Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
Sanne Lubbers
Sc.lubbers@minvws,nl
T 070 340 5610

Ons kenmerk
CZ?IPZ-3003501

Zaaknummer
3003499

Bijlagen

Uw brief

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum
Betreft Onderbouwing Overschrijding Medisch Specialisten

Op basis van de realisatiecijfers over 2008 is een aanzienlijke overschrijding met een meerjarige doorwerking vastgesteld bij de in het BKZ voor medisch specialisten geraamde beschikbare middelen. Om deze overschrijding te redresseren heeft de minister van VWS uw zorgautoriteit op 6 juli 2009 opdracht gegeven om de honoraria van de vrijgevestigd medisch specialisten met € 375 miljoen te korten. De zorgautoriteit heeft hiervoor op 9 november 2009 een tariefsbeschikking afgegeven. Tegen deze tariefsbeschikking heeft de Orde van Medisch Specialisten bezwaar gemaakt en parallel aan het starten van de bezwaarprocedure tegen de tariefkorting heeft de Orde van Medisch Specialisten ook een voorlopige voorziening gevraagd bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb).

Eind januari heeft de voorzieningenrechter van het CBb het verzoek van de Orde en de wetenschappelijke verenigingen om een voorlopige voorziening afgewezen. De zorgautoriteit moet nu een beslissing nemen op de ingediende bezwaarschriften. Het CBb heeft in zijn uitspraak aangegeven dat uw zorgautoriteit daarbij onder andere opnieuw moet kijken naar de hoogte van het kortingsbedrag. Ook moet uw zorgautoriteit volgens het CBb bezien of het mogelijk is een redelijke differentiatie naar specialismen toe te passen.

Ten behoeve van de uitspraak die uw zorgautoriteit hierover moet doen is VWS verzocht om een nadere onderbouwing te gegeven van de overschrijding bij de vrijgevestigd medisch specialisten.

Met deze brief kom ik aan uw verzoek tegemoet. In de bijlage treft u een memo aan waarin ingegaan wordt op: a) de tot standkoming van het budgettair kader medisch specialisten, b) de onderbouwing van de door VWS berekende overschrijding, c) de CVZ cijfers en de ingeboekte taakstelling van € 175 miljoen en d) de resultaten van het PWC onderzoek.

Ik ga er vanuit dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd.

de Directeur-Generaal Curatieve Zorg,

drs. L.A.M. van Halder

BIJLAGE

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Curatieve Zorg

Inlichtingen bij
Coen Veld

T 070-3405561

Datum
7 mei 2010

memo

Onderbouwing overschrijding medisch specialisten

1. Inleiding

In dit memo wordt een onderbouwing gegeven van de overschrijding bij de vrijgevestigd medisch specialisten. Ten eerste zal worden ingegaan op de tot standkoming van het budgettair kader medisch specialisten. Daarna wordt ingegaan op de onderbouwing van de door VWS berekende overschrijding, de CVZ cijfers en de ingeboekte taakstelling van € 175 miljoen. Tot slot worden de resultaten van het PWC onderzoek besproken.

2. Kader medisch specialisten

2.1 Bezwaar Orde

De Orde van Medisch Specialisten plaatst in zijn verzoekschrift t.b.v. de voorlopige voorzieningprocedure bij het CBB (hierna: bezwaar) vraagtekens bij de door VWS geraamde middelen voor medisch specialisten (het zogenoemde kader medisch specialisten). De Orde voert aan dat de cijfers niet op enig openbaar stuk zijn terug te voeren en daarmee oncontroleerbaar en onaanvaardbaar zijn. Het gaat volgens de Orde van Medisch Specialisten om de voor vrijgevestigd medisch specialisten beschikbare middelen in 2008 en dus om het bedrag van het macrokader dat is opgebouwd uit € 1.591 miljoen voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in algemene ziekenhuizen die deelnamen aan een lokaal initiatief (lumpsum) plus € 111,9 miljoen voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in algemene ziekenhuizen die daar niet aan deelnamen.

