

**Conceptrapportage ten behoeve van
klankbordgroep 6**

Impactanalyse DOT Honorariumtarieven

Deel 2

Inhoud

1. Inleiding	5
2. Doelstelling	5
3. Referentie voor beoordeling	6
4. Onderzoeksopzet	7
4.1 Gehanteerde data	7
4.2 Uitgevoerde analyses	8
4.2.1 Uitgevoerde analyses op instellingsniveau	8
4.2.2 Uitgevoerde analyses op specialisme niveau	8
4.2.3 Relatie tussen de omzet DOT en de omzetplafonds	8
5. Onderzoeksresultaten	9
5.1 De spreiding tussen de zorginstellingen	9
5.1.1 Spreiding per instelling voor de vrijgevestigde specialisten	9
5.1.2 Spreiding per instelling voor specialisten in dienstverband	11
5.2 De spreiding binnen specialismen	14
5.2.1 Spreiding tussen specialismen voor de vrijgevestigde	14
5.2.2 Spreiding tussen specialismen voor de specialisten in dienstverband	16
5.3 Het verschil tussen de omzet DOT en de omzetplafonds	19
6. Conclusie en consultatievraag	21

1. Inleiding

Op 19 juli 2011 heeft de NZa het eerste deel van de impactanalyses met betrekking tot de honoraria DOT aan de leden van de klankbordgroep verstuurd. In dit document zijn de aanvullende impactanalyses opgenomen. In klankbordgroep 6 op 28 juli 2011 zal de NZa de beiden delen uitvoerig toelichten. Daarna wordt de klankbordgroep nog in de gelegenheid gesteld om schriftelijk te reageren.

In dit document worden de aanvullingen ten opzichte van het document impactanalyses deel 1 beschreven. Beiden documenten dienen in samenhang gezien te worden. Er is voor gekozen om geen dubbelingen aan te brengen in de tekst. Daarom wordt op onderdelen verwezen naar de teksten uit het eerste document.

2. Doelstelling

Het doel van de impactanalyse is om de gevolgen van de tarieven 2012 ten opzichte van 2011 voor de zorgaanbieders in beeld te brengen. Het gaat hierbij om de verschuivingen van omzetten tussen 2011 (DBC systeem) en 2012 (DOT zorgproducten). Het effect van de wijziging van de tarieven wordt hiermee onderzocht.

Deze impactanalyses die uitgevoerd worden in deel 2 dienen de volgende doelen:

1. Aanvulling van de analyses op het niveau van de zorginstelling.

In impactanalyse deel 1 zijn reeds analyses op het niveau van de zorginstelling uitgevoerd en gepresenteerd. In het eerste deel is echter geen relatie gelegd met de omzet in termen van DBC's en omzet in termen van DOT. In dit document worden de analyses op dit vlak aangevuld.

2. In beeld brengen van de spreiding in de verwachte omzet op het niveau van het medische specialisme

In dit deel wordt een verdiepende analyses uitgevoerd naar de spreiding van de omzet per fte binnen het specialisme. Verschillende groepen van specialisten van hetzelfde vakgebied worden tussen zorginstellingen vergeleken.

3. In beeld brengen van de verhouding tussen de verwachte omzet en de omzetplafonds

Het effect van de DOT honorariumtarieven wordt in samenhang met de omzetplafonds¹ geanalyseerd. Hierbij wordt per instelling bekeken in hoeverre de verwachte DOT omzet van vrijgevestigde medisch specialisten afwijkt van de omzetplafonds.

¹ Voor achtergronden zie ook de website van de NZa:
http://www.nza.nl/104107/105763/211409/Consultatiedocument_prestatiebekostiging_medisch_specialistische_zorg.pdf, hoofdstuk 9.

3. Referentie voor beoordeling

De NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van (honorarium)tarieven die kostendekkend zijn voor een gemiddelde zorgaanbieder. In totaliteit moet een honorariumomzet gerealiseerd kunnen worden die redelijk wordt geacht.

Per 2012 wordt een verdeling van de honorariumomzet binnen de zorginstelling gefaciliteerd door de invoering van het beheersmodel. Ook in de huidige situatie zijn er mogelijkheden om de DBC-opbrengsten achter de voordeur te herverdelen, maar het beheersmodel voorziet hierin expliciet.

Hieruit volgt dat van belang is dat er op instellingsniveau een redelijke gemiddelde omzet gerealiseerd kan worden op basis van de DOT honorariumtarieven. De aard en de mate van de spreiding van de gemiddelde honorariumomzet op instellingsniveau is de hoofdtoets bij de beoordeling van de DOT honorariumtarieven 2012.

Bij de keuze van de methodiek is er vanuit gegaan dat elk product een gelijk honorariumtarief kent, ongeacht of deze wordt uitgevoerd door een specialist werkzaam in dienstverband of een vrijgevestigde medisch specialist. De hoogte van de tarieven is zodanig vastgesteld dat aansluiting wordt gerealiseerd met de beschikbare middelen voor vrijgevestigde medisch specialisten. Uitgangspunt bij de beoordeling is dat de tarieven vrijgevestigde medisch specialisten kostendekkend zijn, en dit ook voor de medisch specialisten in dienstverband het geval dient te zijn.

Bij de beoordeling van de redelijkheid van tarieven, wordt naar twee referentiepunten gekeken.

Ten eerste wordt gekeken naar het omzetniveau dat per 2012 gemiddeld genomen beschikbaar wordt gesteld door het ministerie van VWS. Dit ligt voor 2012 gemiddeld genomen op € 270.000 voor een vrijgevestigde medisch specialist. Ten tweede wordt bij de beoordeling van de situatie per 2012 een eerder gehanteerde norm betrokken; de normomzet dat ten grondslag ligt aan het uurtarief. Per 2011 ligt de normomzet iets lager dan € 220.000 per vrijgevestigd medisch specialist.

In deze impactanalyse staat de beoordeling van de honorariumtarieven centraal. Voor de omzet die op instellingsniveau per 2012 kan worden gerealiseerd zijn niet uitsluitend de tarieven relevant. Het omzetplafond is bepalend voor het maximaal te declareren bedrag. De discrepantie tussen beiden wordt per instelling in beeld gebracht.

