



Nederlandse
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
CDAE/ymem/CURE

E-mailadres
cure@nza.nl

Kenmerk
11D0037157

Onderwerp
Uitvoeringstoets Macrobeheersinstrument (MBI)

Datum
11 oktober 2011

Mevrouw de Minister,

Met deze brief beantwoordt de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) uw verzoek om een uitvoeringstoets uit te brengen over het macrobeheersinstrument (MBI). Hierbij heeft de NZa, op uw verzoek, in het bijzonder de uitvoeringsaspecten van de door ZN voorgestelde variant voor de toepassing van dit instrument onderzocht.

Voor het advies verwijzen wij naar de bijlage bij deze brief.

Met vriendelijke groet,
KW Nederlandse Zorgautoriteit,



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

Uitvoeringstoets Macrobeheersinstrument (MBI)

Aan
VWS

Van
NZa

Onderwerp
Uitvoeringstoets MBI

Telefoonnummer
030 296 81 87

E-mailadres
cdamme@nza.nl

Kenmerk
11D0037208

Datum
11 oktober 2011

Samenvatting advies

Met dit advies beantwoordt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het verzoek van de minister van VWS van 29 september 2011 om een uitvoeringstoets te doen met betrekking tot een door Zorgverzekeraars Nederland voorgestelde specifieke toepassing van het macrobeheersinstrument (MBI) voor 2012 en latere jaren. De uitvoeringsaspecten van deze voorgestelde specifieke toepassing worden in dit advies afgezet tegen die van een generieke toepassing zoals door de minister van VWS beschreven in de brief aan de Tweede Kamer van 15 juli 2011. De NZa heeft haar advies opgesteld na raadpleging van veldpartijen in een technisch overleg.

Uit de analyse van de NZa komt naar voren dat de ZN variant op dit moment een aantal belangrijke juridische en praktische bezwaren oproept. Daarnaast is de macro kostenbeheersing met deze variant niet geborgd.

De NZa ziet, mede vanwege het korte tijdpad dat resteert om hier een oplossing voor te vinden, voor 2012 geen betere oplossing voor het kunnen redresseren van eventuele BKZ overschrijding dan door middel van de generieke toepassing van het MBI. Niettemin is de NZa voorstander van initiatieven die de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing sterker bij de zorgverzekeraar leggen. Voor 2013 en verder zouden specifieke varianten van het MBI (ook andere dan alleen de ZN variant) nader moeten worden verkend. Daarmee kan tegemoet gekomen worden aan de wens van veldpartijen, die over het algemeen een voorkeur hebben voor een specifieke variant. Een specifieke variant is volgens veldpartijen niet alleen eerlijker, maar leidt ook tot meer financiële zekerheid vooraf.

De NZa adviseert om de toedeling van de kortingsbedragen, net als in de huidige situatie, te baseren op de omzetten van de zorgaanbieders.

Ten slotte benadrukt de NZa het belang van een tijdige aanwijzing door de minister, om op tijd de voorbereidingen te kunnen treffen voor het opstellen van regelgeving voor de implementatie van het MBI.

1. Inleiding

Kenmerk
11D0037208

Pagina
2 van 16

Per brief van 29 september 2011 heeft VWS de NZa verzocht om een uitvoeringstoets naar de uitvoerbaarheid voor 2012 en latere jaren van een door Zorgverzekeraars Nederland voorgestelde specifieke toepassing van het macrobeheersingsinstrument (MBI). Zorgverzekeraars Nederland heeft onlangs in informeel ambtelijk overleg een voorstel op hoofdlijnen ("gedachte-experiment") gedaan voor een alternatief beheerssysteem, mede in het kader van het op 4 juli 2011 gesloten bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. In het verzoek van VWS is tevens opgenomen dat in de uitvoeringstoets een vergelijking moet worden getroffen met het generieke macrobeheersinstrument, zoals beschreven in de brief aan de Tweede Kamer van 15 juli jl.

Om de specifieke toepassing van het MBI conform het voorstel van ZN te kunnen vergelijken met het generieke MBI wordt hierna allereerst ingegaan op wat er nodig is om het MBI toe te kunnen passen. Vervolgens wordt ingegaan op de uitvoering van het generieke MBI conform de brief aan de Tweede Kamer van 15 juli jl. Daarna wordt een eerste uitwerking gemaakt van specifieke toepassing van het MBI waarbij een aantal uitvoeringsvraagstukken wordt behandeld. Ten slotte volgt een advies over implementatie en haalbaarheid van een MBI per 1 januari 2012.

Alvorens de uitwerking van het MBI te beschrijven merken we op dat per 2012 met de afschaffing van de macro nacalculatie en verdere afbouw van de ex post risicoverevening een aantal belangrijke stappen wordt gezet waardoor de risicodragendheid van zorgverzekeraars fors toeneemt. Hierdoor ontstaat per 2012 meer druk op zorgverzekeraars om overschrijdingen van het BKZ zo veel mogelijk te voorkomen. Het uitgangspunt is dat deze druk als gevolg van de afbouw van de ex post verevening op zichzelf voldoende moet zijn om de macro betaalbaarheid te borgen. Het bestaan van een MBI geldt dan alleen nog als "stok achter de deur" of ultimum remedium.

2. Randvoorwaarden toepassing van het MBI

Het MBI is erop gericht om overschrijdingen van het macrokader terug te halen bij zorginstellingen. In de brief van de minister van 15 juli is de werking van het generieke MBI op hoofdlijnen beschreven. In deze brief is echter niet opgenomen hoe VWS de overschrijding van het macrokader bepaalt en hoe vervolgens de MBI-korting moet worden toegerekend naar de zorginstellingen. De minister zal net als in de huidige situatie in de aanwijzing aan de NZa op moeten nemen hoe de eventuele overschrijding moet worden toegerekend aan individuele zorgaanbieders. Gelet op de voorzienbaarheid moet de NZa voorafgaand aan het jaar waarin het MBI mogelijk zal worden ingezet, een beleidsregel vaststellen waarin de verdelingsgrondslag is opgenomen. Dit geldt ten algemene voor het hanteren van een MBI, of nu voor een generieke toepassing (waarbij alle aanbieders relatief evenveel terugbetalen bij een eventuele overschrijding) of een specifieke toepassing (waarbij alleen een specifieke groep aanbieders terugbetalen bij een eventuele overschrijding) van het MBI wordt gekozen.