2.2 Reactie VWS

De voor vrijgevestigde medisch specialisten beschikbare middelen zijn onderdeel van het budgettair kader zorg (BKZ). Het BKZ is de financiële ruimte die het kabinet aan het begin van een kabinetsperiode aanvaardbaar acht voor de zorg. Het BKZ functioneert daarbij als een plafond. Conform begrotingsregels dienen overschrijdingen van het BKZ zo veel mogelijk binnen het BKZ te worden opgevangen. Binnen het BKZ is een bepaalde groei van de uitgaven toegestaan. Het kabinet bepaalt aan het begin van de kabinetsperiode welke groei toegestaan is en in financiële zin welke 'groeiruimte' beschikbaar wordt gesteld. Ook die groeiruimte is feitelijk gemaximeerd. Uit deze groeiruimte dienen o.a. demografische ontwikkelingen, innovatie en andere (volume- en prijs) ontwikkelingen te worden betaald. Jaarlijks werd in de afgelopen kabinetsperiode het BKZ jaarlijks aangepast door middel van de prijs nationale bestedingen. Daarnaast kan het kader muteren als gevolg van beleidsmatige mutaties, die zowel tot een plus als een min kan leiden. Voorbeelden hiervan zijn de structurele

ophoging van het kader medisch specialisten met € 250 mln. in 2007, en de strcuturele neerwaartse bijstelling van € 175 mln in 2008 in verband met de maatregel uurtarief. Op deze twee mutaties wordt nader ingegaan in paragraaf 7.

Het BKZ is onderverdeeld in onderliggende sectoren (en deelsectoren). Deze sectoren worden ook wel kaders genoemd. Voor de sectoren geldt feitelijk hetzelfde als voor het totale BKZ, namelijk dat dit de door het kabinet aanvaardbaar geachte budgettaire ruimte is voor een bepaalde sector. Deze budgettaire ruimte per sector wordt jaarlijks opgehoogd in verband met de nominale ontwikkeling (inflatie en loonontwikkeling) en groeiruimte. Deze groeiruimte wordt op basis van een zo goed mogelijke raming over de verschillende sectoren verdeeld. Daarnaast kunnen afspraken binnen het kabinet over extra uitgaven (intensiveringen), of afspraken over minder uitgaven (ombuiging/bezuiniging/taakstelling) leiden tot aanpassing van het kader. Ook kan op basis van bijvoorbeeld realisatiecijfers worden besloten het kader neerwaarts of omhoog bij te stellen. Hierbij blijft een rol spelen of en in welke mate een bijstelling aanvaardaar wordt geacht. Bovenstaande is ook van toepassing op de sector vrijgevestigde medisch specialisten. Er is dus feitelijk geen sprake van, zoals de Orde stelt, een van onderop opgebouwd financieel kader. Het kader is een raming van aan een sector toe te rekenen middelen waarop in de tijd gemuteerd wordt.

In de begroting van VWS 2009 (p. 59) is de tabel premie-uitgaven opgenomen. Eén van de posten is de post medisch specialisten. Voor 2008 gaat het om een bedrag van € 1.891,3 mln. Deze post is een optelling van de sectoren medisch specialisten voormalig lumpsum, medisch specialisten die geen deel uitmaakten van de lumpsum, extramuraal werkende medisch specialisten en ZBC's (zowel de honoraria als kosten). Het is niet zo, hetgeen de Orde stelt, dat geraamde middelen voor specialisten uit geen enkele openbare bron te traceren zijn. In de begroting is sprake van een beschikbare reeks. Aan deze reeks liggen echter verschillende andere reeksen ten grondslag. Het is gebruikelijk dat in begrotingen niet alle onderliggende reeksen, sectoren, sub-artikelonderdelen etc. expliciet zichtbaar zijn. VWS heeft aan de Orde wel de onderliggende cijfers beschikbaar gesteld.

Voor de berekening van de overschrijding is het kader medisch specialisten geconfronteerd met de schade zoals gerapporteerd door het CVZ (gecorrigeerd voor het deel van de schadelast dat niet correspondeert met het budgettair kader medisch specialisten en gecorrigeerd voor overige trajecten, verrichtingen en producten). Voor deze confrontatie zijn de beschikbare middelen voor de sector medisch specialisten voorheen deelnemers lumpsum en de deelnemers niet-lumpsum opgeteld (gecorrigeerd voor de kosten voor de ZBC's en extramuraal werkende medisch specialisten).

2.3. Opbouw kader

In deze paragraaf wordt uitgelegd hoe het kader is opgebouwd en op welke groepen van medisch specialisten het kader betrekking heeft. Dit inzicht is noodzakelijk om te bepalen aan welke groepen specialisten het corresponderende deel van de schadelast moet worden toebedeeld.