4. Onderzoekopzet

4.1 Gehanteerde data

De volgende gegevens zijn gebruikt bij de berekening van de impact. Deze komen overeen met de data die gebruikt zijn voor de berekening van de honorariumtarieven.

1. BKZ bedrag
2. FTE-cijfers afkomstig van DHD (verrijkt met capita data uit de gegevensuitvraag ten behoeve van beheersmodel medisch specialisten 2012)
3. DOT-productieaantallen afkomstig uit het DIS (verrijkt met data van zorgverzekeraars)
4. Honorariumomzetten uit gegevensuitvraag ten behoeve van beheersmodel medisch specialisten 2012
5. concepttarieven 2012

Zoals aangegeven is de doelstelling om de impact van de overgang van DBC tarieven in 2011 naar DOT tarieven in 2012 zo goed mogelijk in beeld te brengen. Het volume dat gehanteerd wordt in de analyse voor beide jaren (2011 en 2012) is afgeleid van de DBC productie in het jaar 2009.

Per 2010 en 2011 zijn kortingen doorgevoerd op de honorariumtarieven van medisch specialisten ten opzichte van de situatie in 2009 (inclusief de ondersteunerscompensatie correctie en de jaarlijkse uurtariefindexatie). De omzetten 2009 (uit de uitvraag voor het beheersmodel medisch specialisten) zijn daarom voor bovenstaande gecorrigeerd. Hiermee is een zo goed mogelijke benadering gehanteerd om de situatie per 2011 te schetsen.

De impactanalyses zijn uitgevoerd voor de zorginstellingen waarvan de data is meegenomen in de tariefberekening. Bij de tariefberekening is de keuze gemaakt om een deel van de zorginstellingen buiten beschouwing te laten omdat van die instellingen geen betrouwbare data voor handen is. Op grond van dit zelfde argument worden deze instellingen ook in de impactanalyses buiten beschouwing gelaten.²

Er zijn in totaal 1.135 praktijkgroepen aangemerkt als vrijgevestigd. Hiervan zijn er 1.086 meegenomen in de impactanalyses. Er zijn 49 praktijkgroepen uit de analyses verwijderd. 44 stuks zijn verwijderd vanwege de beperkte omvang (0,1 fte of lager). De kans op uitschieters in termen van omzet per fte is bij deze praktijkgroepen te groot. De overige 5 praktijkgroepen die zijn verwijderd betreffen het specialisme radiotherapie. Van dit specialisme is bekend dat er een onvolkomenheid is opgetreden bij de berekening van de concepttarieven. De omzetverschuiving van DBC naar DOT is voor de resterende 1.086 praktijkgroepen weergegeven in de figuur 6.

Van een aantal instellingen die wel mee is genomen in de tariefberekening, is geen omzetdata beschikbaar ten behoeve van de omzetplafonds (omzet data 2009 die gehanteerd wordt als benadering voor 2011). De betreffende zorgaanbieders hebben uitsluitend

² Voor een beschrijving van de (totstandkoming van) de dataset en de selectie van de zorgaanbieders, wordt verwezen naar het "20120101 Gebruikersdocument uitlevering deel 2 v20110701" te vinden op de website van DBC-Onderhoud.

specialisten in dienstverband werkzaam. Deze zorgaanbieders vallen daarom buiten het beheersmodel. Het betreft 2 epilepsiecentra, 3 dialysecentra en 1 vakgroep kindergeneeskunde.

4.2 Uitgevoerde analyses

Om de in het vorige hoofdstuk genoemde spreidingen in omzet te analyseren en te beoordelen wordt eenzelfde analyses uitgevoerd als genoemd in impactanalyse deel 1, te weten: de spreidingsdiagram. Daarnaast wordt vervolgens een uitbuitinganalyse uitgevoerd. Dit komt erop neer dat de meest uiteenlopende waarnemingen nader geanalyseerd worden.

4.2.1 Uitgevoerde analyses op instellingsniveau

De eerste stap in de analyse is het in kaart brengen van de omzetverschuivingen die het gevolg zijn van de overgang van DBC's naar DOT zorgproducten. De zorginstellingen waarbij de afwijkingen het grootst zijn, worden nader geanalyseerd. Dit wordt achtereenvolgens voor de vrijgevestigde medisch specialisten en de specialisten werkzaam in dienstverband uitgevoerd.

4.2.2 Uitgevoerde analyses op specialisme niveau

Hierbij gaat het om analyses van de ontwikkelingen tussen 2011 en 2012 binnen een specialisme. Per specialisme wordt in beeld gebracht welke praktijkgroepen (per zorginstelling) een omzetstijging kennen door de overgang van DBC's op DOT en voor welke praktijkgroepen het tegenovergestelde geldt. Op deze wijze wordt het effect van de nieuwe normtijden (die fungeren als verdeelsleutels) in beeld gebracht.

Allereerst worden praktijkgroepen met de grootste verschuivingen van omzet tussen 2011 (DBC's) en 2012 (DOT) in beeld gebracht. Vervolgens wordt onderzocht of de grootste verschuivingen geconcentreerd zijn bij een beperkt aantal specialismen of instellingen. Nagegaan wordt hoe de resulterende omzet per fte voor deze praktijkgroepen zich verhoudt tot de in hoofdstuk 3 beschreven referentiepunten. Vervolgens wordt nagegaan of de grootste afwijkingen geconcentreerd zijn bij een beperkt aantal zorgaanbieders.

4.2.3 Relatie tussen de omzet DOT en de omzetplafonds

In deze paragraaf worden de verschillen tussen de verwachte DOT omzet en de voorlopige in concept berekende omzetplafonds berekend en gepresenteerd.