Deze uitvoeringstoets ziet niet op de vraag hoe VWS de totale macro-overschrijding bepaalt. Het ligt evenwel voor de hand dat VWS hiervoor net als in de huidige situatie de schadelastcijfers gebruikt. Daarnaast moet een keuze worden gemaakt over de wijze waarop de macro-overschrijding wordt toegerekend aan individuele aanbieders. Net als in de huidige situatie kan ervoor worden gekozen om de totale overschrijding te bepalen op basis van schadelast, maar de toerekening op omzet te baseren. Het hiernavolgende gaat in op de vraag welke keuze van toerekeningsgrondslag het meest voor de hand ligt.

Ten aanzien van de toerekening van de MBI-korting aan de individuele zorgaanbieders geldt het volgende. De toedeling van de generieke korting aan de individuele zorgaanbieders als gevolg van de vastgestelde overschrijding gebeurt tot op heden op basis van de omzet (budgetten A-segment + omzet B-segment). Een gebudgetteerde zorginstelling met een relatief hoge omzet krijgt ook een evenredig hoog deel van de korting voor haar rekening. Met ingang van 2012 vallen ook de ZBC's onder het MBI. Het ligt voor de hand om de toerekening van de MBI-korting naar zorginstellingen net als nu te baseren op de gerealiseerde omzet in het A- en B-segment. Dit heeft wel een aantal gevolgen voor de uitvoering. Hieronder wordt dit nader uitgewerkt.

2.1. Omzetbegrip

Als de toedeling van de MBI-korting wordt bepaald op basis van het omzetbegrip dan vormt de omzet (de gedeclareerde opbrengst en de mutatie van het onderhanden werk) per instelling de basis voor de toerekening van de overschrijding. Na afloop van het boekjaar dient de NZa van alle zorginstellingen die vallen onder het MBI, informatie te ontvangen over de gedeclareerde omzet en de mutatie van het onderhandenwerk.

Voordelen van het omzetbegrip als grondslag voor verdeling van de MBI korting zijn:

- voor zorginstellingen is het omzetbegrip herkenbaar;
- informatie is beschikbaar als jaarrekeningen gereed zijn. 1 juni 2013 moeten jaarrekeningen 2012 gereed zijn. Theoretisch zou de MBI korting per instelling in het 4^e kwartaal 2013 bekend kunnen zijn. Overigens dient de verrekening van de transitiebedragen hier ook in mee te lopen, deze maken op instellingsniveau immers deel uit van de omzet.
- Uitsplitsing tussen honorariumopbrengsten voor specialisten in loondienst en vrijgevestigd specialisten is te maken. Dit is een voordeel omdat de honorariumopbrengsten van vrijgevestigd medisch specialisten niet onder het MBI vallen maar onder het beheersmodel.

Nadelen van het omzetbegrip als grondslag voor verdeling van de MBI korting:

- in het omzetbegrip speelt de post onderhandenwerk een grote rol; waardering onderhandenwerk is een beïnvloedbare post;
- Vergt aparte gegevensvraag bij de jaarrekening, die gecontroleerd dient te worden (uitsplitsing naar verzekerde zorg / niet verzekerde zorg). Gelet op de juridische houdbaarheid van het MBI is een nauwkeurige basis voor de toerekening van groot belang;
- Inzicht in eigen betalingen van verzekerden ontbreekt. De veronderstelling is dat eigen betalingen buiten de MBI-korting vallen. Zorgaanbieders hebben doorgaans geen zicht op welk deel van de omzet uit eigen bijdragen bestaat;
- Systeem kent hoge uitvoeringslasten omdat groot aantal instellingen onder MBI valt.

Kenmerk
11D0037208

Pagina
4 van 16

2.2. Schadelastbegrip

Een alternatief is om de toedeling van de MBI-korting te baseren op schadelast. Het schadelastbegrip betekent concreet dat voor de schade in jaar t alle DBC's geopend in jaar t meetellen. De informatie over de schadelast per zorgaanbieder is beschikbaar bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). De benodigde informatie over 2012 is echter pas beschikbaar in juni 2014.¹ Immers de DBC's geopend in december 2012 kunnen in theorie doorlopen tot december 2013.

Wellicht is het mogelijk om op basis van voorlopig beschikbare informatie bij het CVZ een voorlopige MBI korting toe te passen. De vraag is of deze versnelling in de tijd opweegt tegen de nadelen van het voorlopige karakter. Vanuit het zorgvuldigheidsbeginsel zal vervolgens het MBI toch nog op basis van de definitieve cijfers moeten worden toegepast. Een andere kanttekening bij een versnelling in de tijd is dat de transitiebedragen moeten worden meegenomen in de vaststelling van de totale uitgaven ten behoeve van het MBI. Deze transitiebedragen zijn over 2012 pas beschikbaar op 1 oktober 2013. Dit betekent dat het MBI op zijn vroegst vanaf oktober 2013 op basis van voorlopige cijfers kan worden toegepast. Merk op dat de transitiebedragen op basis van het omzetbegrip worden berekend.

Voordelen van het schadelastbegrip als grondslag voor verdeling MBI-korting:

- Geen effecten van waardering onderhanden werk;
- cijfers worden toch al uitgevraagd voor de risicoverevening;
- macrokader is ook gedefinieerd op basis van schadelastbegrip;
- onderscheid wel/niet verzekerde zorg is te maken.

¹ Definitief inzicht ontstaat pas in 2017 omdat rekeningen tot 5 jaar na dato kunnen worden ingediend. Niettemin is het inzicht in juni 2014 reeds goed, omdat de balansposten van verzekeraars dan nog maar beperkt zijn.

