarvoor in de loop van 2008 een nieuwe productstructuur wordt ontwikkeld, moeten tellingen van de productieaantallen 2007 beschikbaar zijn in deze nieuwe productstructuur. De NZa vraagt deze instellingen om de tellingen van de productieaantallen 2007 aan te leveren bij de NZa. Een sjabloon hiervoor komt beschikbaar op de website van de NZa (www.nza.nl).
2. *Geen productie 2007 aan MDS aangeleverd*
Voor categorale instellingen die pas sinds 1-1-2007 de MDS registreren via DIS kan de NZa in 2008 geen prestatiescore berekenen.

Om voor deze instellingen per 1 april prestatiescores te kunnen berekenen, vraagt de NZa deze instellingen om een samenvatting van de productieaantallen toe te sturen aan de NZa (daisy@nza.nl). Het betreft tellingen van producten die in 2007 zijn gedeclareerd. Deze informatie moet aangeleverd worden in hetzelfde sjabloon als hierboven beschreven. Dit gegevensverzoek zal tevens separaat aan deze instellingen toegezonden worden.

Via een MDS-handhavingstraject zullen deze instellingen aangespoord worden de MDS registratie 2007 in DIS tijdig volledig te maken.

⁵ Aangezien het systeem van prijsplafonds volgens planning eindigt per 2012, wordt de situatie waarin prijsplafonds voor 100% op doelmatige kosten gebaseerd zijn, wellicht nooit bereikt.

17. Eerstelijns zorgaanbieders

Huisartsenlaboratoria en trombosediensten leveren zorg die ook in ziekenhuizen kan worden geleverd. Dit betekent dat deze zorg onder één van de segmenten van maatstafconcurrentie moet komen te vallen. Er moet immers sprake zijn van gelijke bekostiging van vergelijkbare zorg.

17.1 Probleemstelling

Huisartsenlaboratoria en trombosediensten hebben echter geen aanleververplichting aan het DIS. Hierdoor is het op dit moment niet mogelijk om voor de huisartsenlaboratoria en trombosediensten een prijsplafond te bepalen.

17.2 Zienswijze

De NZa onderscheidt twee opties voor de huisartsenlaboratoria en de trombosediensten:

1. Informatie opvragen voor het vaststellen van een prijsplafond;
2. De landelijke maatstaf als prijsplafond vaststellen.

Om een prijsplafond te berekenen heeft de NZa informatie over productieaantallen van de individuele huisartsenlaboratoria en trombosediensten nodig. Deze informatie is op dit moment echter niet beschikbaar. Als wordt gekozen voor deze optie, dan krijgen deze instellingen vanaf 2009 de verplichting om hun productieaantallen aan te leveren aan DIS. De NZa heeft deze informatie nodig om het prijsplafond te berekenen.

Een tweede mogelijkheid is om voor deze instellingen het prijsplafond gelijk te stellen aan de maatstaf. De historische component is dan dus niet meegenomen. Op deze manier hoeven de instellingen vooraf geen gegevens aan te leveren. Een voordeel is dat individuele berekeningen niet noodzakelijk zijn. Een nadeel is dat er geen sprake is van gelijke zorg en gelijke regulering, doordat voor ziekenhuizen een infasering geldt.

17.3 Consultatievragen

- | |
|--|
| <p>13. Welke optie voor de huisartsenlaboratoria heeft uw voorkeur?</p> <p>14. Welke optie voor de trombosediensten heeft uw voorkeur?</p> |
|--|