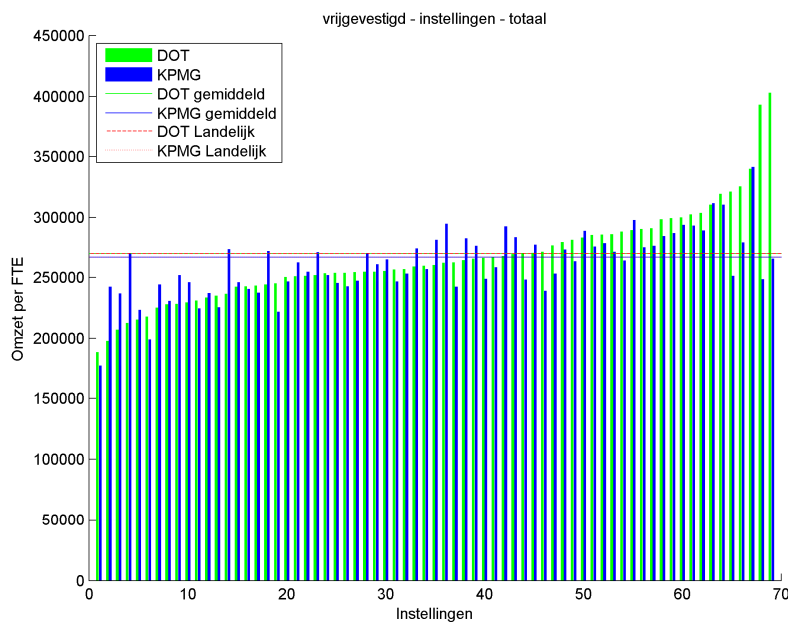
5. Onderzoeksresultaten

5.1 De spreiding tussen de zorginstellingen

In deze paragraaf worden de uitkomsten gepresenteerd waarbij een aggregatie van honorariumomzetten 2011 en 2012 plaats heeft gevonden op instellingsniveau.

5.1.1 Spreiding per instelling voor de vrijgevestigde specialisten

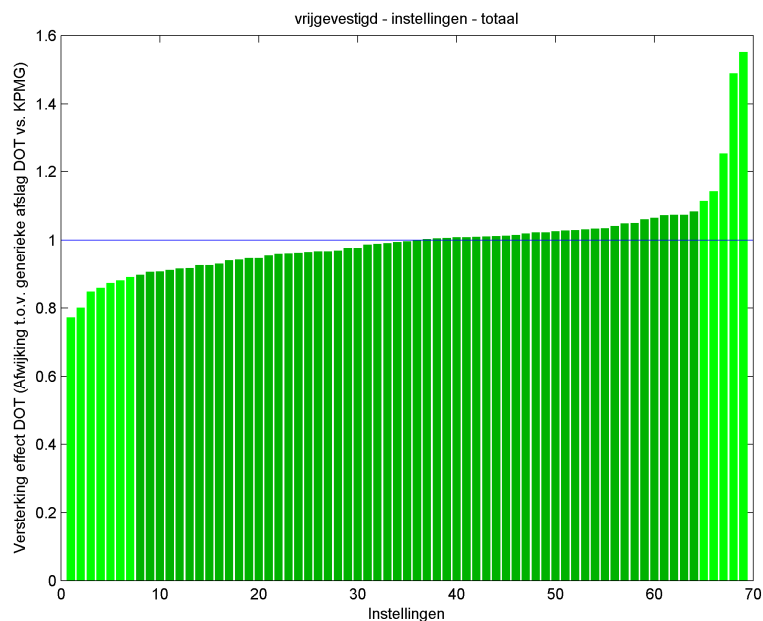
Figuur 1 omzet per fte vrijgevestigd specialist 2011 en 2012



In de bovenstaande figuur is per instelling voor de vrijgevestigde specialisten de DBC omzet 2011 (afgeleid van de uitvraag ten behoeve van de omzetplafonds, gecorrigeerd voor de tariefwijzigingen tussen 2009 en 2011) en de omzetten in termen van DOT 2012 weergegeven.

In de onderstaande figuur is de verhouding in de omzet in termen van DOT 2012 ten opzichte van DBC omzet 2011 weergegeven per zorginstelling. Het bevat een combinatie van de gegevens per instelling in de hiervoor genoemde tabel (te weten: de omzetten van beiden jaren). De zorginstellingen die in het lichtgroen zijn liggen meer dan één standaardafwijking van de gemiddelde verhouding.

Figuur 2 verhouding omzet per fte vrijgevestigd specialist 2011 en 2012



De lichtgroen gekleurde instellingen zijn nader geanalyseerd. De gemiddelde omzet voor en na invoering van DOT is in beeld gebracht. In de onderstaande tabel zijn de 12 zorginstellingen opgenomen waarbij de honorariumomzet gemiddeld genomen het sterkst daalt of stijgt in absolute termen (euro bedragen) weergegeven. De gemiddelde verwachte omzet 2012 voor specialisten werkzaam in vrije vestiging is €270.000 per FTE.

Tabel 1. Grootste verschuivingen in omzet per fte tussen 2011 en 2012 vrijgevestigde medisch specialisten

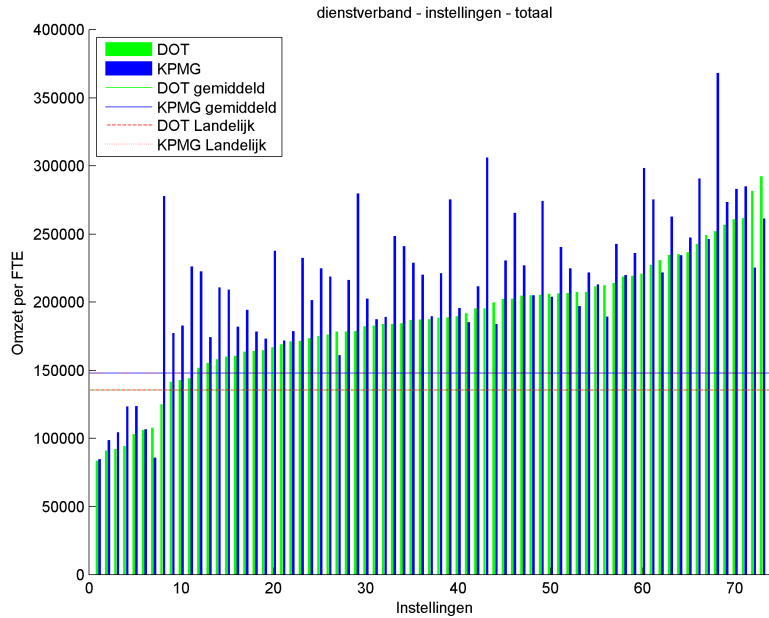
Ziekenhuis	Categorie	omzet per fte KPMG (2011)	omzet per fte DOT (2012)	afwijking tov € 270.000
A	ALG	€ 270.000	€ 210.000	€ -60.000
B	ALG	€ 240.000	€ 200.000	€ -70.000
C	STZ	€ 270.000	€ 240.000	€ -30.000
D	STZ	€ 240.000	€ 210.000	€ -60.000
E	ALG	€ 290.000	€ 260.000	€ -10.000
F	ALG	€ 270.000	€ 240.000	€ -30.000
G	ALG	€ 250.000	€ 230.000	€ -40.000
Ziekenhuis	Categorie	omzet per fte KPMG (2011)	omzet per fte DOT (2012)	afwijking tov € 270.000
H	ALG	€ 240.000	€ 270.000	€ 0
I	ALG	€ 280.000	€ 330.000	€ 60.000
J	CAT	€ 250.000	€ 320.000	€ 50.000
K	ALG	€ 270.000	€ 400.000	€ 130.000
L	STZ	€ 250.000	€ 390.000	€ 120.000