Nadelen van het schadelastbegrip als grondslag voor verdeling MBI-korting:

- MBI korting die wordt opgelegd aan zorginstellingen wordt gebaseerd op data die zijn verkregen van zorgverzekeraars. Dit betekent dat schadelastcijfers voor zorgaanbieders niet herkenbaar zijn hetgeen de voorzienbaarheid niet ten goede komt (overigens kan een aanbieder wel zelf zijn "veroorzaakte schadelast" bijhouden);
- MBI kortingen over 2012 pas definitief in juni 2014;
- onderscheid loondienst/vrijgevestigd (op aanbiederniveau) blijkt niet uit schadelastgegevens;
- De transitiebedragen bemoeilijken de berekening van de verdeelsleutel van de eventuele korting, omdat transitiebedragen op de omzet zijn gebaseerd.

2.3. Voorlopige conclusie

In de keuze tussen het omzetbegrip en schadelastbegrip speelt de praktische afweging tussen het voordeel van het omzetbegrip dat de uitsplitsing tussen loondienst/vrijgevestigd mogelijk is en het voordeel van het schadelastbegrip dat de uitsplitsing tussen verzekerde/onverzekerde zorg mogelijk is. Het voordeel van het omzetbegrip lijkt van substantiëler belang dan het voordeel van het schadelastbegrip. De NZa raadt daarom aan om voor de toedeling van een eventuele MBI korting aansluiting te zoeken bij het omzetbegrip. Dit is ook voor zorginstellingen herkenbaar en sluit het meest aan bij de huidige praktijk.

3. Generieke toepassing van het MBI

Met haar brief van 15 juli heeft de minister haar voornemen kenbaar gemaakt om een MBI te hanteren op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). In dit hoofdstuk worden de belangrijkste elementen uit deze brief uiteengezet.

3.1 Werking generieke MBI

Het voornemen is om het MBI generiek toe te passen. De werking van het generieke MBI is als volgt:

- Voor jaar t wordt in een aanwijzing van de minister van VWS aan de NZa een macrokader voor instellingen voor medisch specialistische en andere curatieve zorg vastgesteld. De sector dient als geheel binnen dat macrokader te blijven;
- De uitgaven aan zorg bij deze instellingen worden na afloop van jaar t vastgesteld en door de minister van VWS afgezet tegen dit macrokader;
- Indien de uitgaven aan zorg het kader overschrijden wordt de overschrijding in beginsel door de NZa generiek verrekend over alle instellingen, tenzij de overschrijding op andere wijze wordt gecompenseerd;
- Daarbij wordt door de NZa gekeken naar de uitgaven aan zorg geleverd door een individuele instelling als aandeel van de totale uitgaven aan geleverde zorg door alle instellingen samen;
- De NZa stuurt een beschikking naar de individuele instellingen. De instellingen dragen het bedrag van de beschikking af aan het Zorgverzekeringsfonds.

3.2. Reikwijdte

Kenmerk
11D0037208

Volgens de brief van de minister vallen de volgende instellingen onder de werking van het MBI:

Pagina
6 van 16

- algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra);
- academische ziekenhuizen;
- zelfstandige behandelcentra;
- epilepsie-inrichtingen;
- instellingen voor revalidatie;
- radiotherapeutische centra;
- dialysecentra;
- trombosediensten;
- centra voor erfelijkheidsonderzoek;
- laboratoria;
- audiologische centra.

3.3. Gerealiseerde uitgaven

Volgens de brief van de minister worden de volgende bedragen meegenomen bij de bepaling of sprake is van een overschrijding in het kader van de toepassing van het MBI:

- uitgaven toe te rekenen aan het A-segment (na verrekening van het transitiebedrag);
- uitgaven aan de overige trajecten en overige producten²;
- uitgaven aan het B-segment;
- uitgaven aan add-ons intramurale dure- en weesgeneesmiddelen;
- uitgaven aan IC en kapitaallasten;
- uitgaven aan honoraria specialisten in loondienst.

Hierbij wordt opgemerkt dat het totale beschikbare bedrag enkel betrekking heeft op verzekerde zorg waarop in jaar t aanspraak bestaat ingevolge de zorgverzekeringswet.

Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten niet onder het macrokader medisch specialistische zorg vallen en daarom ook niet onder het MBI vallen. De honoraria vrijgevestigde medisch specialisten vallen onder het beheersmodel. Tevens worden de beschikbaarheidsbijdragen in het kader van het MBI niet meegenomen bij het bepalen van de overschrijding.³

Zoals hierboven al is aangegeven zullen de transitiebedragen worden meegenomen in de totale uitgaven die worden getoetst aan het macrokader om te bepalen of er een overschrijding is. Dit betekent concreet dat het mogelijk is dat een instelling eerst een transitiebedrag ontvangt en vervolgens een deel van de uiteindelijke omzet inclusief dit transitiebedrag weer moet terugbetalen als MBI korting.

Ten aanzien van de overgangsregeling kapitaallasten is in de brief van de minister opgenomen dat deze niet onder het MBI valt aangezien het een garantieregeling betreft. Concreet betekent dit dat de overgangsregeling kapitaallasten wordt toegepast na toepassing van het MBI.

² Deze uitgaven vallen onder het A- dan wel het B-segment.

³ De academische component valt buiten het kader. De overige beschikbaarheidsbijdragen vallen wel onder het kader maar kunnen niet tot overschrijdingen leiden.

4. Specifieke toepassing van het MBI (ZN variant)

Kenmerk
11D0037208

Pagina
7 van 16

In augustus hebben de sector, VWS en NZa tijdens een informele brainstorm de mogelijkheden van specifieke toepassing van het MBI besproken. Aanzet voor de brainstorm was een voorstel van ZN. Hieronder wordt kort geschetst hoe de ZN variant op hoofdlijnen zou moeten werken, vervolgens worden de aandachtspunten van deze variant verkend.

4.1. Werking van de ZN variant

De ZN variant van een specifieke toepassing van het MBI houdt in:

- Het BKZ wordt verdeeld in gecontracteerde en ongecontracteerde zorg⁴;
- op basis van het BKZ en het aandeel van iedere zorgverzekeraar wordt bepaald wat de bestedingsruimte (schadelastruimte) is per zorgverzekeraar;
- de zorgverzekeraar blijft bij het contracteren van zorg binnen de eigen bestedingsruimte voor gecontracteerde zorg;
- de zorgverzekeraars zijn individueel verantwoordelijk voor eventuele overschrijdingen binnen de gecontracteerde zorg;
- aanbieders over de omzet van gecontracteerde zorg lopen geen risico meer op kortingsmaatregelen achteraf;
- voor overschrijdingen van ongecontracteerde zorg wordt het MBI specifiek gericht op de aanbieders van ongecontracteerde zorg.

4.2. Vragen VWS m.b.t. ZN voorstel

VWS heeft met het verzoek om een uitvoeringstoets gevraagd om rekening te houden met de volgende aandachtspunten:

1. De wijze waarop natura- en restitutiepolissen meegenomen worden in dit mechanisme;
2. hoe om te gaan met overstappende verzekeren;
3. de benodigde informatiestromen;
4. vraag wie toetsing moet doen of verzekeraars zich aan hun individuele kader gehouden hebben;
5. de juridische haalbaarheid van het eenzijdig neerleggen van een korting bij ziekenhuizen als er geen afspraak met verzekeraars is gemaakt;
6. de juridische haalbaarheid van het neerleggen van de overschrijding bij verzekeraars;
7. de wijze van het verdelen van kortingen als een ziekenhuis voor een gedeelte van de productie wel een afspraak met verzekeraar(s) heeft en voor een deel van de productie geen afspraken heeft;
8. de samenloop van het ZN-voorstel met het transitie-model prestatiebekostiging.

Hieronder wordt op ieder van de acht aandachtspunten separaat ingegaan.

⁴ Hierbij wordt opgemerkt dat als de specifieke variant van ZN werkt (d.w.z. dat er geen overschrijdingen ontstaan in het gecontracteerde deel), dan zijn overschrijdingen volledig toe te schrijven aan het ongecontracteerde deel van de zorg. In dat geval is uitsplitsing van het BKZ niet noodzakelijk. De vraag in dat geval is hoe kan worden geborgd dat zorgverzekeraars niet een te groot deel van de eigen bestedingsruimte oormerken voor gecontracteerde zorg, hetgeen vrijwel automatisch tot overschrijdingen van ongecontracteerde zorg zou leiden.

1. Natura- versus restitutiepolissen

Voor de verzekerden met een naturapolis tracht iedere zorgverzekeraar alle benodigde zorg op voorhand te contracteren. De idee is dat de zorgverzekeraar dusdanige afspraken met de gecontracteerde partijen maakt dat de beschikbare bestedingsruimte niet wordt overschreden. Aanbieders die door zorgverzekeraars zijn gecontracteerd, zijn voor de opbrengsten binnen die contracten gevrijwaard van eventuele naheffingen.

Kenmerk
11D0037208

Pagina
8 van 16

Naar schatting van ZN kiest circa 30% van alle verzekerden momenteel voor een restitutiepolis. Daarnaast bestaat binnen naturapolissen ook de mogelijkheid van restitutie. In de praktijk valt een groot deel van de door verzekerden met restitutiepolis genoten zorg binnen de gecontracteerde zorg – slechts een deel van de verzekerden kiest namelijk een aanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten.

Voor de zorg aan restitutieverzekerden die buiten de gecontracteerde zorg valt heeft de zorgverzekeraar geen sturingsinstrumenten om de schadelast te beheersen. In de ZN variant valt dergelijke omzet van aanbieders daarom onder het specifieke MBI; aanbieders die ongecontracteerde zorg leveren lopen het risico op een ex post MBI heffing.

Het is de NZa niet bekend wat op het niveau van schadelast de verhouding gecontracteerde/niet gecontracteerde zorg is. De verhouding restitutiepolissen/naturapolissen is daarvoor naar verwachting een te ruwe maatstaf. Hoewel het in theorie mogelijk is voor de zorgverzekeraars om ook voor de verzekerden met restitutiepolis alle zorg te contracteren, is het in de praktijk waarschijnlijk niet haalbaar voor zorgverzekeraars om een goede inschatting te maken van welke zorg voor die groep verzekerden gecontracteerd moet worden. Het keuzegedrag van een deel van de verzekerden met restitutiepolis is hiervoor waarschijnlijk te diffuus.

2. Overstappende verzekerden

De ZN variant gaat uit van een te bepalen bestedingsruimte per zorgverzekeraar. In de praktijk zal dit voor aanvang van het jaar moeten worden geschat op basis van de verzekerdenpopulatie van het voorgaande jaar. Verzekerden kunnen tot 1 februari van jaar t overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Aan het einde van het eerste kwartaal van jaar t zou de daadwerkelijke populatie per zorgverzekeraar duidelijk moeten zijn. De voorlopige conclusie is dat overstappende verzekerden geen beletsel vormen om het kader te verdelen over zorgverzekeraars. Voor het makrokader hebben overstappers uiteraard geen gevolgen.