data afgerond op 10.000 euro

5.1.2 Spreiding per instelling voor specialisten in dienstverband

Dezelfde analyse is ook gemaakt voor de omzet door specialisten in dienstverband, per instelling.

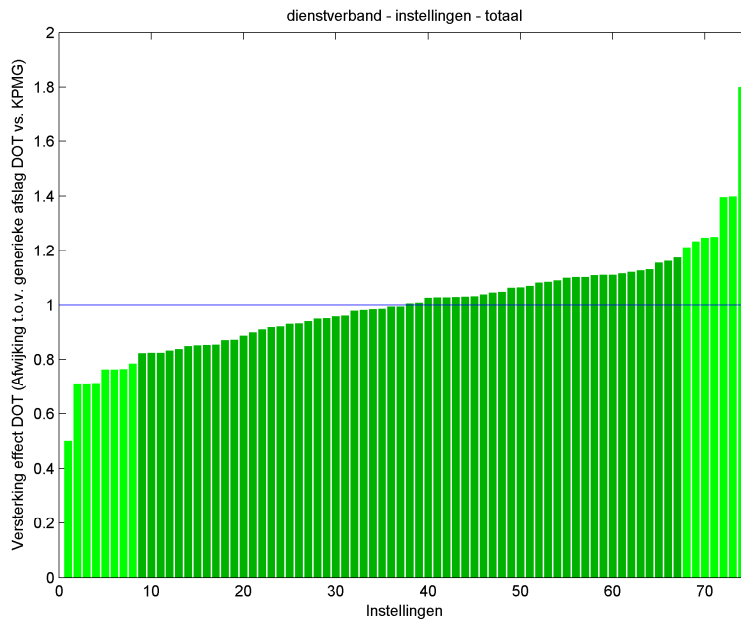
Figuur 3 omzet per fte specialist in dienstverband 2011 en 2012



In de bovenstaande figuur is per instelling voor de specialisten werkzaam in dienstverband de DBC omzet 2011 (afgeleid van de uitvraag ten behoeve van de omzetplafonds, gecorrigeerd voor de tariefwijzigingen tussen 2009 en 2011) en de omzetten in termen van DOT 2012 weergegeven.

In de onderstaande figuur is de verhouding in de omzet in termen van DOT 2012 ten opzichte van DBC omzet 2011 weergegeven per zorginstelling. Het bevat een combinatie van de gegevens per instelling in de hiervoor genoemde tabel (te weten: de omzetten van beiden jaren). De zorginstellingen die in het lichtgroen zijn liggen meer dan een standaardafwijking van de gemiddelde verhouding.

Figuur 4 verhouding omzet per fte specialist in dienstverband 2011 en 2012



De lichtgroen gekleurde instellingen zijn nader geanalyseerd. De gemiddelde omzet voor en na invoering van DOT is in beeld gebracht. In de onderstaande tabel zijn de 16 zorginstellingen opgenomen waarbij de honorariumomzet gemiddeld genomen het sterkst daalt of stijgt in absolute termen (euro bedragen) weergegeven. De gemiddelde verwachte omzet 2012 voor specialisten werkzaam in dienstverband is €150.000 per FTE. De instellingen met een afwijking van meer dan één standaardafwijking van het gemiddelde zijn nader in beeld gebracht in onderstaande tabel.

Tabel 2. grootste verschuivingen in omzet per fte tussen 2011 en 2012 medisch specialisten in dienstverband

Ziekenhuis	Categorie	omzet per fte KPMG (2011)	omzet per fte DOT (2012)	afwijking tov € 150.000
A	STZ	€ 280.000	€ 120.000	€ -30.000
B	OVERIG	€ 160.000	€ 90.000	€ -60.000
C	ALG	€ 310.000	€ 200.000	€ 50.000
D	ALG	€ 280.000	€ 180.000	€ 30.000
E	ALG	€ 230.000	€ 140.000	€ -10.000
F	STZ	€ 220.000	€ 150.000	€ 0
G	ALG	€ 370.000	€ 250.000	€ 100.000
H	STZ	€ 280.000	€ 190.000	€ 40.000
I	OVERIG	€ 110.000	€ 80.000	€ -70.000
J	STZ	€ 240.000	€ 170.000	€ 20.000
Ziekenhuis	Categorie	omzet per fte KPMG (2011)	omzet per fte DOT (2012)	afwijking tov € 150.000
K	ALG	€ 190.000	€ 210.000	€ 60.000
L	ALG	€ 220.000	€ 280.000	€ 130.000
M	UMC	€ 90.000	€ 110.000	€ -40.000
N	STZ	€ 230.000	€ 380.000	€ 230.000
O	OVERIG	€ 70.000	€ 120.000	€ -30.000
P	OVERIG	€ 70.000	€ 180.000	€ 30.000