3. Benodigde informatiestromen

Kenmerk
11D0037208

Pagina
9 van 16

Voor een specifieke toepassing van het MBI geldt dezelfde uitvoeringsvraag als voor een generieke toepassing, namelijk welke grondslag wordt gehanteerd voor het bepalen van het aandeel in de korting van iedere zorgaanbieder. Dit kan op basis van schadelast of op basis van omzet. Omdat deze vraag ten algemene geldt is deze hierboven separaat geadresseerd in paragraaf 2 (p. 2). Echter geldt voor de ZN variant een aantal specifieke opmerkingen. Als wordt gekozen voor toedeling van de overschrijding van ongecontracteerde zorg op basis van het omzetbegrip, moet in de omzet per aanbieder onderscheid kunnen worden gemaakt naar de verzekeraars en naar gecontracteerde vs. ongecontracteerde zorg. In theorie is de omzet per verzekeraar te bepalen, maar het is de vraag of het onderhandenwerk ook per verzekeraar kan worden bepaald. Ook het onderscheid tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg blijkt niet uit het omzetbegrip. Deze specifieke nadelen gelden niet voor het schadelastbegrip⁵. In de ZN variant lijkt het schadelastbegrip daarom meer voor de hand te liggen voor de toedeling van de specifieke MBI korting naar aanbieders van ongecontracteerde zorg. Het nadeel van het schadelastbegrip dat geen onderscheid kan worden gemaakt naar honoraria loondienst vs. vrijgevestigd geldt onverminderd.

Voor een specifieke toepassing van het MBI conform de ZN variant zou daarbij ook een kader per zorgverzekeraar voor medisch specialistische zorg moeten worden bepaald en inzicht moeten worden verkregen in de verdeling tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. Hierbij is het de vraag waar die informatie vandaan moet komen. Enerzijds kan deze afkomstig zijn van de zorgverzekeraars, anderzijds van zorgaanbieders. Het CVZ beschikt over de schadelast van iedere zorgverzekeraar op het niveau van de individuele zorgaanbieders. Hierin wordt echter geen onderscheid gemaakt tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. Om dit onderscheid te kunnen maken, zou een extra gegevensuitvraag nodig zijn. Hierbij wordt benadrukt dat als deze gegevens (van zorgverzekeraars) worden gebruikt om kortingen van zorgaanbieders te bepalen, de aanbieders zich kunnen verzetten tegen het feit dat van voor hen onherkenbare gegevens wordt uitgegaan.

In het beschikbare macrokader voor de instellingen voor medisch specialistische zorg zijn tevens de honoraria voor de medisch specialisten in loondienst opgenomen. De honoraria van de vrijgevestigd medisch specialisten vallen daarentegen niet onder dit kader maar hebben een eigen kader waarop het beheersmodel van toepassing is. Dit betekent een extra complicatie voor de uitvoering van zowel de generieke als de specifieke MBI toepassing (zie tabel hieronder). Voor de vaststelling van de overschrijding dienen de totale uitgaven te worden vergeleken met het beschikbare kader. Het is dan van belang dat in de totale uitgaven behalve de ziekenhuiskosten (A en D in de tabel) slechts de uitgaven aan honoraria voor loondiensters (B en E) is meegenomen en dat de honoraria voor vrijgevestigde medisch specialisten (C en F) buiten beschouwing worden gelaten. Bij de toepassing van het specifieke MBI dient de zorgverzekeraar bij de contractering al rekening te houden met de situatie of specialisten in loondienst danwel vrijgevestigd zijn. Het is de vraag of dit praktisch haalbaar is omdat in de praktijk de declarant van de zorg niet altijd dezelfde is als de uitvoerder.

⁵ Wel is dan voor elke afzonderlijke DBC van belang of de zorg gecontracteerd of niet gecontracteerd is. Ook moet het gedeclareerde volume worden vergeleken met het gecontracteerde volume, het meerdere zou als niet gecontracteerd moeten worden beschouwd.

	Ziekenhuis kosten	Honoraria loondienst	Honoraria vrijgevestigd	Kenmerk 11D0037208
<i>Gecontracteerde zorg</i>	<i>A (verzekerd/ onverzekerd)</i>	<i>B (verzekerd/ onverzekerd)</i>	<i>C</i>	Pagina 10 van 16
<i>Ongecontracteerde zorg</i>	<i>D (verzekerd/ onverzekerd)</i>	<i>E (verzekerd/ onverzekerd)</i>	<i>F</i>	

4. Wie toetst of verzekeraars zich aan hun individuele kader gehouden hebben

Voor de ZN variant dient de bestedingsruimte per zorgverzekeraar op voorhand te worden bepaald. Deze zal door de individuele zorgverzekeraar vervolgens ook moeten worden opgesplitst in gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg. De vraag is niet alleen door wie de ex ante vaststelling gebeurt, maar ook hoe en door wie achteraf wordt getoetst of zorgverzekeraars zich aan hun individuele kader hebben gehouden voor de gecontracteerde zorg. Er kan discussie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder ontstaan over welke zorg wel en niet onder de gecontracteerde ruimte valt. Als bijvoorbeeld een volume van 100 wordt gecontracteerd en dit volume wordt overschreden, valt het meerdere dan binnen of buiten de gecontracteerde zorg? Hier kan een discussie ontstaan over volumecontractering versus zorgplicht.

Bovendien geldt dat als zorgverzekeraars zich met gecontracteerde zorg niet aan hun individuele bestedingsruimte houden, er geen expliciet sanctie mechanisme voorhanden is en dat een overschrijding niet bij de zorgverzekeraar kan worden teruggehaald. Nu de macro nacalculatie per 2012 wordt afgeschaft geldt wel dat eventuele overschrijdingen ook voor de individuele zorgverzekeraars drukken op het resultaat. De ex post risicovereveningsmaatregelen kunnen dit effect op individueel niveau nog dempen. Naarmate de ex post risicoverevening verder wordt afgebouwd komt een eventuele overschrijding (van de normuitkering) volledig bij de individuele zorgverzekeraar te liggen. Niettemin zouden dergelijke overschrijdingen tot BKZ overschrijding leiden. Deze overschrijdingen (van gecontracteerde zorg) kunnen niet worden geredieerd, anders dan op het niveau van de zorgaanbieders (waarmee het hoofddoel van de ZN variant verloren zou gaan). Verrekening bij de zorgverzekeraars vereist nadere aanpassingen in het stelsel van (ex post) verevening. Die zijn op korte termijn (2012) niet meer te realiseren.