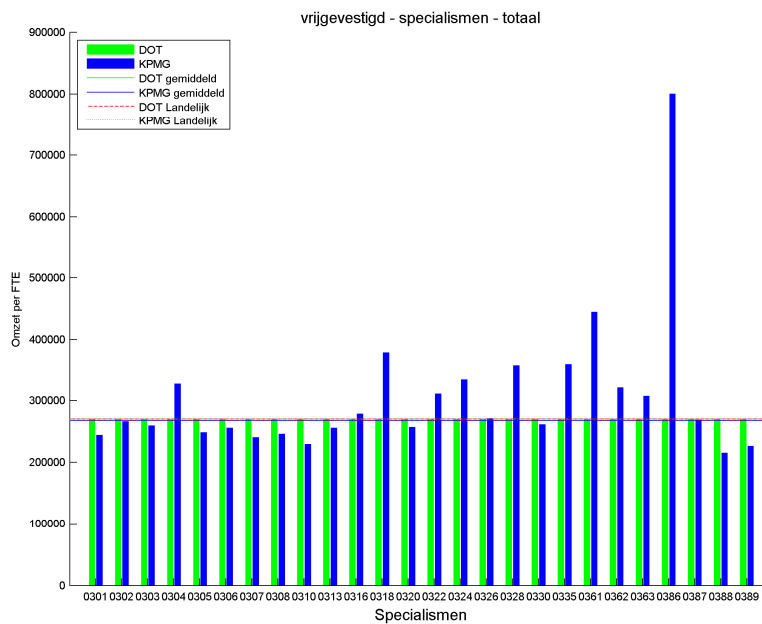
data afgerond op 10.000 euro

5.2 De spreiding binnen specialismen

In de eerstvolgende subparagraaf wordt de spreiding binnen het specialisme geanalyseerd voor uitsluitend de praktijkgroepen in vrije vestiging. In de daarop volgende subparagraaf worden deze analyses herhaald voor de specialismen in dienstverband.

5.2.1 Spreiding tussen specialismen voor de vrijgevestigde

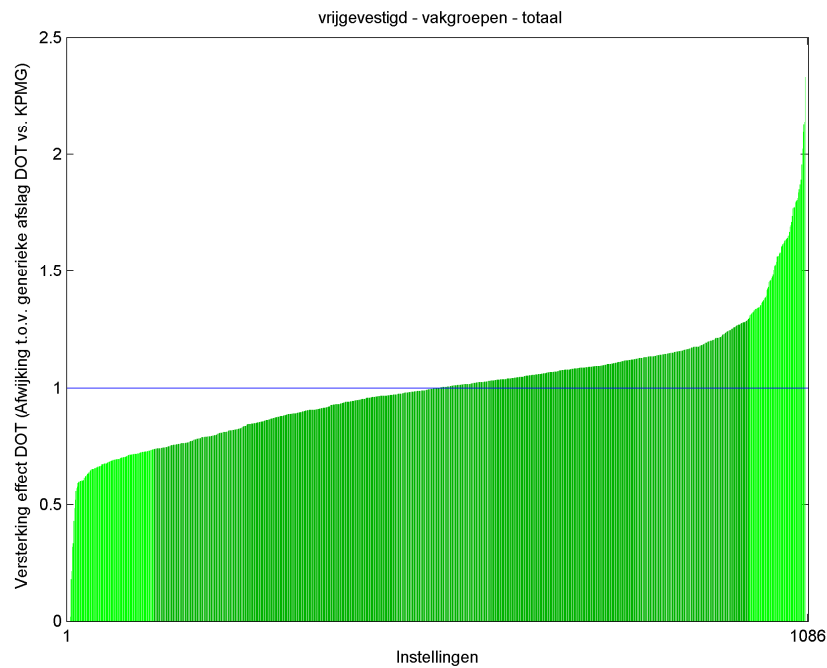
Figuur 5 gemiddelde omzet per vrijgevestigd specialist per specialisme 2011 en 2012



In de bovenstaande figuur is per specialisme voor de specialisten werkzaam in vrije vestiging de DBC omzet 2011 (afgeleid van de uitvraag ten behoeve van de omzetplafonds, gecorrigeerd voor de tariefwijzigingen tussen 2009 en 2011) en de omzetten in termen van DOT 2012 weergegeven.

In de onderstaande figuur is de verhouding in de omzet in termen van DOT 2012 ten opzichte van DBC omzet 2011 weergegeven per praktijkgroep (alle specialismen gezamenlijk) voor de specialisten werkzaam in vrije vestiging. De praktijkgroepen die in het lichtgroen zijn weergegeven liggen meer dan één standaardafwijking van de gemiddelde verhouding.

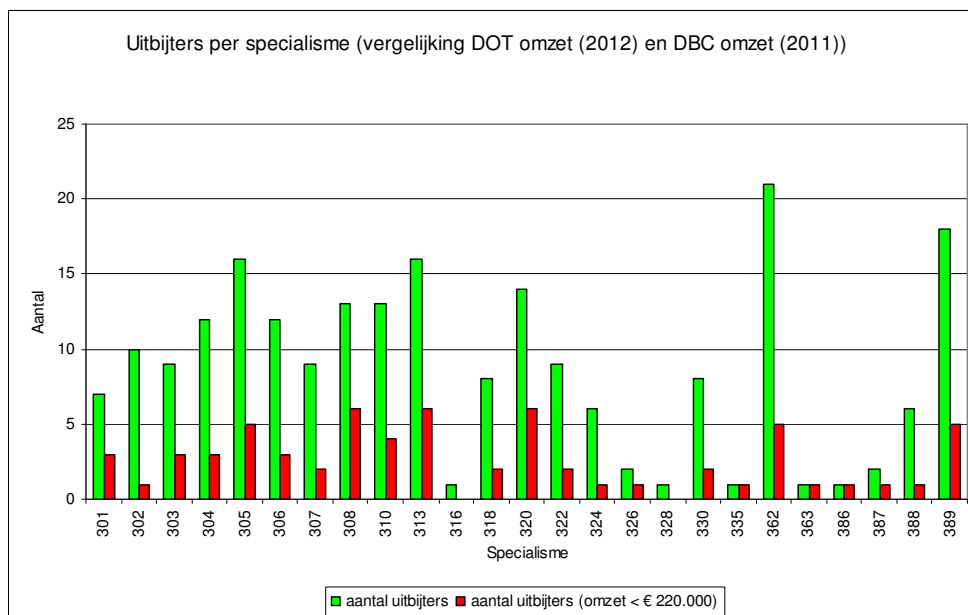
Figuur 6 verhouding omzet per fte specialist 2011 en 2012 voor alle praktijkgroepen in vrije vestiging



De lichtgroen gekleurde praktijkgroepen zijn nader geanalyseerd.

Van de vrijgevestigde praktijkgroepen hebben 216 een afwijking ten opzichte van het gemiddelde die groter is dan één standaardafwijking. Daarvan hebben 65 praktijkgroepen een verwachte DOT omzet die kleiner is dan € 220.000,- per fte vrijgevestigd medisch specialist. In onderstaande figuur is aangegeven in hoeverre de afwijkingen zich concentreren bij specialismen.

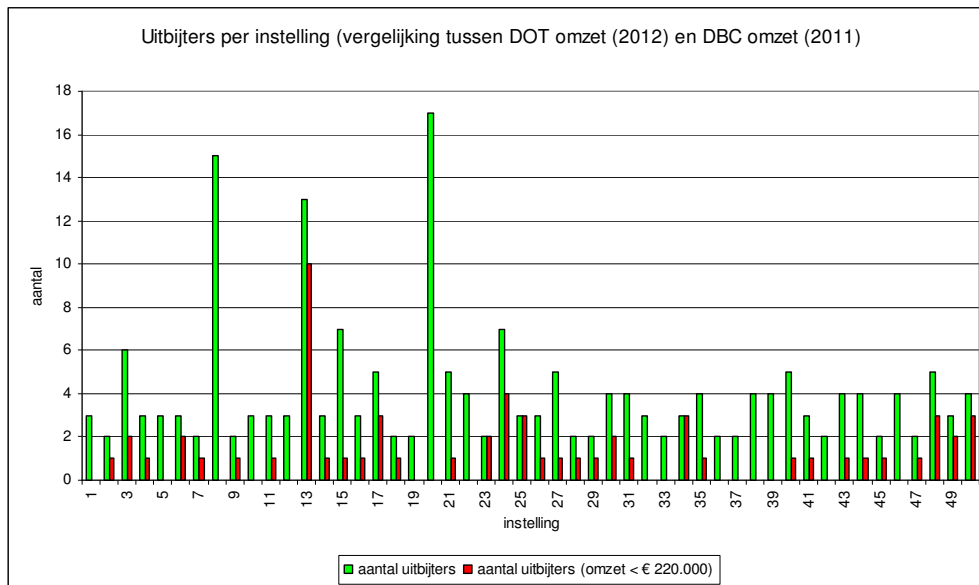
Figuur 7 analyse uitbijters vrijgevestigde praktijkgroepen per specialisme



In de bovenstaande grafiek is te zien dat de afwijkingen niet specialisme gebonden zijn. De afwijkingen komen bij alle specialismen voor.

In de volgende stap wordt gekeken in hoeverre de bovengenoemde en weergegeven afwijkingen zich concentreren bij de zorginstellingen. Het betreft een andere clustering van de 216 genoemde afwijkende praktijkgroepen.

Figuur 8 analyse uitbijters vrijgevestigde praktijkgroepen per zorginstelling

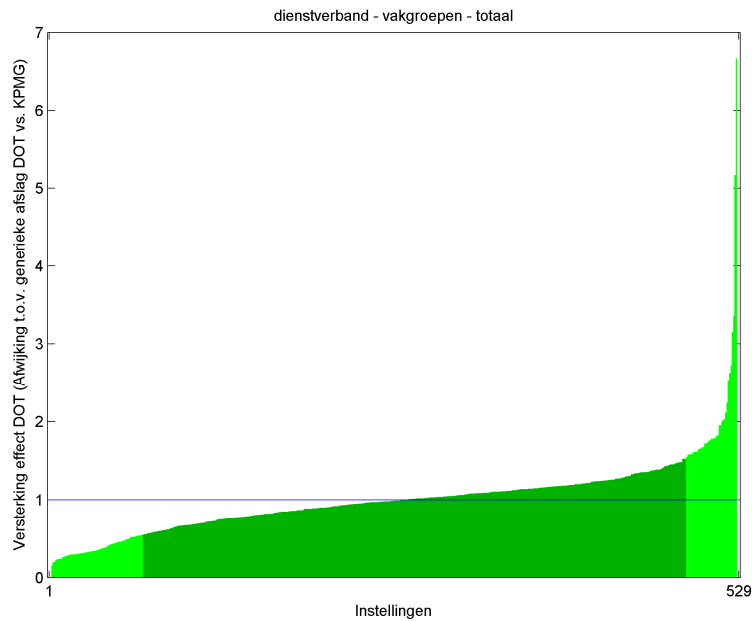


In de bovenstaande grafiek is te zien dat de afwijkingen sterk gespreid zijn. Wat wel opvalt is dat bij een drietal zorginstellingen, bijna alle specialismen tot de grote afwijkingen behoren. Bij twee van deze instellingen betreft het een bovengemiddelde omzet. Bij één instelling betreft het voor een merendeel van de praktijkgroepen een beneden gemiddelde omzet. Met het oog op de leesbaarheid zijn 13 instellingen niet opgenomen in de grafiek. Het betreft instellingen waarvoor 1 praktijkgroep een afwijking bevat.

5.2.2 Spreiding tussen specialismen voor de specialisten in dienstverband

In de onderstaande figuur is de verhouding in de omzet in termen van DOT 2012 ten opzichte van DBC omzet 2011 weergegeven per praktijkgroep voor de specialisten in dienstverband (alle specialismen gezamenlijk). De praktijkgroepen die in het lichtgroen zijn weergegeven liggen meer dan één standaardafwijking van de gemiddelde verhouding.