In de ZN variant lijkt het ook noodzakelijk dat er wordt toegezien op het feit dat zorgverzekeraars (tijdig) contracten sluiten. Theoretisch is het denkbaar dat zorgverzekeraars lang wachten met het contracteren van zorg, en tegen het einde van het jaar zorgaanbieders de keuze bieden tussen een voor zorgaanbieder onaantrekkelijk contract of het vooruitzicht om over de ongecontracteerde zorg een MBI korting te moeten incasseren. In dit kader wordt ook opgemerkt dat voor 2011 geldt dat de contractering niet tijdig verloopt; in augustus j.l. was pas circa 55% van het B-segment gecontracteerd.

5. Juridische haalbaarheid specifiek MBI voor ongecontracteerde aanbieders

Kenmerk
11D0037208

Pagina
11 van 16

De juridische houdbaarheid van het (uitsluitend) korten van niet-contracterende zorgaanbieders is twijfelachtig. Er is immers geen sprake van een contracteerplicht voor zorgaanbieders. Bovendien is de politieke keuze gemaakt om voor verzekerden de vrijheid te behouden om voor niet gecontracteerde zorgaanbieders te kiezen. Het lijkt tegenstrijdig als enerzijds de keuzevrijheid van de verzekerde wordt bevorderd terwijl anderzijds ongecontracteerd aanbod (financieel) wordt afgestraft.

Uitgangspunt voor specifiek korten is dat onderscheid wordt gemaakt tussen instellingen die in beginsel allemaal op dezelfde wettelijke grondslag zijn toegelaten en die allemaal binnen dezelfde wettelijke spelregels zorg leveren. Dat betekent dat iedere maatregel anders dan generiek, op werkelijke verschillen terug te voeren moet zijn. Daarom is, mede gelet op de aard van het MBI (uitgavenbeperking) een verdeling waarbij de aanbieders met de grootste omzet ook het meest (absoluut) bijdragen, redelijk robuust te maken.

ZKN heeft aangegeven zich te verzetten tegen de ZN variant van een specifieke toepassing van het MBI. Volgens ZKN zullen met name ZBC's ongecontracteerd blijven en dus het meeste risico lopen op MBI naheffing. Daarmee zou een nieuwe vorm van rechtsongelijkheid tussen aanbieders ontstaan. Van belang is (vanuit publiekrechtelijk perspectief) dat iedereen binnen de ZN variant gelijke kansen moet hebben om gecontracteerd te worden. Gezien het signaal van ZKN kan daar aan worden getwijfeld. Het ZN model geeft verzekeraars bovendien een extra prikkel om niet of pas erg laat in het jaar tot contractering van aanbieders over te gaan.

6. Juridische haalbaarheid terughalen overschrijding bij verzekeraars

In deze vraag schuilt de suggestie dat binnen de ZN variant eventuele overschrijdingen binnen de gecontracteerde zorg bij verzekeraars zouden kunnen worden teruggehaald. Het gedachte-experiment van ZN laat zich hierover niet uit. Het is ook zeer twijfelachtig of dit zou kunnen. Het CBb heeft bevestigd dat korten van zorginstellingen is toegestaan omdat er om de civielrechtelijke werkelijkheid van eigendom een bestuursrechtelijke schil van tariefregulering ligt. In die buitenste schil is de minister binnen grenzen bevoegd tot beheersing van kosten. Vooralsnog is dit ten aanzien van verzekeraars minder duidelijk. Het redresseren van een overschrijding ten laste van hun resultaat valt buiten de bestuursrechtelijke tariefregulering en zou daarom een aantasting van het private eigendom zijn. Daarbij is ook van belang dat verzekeraars vanuit Europeesrechtelijk oogpunt een zekere mate van vrijheid van overheidsbemoeienis moeten houden willen zij niet als staatsonderneming worden aangemerkt.

Overigens wordt opgemerkt dat het ook praktisch gezien niet haalbaar lijkt om overschrijdingen van gecontracteerde zorg bij verzekeraars te beleggen aangezien zorgverzekeraars dan dubbel risico lopen op elke euro overschrijding. Immers, de zorgverzekeraar leidt al een verlies vanwege de overschrijding van de eigen bestedingsruimte. Dit verlies wordt vanaf 2012 niet meer gecompenseerd met macro nacalculatie, en de ex post risicoverevening neemt ook stapsgewijs af.

In essentie komt het er op neer dat eventuele BKZ overschrijdingen die zouden ontstaan binnen de gecontracteerde zorg in de ZN variant niet zijn terug te halen (anders dan via wijziging in de verevening). Immers, als het totaal van de door verzekeraars gecontracteerde zorg het BKZ overschrijdt, kan de overschrijding in de ZN variant niet op de zorgaanbieders worden verhaald. Dit houdt in dat in deze variant de eventuele BKZ-overschrijding van gecontracteerde zorg een gegeven is en dan niet (via een MBI) gecompenseerd wordt. De ZN variant veronderstelt dat zorgverzekeraars voorkomen dat er binnen de gecontracteerde zorg overschrijdingen ontstaan, maar dit lijkt niet praktisch te borgen. In dit verband wordt ook opgemerkt dat zorgverzekeraars in het convenant ten aanzien van het beperken van de macro groei tot 2,5% een voorbehoud hebben gemaakt vanwege de zorgplicht.

Kenmerk
11D0037208

Pagina
12 van 16

7. Verdelen kortingen bij gedeeltelijk ongecontracteerde zorg

In de ZN variant lopen zorgaanbieders die ongecontracteerde zorg leveren risico op ex post kortingen over de omzet daarvan. Volgens de NZa zou dit ruwweg als volgt werken.