Figuur 9 verhouding omzet per fte specialist 2011 en 2012 voor alle praktijkgroepen in dienstverband

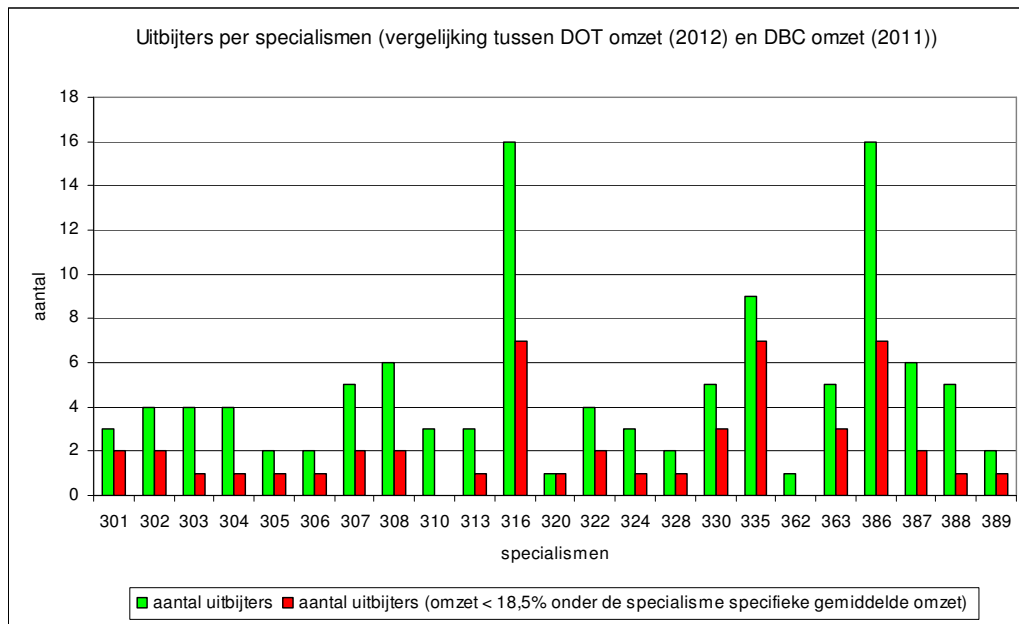


Het referentiepunt voor specialisten in dienstverband is afgeleid van het referentiepunt dat wordt gehanteerd bij de vrijgevestigde specialisten. Voor vrijgevestigde specialisten is de gemiddelde omzet € 270.000 ongeacht het specialisme. Daarnaast is de normomzet die ten grondslag ligt aan het uurtarief 2011 ongeveer € 220.000, dus een afwijking van € 50.000 ten opzichte van het gemiddelde. De gemiddelde honorariumomzet voor de specialisten in dienstverband is berekend op € 150.000. Bij de specialisten in dienstverband is de verhouding tussen € 50.000 en € 270.000 gehanteerd om op equivalente wijze een bandbreedte te bepalen. Deze bandbreedte komt uit op ongeveer 18,5 %. Deze bandbreedte is gehanteerd om praktijkgroepen die afwijken te bepalen (zie bovenstaande figuur).

Van de praktijkgroepen in dienstverband hebben 111 een afwijking ten opzichte van het gemiddelde die groter is dan één standaardafwijking. Daarvan hebben 49 praktijkgroepen een verwachte DOT omzet die kleiner is dan het gemiddelde van het betreffende specialisme in dienstverband minus 18,5%.

In onderstaande figuur is aangegeven in hoeverre de afwijkingen zich concentreren bij specialismen.

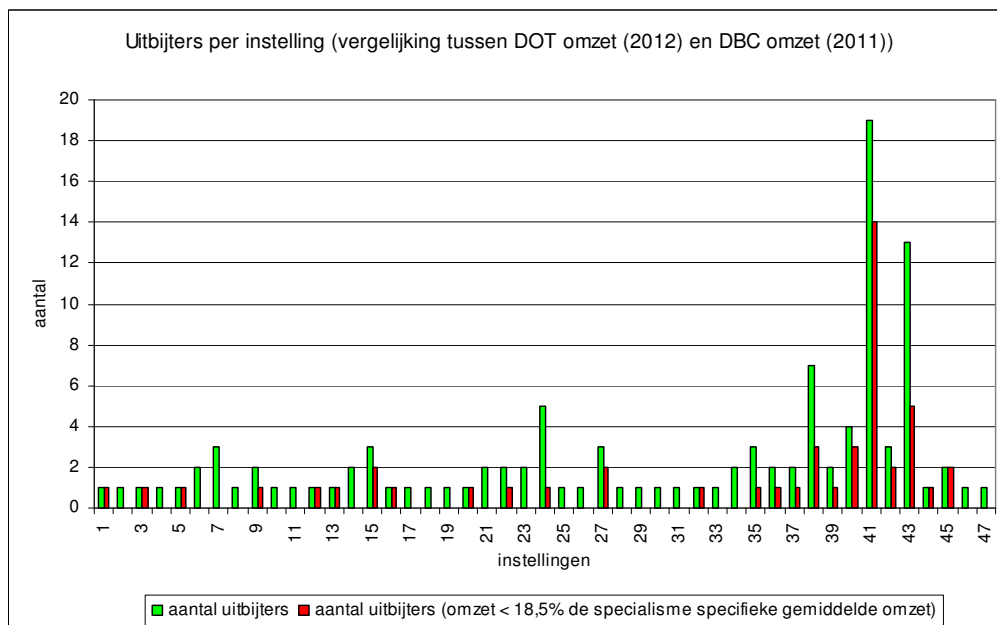
Figuur 10 analyse uitbijters praktijkgroepen in dienstverband per specialisme



In de bovenstaande grafiek is te zien dat de afwijkingen niet specialisme gebonden zijn. De afwijkingen komen bij alle specialismen voor.

In de volgende stap wordt gekeken in hoeverre de bovengenoemde en weergegeven afwijkingen zich concentreren bij de zorginstellingen. Het betreft een andere clustering van de 111 genoemde afwijkende praktijkgroepen.

Figuur 11 analyse uitbijters in dienstverband per zorginstelling



In de bovenstaande grafiek is te zien dat de afwijkingen gespreid zijn over meerdere zorginstellingen. Wat opvalt is dat bij twee zorginstellingen (nr. 41 en nr. 43), bijna alle specialismen tot de grote afwijkingen behoren. Binnen deze instellingen betreffen het

praktijkgroepen met zowel een afwijking naar boven en naar beneden. Hier is dus sprake van effecten die (deels) tegen elkaar wegvallen.