- Van het totale BKZ moet een deel aan ongecontracteerde zorg worden toegewezen. Deze uitsplitsing moet worden gemaakt, omdat anders ook eventuele overschrijdingen van gecontracteerde zorg ook op conto van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders komen. Stel bijvoorbeeld dat € 2 mld op een totaal van € 16 mld wordt toegewezen aan ongecontracteerde zorg;
- De daadwerkelijke schadelast aan ongecontracteerde zorg kan achteraf worden vergeleken met het BKZ, bijvoorbeeld € 2,8 mld schadelast t.o.v. € 2 mld BKZ ruimte, een overschrijding van € 0,8 mld;
- Stel dat wordt vastgesteld dat de helft van de overschrijding binnen ongecontracteerde zorg is ontstaan, de andere helft binnen de gecontracteerde zorg. Voor ongecontracteerde zorg is dan sprake van een overschrijding van € 0,4 mld ofwel 20% van de € 2 mld BKZ ruimte. Voor gecontracteerde zorg geldt een overschrijding van € 0,4 mld ofwel 2,86% van de € 14 mld BKZ ruimte;
- De overschrijding binnen de ongecontracteerde zorg van € 0,4 mld wordt (overeenkomstig de systematiek van de generieke toepassing van het MBI) naar rato van de ongecontracteerde omzet van iedere zorgaanbieder over zorgaanbieders verdeeld. Als bijvoorbeeld een zorgaanbieder voor € 6 mln aan ongecontracteerde zorg heeft geleverd, dan zal hij met € 1 mln worden gekort (een korting van 20%, ($\text{€ 6 mln} / 120\%$)).
- Hoe de overschrijding binnen de gecontracteerde zorgruimte moet worden geredresseerd is onduidelijk (zie daarover punt 6 hierboven). Het ZN voorstel gaat daar niet op in, maar veronderstelt dat dit probleem zich niet voordoet.

8. Samenloop ZN variant met transitie model prestatiebekostiging

Het is nog onduidelijk hoe met het transitiebedrag moet worden omgegaan in de ZN variant. De ZN variant gaat ervan uit dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders contracten afsluiten op het niveau van de zorgprestaties. De individuele zorgverzekeraar zal in zijn afspraken over de gecontracteerde zorg abstraheren van het te verrekenen transitiebedrag uit hoofde van het transitie model. De individuele zorgverzekeraar heeft immers onvoldoende invloed op de hoogte van het te verrekenen transitiebedrag en bovendien loopt de verrekening van het transitiebedrag niet via de individuele zorgverzekeraars maar via het zorgverzekeringsfonds. Relevant is ook dat tijdens transitiefase sprake is van dubbele contractering: Collectieve contractering en afspraken over het schaduwbudget, en individueel over de omzet aan dbc zorgproducten. De vraag daarbij is hoe is aan te wijzen welke zorg wel/niet gecontracteerd is, en door wie.

In de uitvoering leidt dit tot een extra complicatie. De toepassing van het transitie model is naar verwachting niet budgetneutraal. Indien over 2012 per saldo een positief transitiebedrag moet worden uitgekeerd zal dat in de ZN variant leiden tot een overschrijding van het kader. Theoretisch zou dit om aanzienlijke bedragen kunnen gaan maar de omvang is op dit moment nog niet in te schatten. De voorlopige conclusie is dat de samenloop van de ZN variant met het transitie model tot extra complicaties in de uitvoering leidt.

4.3. Specifiek MBI vergeleken met generiek MBI

De specifieke toepassing van het MBI kent ten aanzien van de generieke variant een aantal voor- en nadelen. Deze worden in onderstaande tabel geïnventariseerd.

Tabel 1 – Voor- en nadelen specifiek MBI t.o.v. generiek MBI

Voordelen t.o.v. generiek	Nadelen t.o.v. generiek
Creëert voor aanbieders meer voorzienbaarheid, omdat ze over gecontracteerde zorg niet meer worden gekort	Borgt de macro kostenbeheersing van gecontracteerde zorg niet. BKZ overschrijdingen kunnen namelijk niet meer worden geredresseerd.
Appelleert aan gevoel van rechtvaardigheid dat zorgaanbieders over gecontracteerde zorg geen kortingen riskeren	Creëert rechtsongelijkheid tussen gecontracteerde en niet gecontracteerde zorgaanbieders, gelet op de huidige praktijk kunnen met name ZBC's hier de dupe van zijn. Juridische haalbaarheid is twijfelachtig
	Roept een aantal uitvoeringsvragen op die implementatie per 2012 in de weg staan
	Heeft invloed op contractering door zorgverzekeraars – voor implementatie per 1-1-2012 is er weinig tijd voor zorgverzekeraars om deze contractering goed vorm te geven

5. Reacties technisch overleg

Kenmerk
11D0037208

Pagina
14 van 16

Een concept van deze uitvoeringstoets is voorgelegd aan en besproken met het veld.⁶ Partijen stellen voorop dat zij het instrument MBI afwijzen, omdat het niet past binnen een gedereguleerde markt. Tegen de achtergrond dat het een gegeven is dat het MBI als 'ultimum remedium' kan worden ingezet, geven partijen aan dat zij een generieke toepassing van het MBI onwenselijk vinden omdat het als zeer oneerlijk wordt ervaren en omdat het voor aanbieders de perverse prikkel creëert om juist meer te produceren (als buffer tegen het onvoorzienbare MBI risico). Een aantal vertegenwoordigers van zorgaanbieders gaf aan dat de generieke toepassingsvariant op individueel niveau als oneerlijk wordt ervaren, omdat de eventuele individuele MBI korting geldt ongeacht of de individuele aanbieder bijdraagt aan de macro overschrijding. Bovendien wordt de oneerlijkheid ook op sectorniveau ervaren, omdat bepaalde sectoren van mening zijn dat zij niet bijdragen aan de overschrijdingen. De Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC) opperde in dat verband de idee om het BKZ te verdelen naar categorieën van zorg om vervolgens per categorie te kunnen nagaan of er sprake is van macro kostenoverschrijding. Daarnaast vraagt de FENAC aandacht voor het extra risico dat het onvoorzienbare MBI met zich meebrengt, bovenop de risico's die met de overgang naar prestatiebekostiging gepaard gaan. Specifiek voor de audiologische centra geldt dat zij de transitiefase moeten benutten voor het opbouwen van eigen vermogen. De dreiging van de inzet van het MBI zal dit bemoeilijken.

Partijen spraken de hoop uit dat een specifiekere toepassingsvorm haalbaar zou zijn, en spraken ook de ambitie uit om er alles aan te doen om een eventueel haalbare variant nog per 2012 mogelijk te maken. Specifiekere toepassingsvormen van het MBI zijn naar het oordeel van partijen niet alleen eerlijker, maar leiden ook tot meer financiële zekerheid vooraf. De NVZ benadrukt in haar reactie dat het voor ziekenhuizen onwerkbaar is om achteraf geconfronteerd te worden met niet voorzienbare kortingen.

Niettemin erkennen partijen dat de praktische bezwaren die de NZa met deze uitvoeringstoets bij de ZN variant heeft beschreven gelden. Revalidatie Nederland geeft in haar reactie aan dat een deel van de bezwaren die de NZa bij de ZN variant benoemt, mogelijk weggenomen zou kunnen worden door een aanpassing van de ex post verevening. Dit zou naar het oordeel van RN nader onderzocht moeten worden.

Partijen spraken ook de ambitie uit om "aan de voorkant" van het systeem (bij de contractering van zorg) zoveel mogelijk naar een situatie toe te werken dat er "aan de achterkant" geen noodzaak zal ontstaan voor toepassing van een MBI, zij het generiek of specifiek. Het verbeteren van de informatievoorziening, waarmee tijdige bijsturing van de productie- en uitgavenontwikkeling mogelijk wordt gemaakt, kan hier volgens de NVZ aan bijdragen.

ZN heeft aangegeven nog een schriftelijke reactie te zullen geven.

⁶ ZN, NVZ, NFU, ZKN, OMS, een woordvoerder namens de radiotherapeutische instellingen, Dianet, FENAC en RN

6. Advies

Kenmerk
11D0037208

Pagina
15 van 16

Uit de consultatie van het veld is gebleken dat partijen een sterke voorkeur hebben voor een gedifferentieerde toepassing van het MBI, indien de inzet van dit instrument nodig mocht zijn. Partijen ervaren de specifieke toepassingsvariant van ZN als eerlijker, omdat het onvoorzienbare ex post kortingsrisico daarbij niet geldt voor gecontracteerde zorg.

Uit de analyse van de NZa komt echter naar voren dat de ZN variant op dit moment een aantal belangrijke juridische en praktische bezwaren oproept. Daarnaast is de macro kostenbeheersing met deze variant niet geborgd. Voorts is in de ZN variant het contracteren van zorg binnen de beschikbare bestedingsruimte van individuele zorgverzekeraars van cruciaal belang; voor een goede werking is een aanzienlijke versnelling van de contractering nodig vergeleken met de huidige praktijk. Bovenstaande analyse wordt op hoofdlijnen gedeeld door partijen.

Gelet op het fundamentele karakter van de bezwaren tegen de ZN variant moet er nog een grote slag worden gemaakt in de verdere uitwerking daarvan. Hiermee zijn eerder maanden dan weken gemoeid. Om de verdere uitwerking van beleidsregels ter hand te nemen, daarover de adviescommissie te raadplegen en te zorgen voor tijdige publicatie daarvan in de Staatscourant - dat wil zeggen vóór eind 2011- heeft de NZa op korte termijn een aanwijzing van de minister nodig waarin is opgenomen op welke wijze de toepassing van het MBI zal plaatsvinden. Gezien het krappe tijdpad tot 1 januari 2012 en de huidige contracteerpraktijk (die zeer tijdrovend blijkt) acht de NZa de specifieke variant van ZN niet haalbaar voor 2012. Ook de suggestie van RN, om te onderzoeken of het ex post vereveningssysteem aangepast kan worden aan de ZN variant, acht de NZa op korte termijn, voor het jaar 2012, niet haalbaar. De NZa heeft in haar analyse al aangegeven dat een overschrijding in 2012 bij zorgverzekeraars op de gecontracteerde zorg niet kan worden teruggehaald; een aanpassing van het risicovereveningssysteem zal dit probleem echter niet wegnemen, maar wel de prikkel bij zorgverzekeraars vergroten om de uitgaven te beheersen. Deze aanpassing is echter niet op korte termijn realiseerbaar.

De NZa ziet daarom voor 2012 geen betere oplossing voor het kunnen redresseren van eventuele BKZ overschrijding dan door middel van de generieke toepassing van het MBI.

Hoewel de NZa hiermee dus voor 2012 generieke toepassing van het MBI adviseert, is de NZa niettemin voorstander van initiatieven die de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing sterker bij de zorgverzekeraar leggen. De huidige wijze waarop BKZ kostenbeheersing is ingevuld lijkt echter op gespannen voet te staan met dergelijke initiatieven. Immers, al lopen de zorgverzekeraars zelf volledig risico over de uitgaven, dan nog kunnen deze uitgaven tot BKZ overschrijdingen leiden die binnen de huidige methodiek alleen op het niveau van de zorgaanbieders redresseerbaar zijn. Hierbij wordt opgemerkt dat bij generieke toepassing van het MBI niet is uitgesloten dat marktpartijen zelf stappen zetten op privaatrechtelijk gebied die tot vergelijkbare uitkomsten kunnen leiden als de met de ZN-variant beoogde uitkomsten. Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld besluiten om (een deel van) de MBI korting bij bepaalde zorgaanbieders te compenseren. Het is dan van belang dat deze geldstroom buiten de risicoverevening blijft en niet meetelt voor de zorguitgaven.

Kenmerk
11D0037208

Pagina
16 van 16

Voor 2012 adviseert de NZa derhalve om voor generieke toepassing van het MBI te kiezen. Voor 2013 en verder zouden specifieke varianten van het MBI (ook andere dan alleen de ZN variant) nader moeten worden verkend.