5.3 Het verschil tussen de omzet DOT en de omzetplafonds

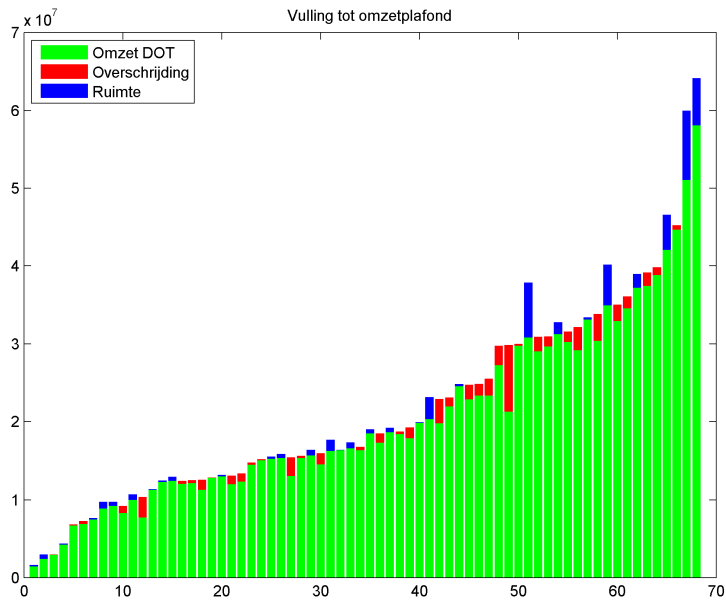
Op dit moment zijn de omzetplafonds van het beheersmodel nog niet beschikbaar. De omzetplafonds zijn in concept berekend op basis van voorlopige gegevens. Met deze voorlopige gegevens is gewerkt in deze paragraaf.

Voor het omzetplafond en voor de tariefberekening honoraria DOT 2012, wordt van de omzetgegevens 2009 uitgegaan zoals uitgevraagd door KPMG in opdracht van de NZa. Op basis van deze gegevens zijn de omzetplafonds in concept afgeleid. Tevens is op grond van deze gegevens bepaald welk deel van de medisch specialisten vrijgevestigd is.

Voor de bepaling van de concept omzetplafonds is ten eerste het relatieve aandeel van de betreffende zorginstelling in de totale omzet 2009 bepaald. Dit aandeel van het BKZ correspondeert met het concept omzetplafond voor de betreffende zorginstelling.

De omzetplafonds en tarieven zijn gebaseerd op hetzelfde BKZ bedrag en dezelfde indeling van praktijkgroepen van specialisten in dienstverband en vrije vestiging. Verschil in methodiek zorgt ervoor dat er op instellingsniveau geen naadloze aansluiting wordt gerealiseerd tussen de honorariumomzet op basis van DOT tarieven en de omzetplafonds. Uit het voorgaande volgt dat de ene zorgaanbieder bij een ongewijzigd zorgvolume het omzetplafond niet bereikt, terwijl de andere zorgaanbieder bij een ongewijzigd zorgvolume het omzetplafond zal overschrijden en dit meerdere zal moeten afdragen.

Figuur 12 concept omzetplafonds en honorariumomzet DOT 2012



De omzetplafonds gaan uit van het BKZ bedrag dat is opgenomen in het convenant (prijsniveau en volume niveau 2012). De tariefberekening is uitgevoerd met volume niveau 2009 en prijsniveau 2012. In de bovenstaande figuur is bij de berekening van de DOT honorariumomzet 2012 rekening gehouden met een groei van €72,3M in 2010 en 2,5% per jaar in 2011 en 2012³. Dit is een totale groei van 9,17% tussen 2009 en 2012.

³ Het betreft de productiestijging tussen 2009 en 2012 waar het ministerie van VWS meer rekent. Zie de brief van VWS van 20 mei 2011 – kenmerk: CZ/IPZ/3065857 die is verstuurd aan de klankbordgroep op 25 mei 2011 door de NZa.

6. Conclusie en consultatievraag

Op grond van impactanalyses deel 1 en de impactanalyses die zijn opgenomen in dit document, worden de volgende conclusies getrokken.

Vrijgevestigde medisch specialisten

Per 2012 wordt een verdeling van de honorariumomzet voor de vrijgevestigde medisch specialisten binnen de zorginstelling gefaciliteerd door de invoering van het beheersmodel. De aard en de mate van de spreiding van de gemiddelde honorariumomzet op instellingsniveau is de hoofdtoets bij de beoordeling van de DOT honorariumtarieven 2012.

Uit de impactanalyses wordt geconcludeerd dat de gemiddelde omzet per fte in 2012 voor de vrijgevestigde medisch specialisten voor bijna alle zorginstellingen hoger ligt dan de normomzet 2011 die ten grondslag ligt aan het uurtarief 2011. De spreiding op het niveau van de praktijkgroepen is groter dan op het niveau van de zorginstelling. De spreiding op het niveau van de zorginstelling dempt de verschillen op praktijkgroep niveau.

Medisch specialisten in dienstverband

De ziekenhuizen lopen financieel risico over de honorariumomzet van de specialisten in dienstverband. Net als bij de vrijgevestigde medisch specialisten, kunnen afwijkingen tussen specialisten in dienstverband binnen de instelling worden gecompenseerd. Vandaar dat ook de hoofdtoets bij de specialisten in dienstverband, de gemiddelde omzet per fte voor de zorginstelling als geheel is.

Uit de impactanalyses wordt geconcludeerd de gemiddelde omzet per fte voor bijna alle praktijkgroepen per 2012 boven de € 150.000 voor de zorginstelling als geheel. Enkele academische ziekenhuizen en categorale instellingen trekken het gemiddelde substantieel naar beneden. Deze instellingen bleken ook in het DBC systeem (DBC omzet 2011), de laagste omzetten per fte te hebben. De overgang van DBC's naar DOT vormt dus op zichzelf geen oorzaak van de lage verwachte omzet per 2012.

Alles overziend wordt de conclusie getrokken dat met de DOT honorariumtarieven 2012 de zorginstellingen in staat stelt om een redelijk geachte omzet te realiseren.

Consultatievraag:

Hoe kijkt u aan tegen de stelling dat op grond van de impactanalyses (deel 1 en 2) geconcludeerd wordt dat met de concept DOT tarieven 2012 een redelijk geachte omzet gerealiseerd kan worden op instellingsniveau?