Voor wat betreft de bekostiging van medisch specialisten en het onderlinge dienstverband met het ziekenhuis kunnen de volgende categorieën worden onderscheiden.

a) Medisch specialistische zorg geleverd door vrijgevestigd medisch specialisten, die tot en met 2007 werden bekostigd met de lumpsum en deze lumpsum zelf ontvingen (risico specialist). Vanaf 2008 ontvingen deze specialisten voor eigen rekening en risico het DBC-honorarium (uurtarief).
b) Medisch specialistische zorg geleverd door vrijgevestigd medisch specialisten, die tot en met 2007 géén lumpsum ontvingen. Deze specialisten declareerden honorariumtarieven en ontvingen deze tarieven zelf (risico specialist). Vanaf 2008 ontvingen deze specialisten voor eigen rekening en risico het DBC-honorarium (uurtarief).
c) Medisch specialistische zorg geleverd door specialisten waarvoor het ziekenhuis een budgetvergoeding ontvangt en waarbij de specialist in loondienst werkt voor het ziekenhuis. De gedeclareerde honorariumtarieven dienen enkel ter dekking van het budget (A-segment). Het ziekenhuis betaalt de specialist een afgesproken loon (risico ziekenhuis).
d) Medisch specialistische zorg geleverd door specialisten waarvoor het ziekenhuis géén budgetvergoeding (meer) ontvangt, omdat met de introductie en uitbreiding van het B-segment deze loonkosten-budgetvergoeding uit het budget van deze ziekenhuizen is geschoond en waarbij de specialist in loondienst werkt voor het ziekenhuis. Het ziekenhuis ontvangt de honorariumtarieven (uurtarief) m.b.t. productie in het B-segment als opbrengst en betaalt de specialist een afgesproken loon (risico ziekenhuis)
e) Medisch specialistische zorg geleverd door specialisten, die tot en met 2007 werden bekostigd met de lumpsum, en waarvoor het ziekenhuis geen budgetvergoeding meer ontvangt. Het ziekenhuis heeft er bewust voor gekozen het eigen budget te laten schonen voor de budgetvergoeding. In plaats daarvan ontvangt het ziekenhuis tot en met 2007 de lumpsum en vanaf 2008 het DBC honorarium (uurtarief). Het ziekenhuis betaalt de specialist een afgesproken loon (risico ziekenhuis).
f) Medisch specialistische zorg geleverd door specialisten, die tot en met 2007 géén lumpsum ontvingen, en waarvoor het ziekenhuis geen budgetvergoeding meer ontvangt. Het ziekenhuis heeft er bewust voor gekozen het eigen budget te laten schonen voor de budgetvergoeding. In plaats daarvan ontvangt het ziekenhuis tot en met 2007 de honorariumtarieven en vanaf 2008 het DBC honorarium (uurtarief). Het ziekenhuis betaalt de specialist een afgesproken loon (risico ziekenhuis).

Voor de genoemde categoriën is de toerekening aan het budgettair kader medisch specialisten primair afhankelijk van de wijze waarop de specialist worden bekostigd, niet het soort dienstverband met het ziekenhuis;

Categorie a en b betreffen beide medisch specialistische zorg geleverd door vrijgevestigd medisch specialisten die voor eigen rekening en risico honorarium ontvangen. Deze beiden categoriën maken derhalve onderdeel uit van het kader medisch specialisten.

Voor categorie c is een budgetvergoeding opgenomen in het budget van ziekenhuizen. Aangezien het ziekenhuiskader historisch gezien gebaseerd is op

deze budgetcijfers van ziekenhuizen (die periodiek door de NZa aan VWS worden geleverd), maakt categorie c derhalve geen onderdeel uit van het kader medisch specialisten, maar het kader ziekenhuizen.

Categorie d betreft medisch specialistische zorg geleverd door specialisten waarvoor geen budgetvergoeding meer aanwezig is in verband met invoering en uitbreiding B-segment. Aangezien het kader ziekenhuizen geen onderscheid maakt tussen A- en B-segment, zijn de in het kader beschikbare middelen voor deze specialisten in het kader ziekenhuizen gebleven. Categorie d maakt derhalve onderdeel uit van het kader ziekenhuizen.

Voor categorie e is van belang dat de medisch specialistische zorg wordt geleverd door specialisten die weliswaar in loondienst zijn, maar wordt bekostigd uit het kader medisch specialisten. Het kader medisch specialisten is historisch gezien (en dus ook het kader 2008) gebaseerd op lumpsumcijfers van de NZa. De NZa maakte daarbij geen onderscheid of de lumpsum werd ontvangen door de specialist zelf (categorie a) of het ziekenhuis (categorie e). De honorariumomzet die samenhangt met de medisch specialistische zorg geleverd door specialisten in categorie e dient derhalve ook te worden toegerekend aan het kader medisch specialisten.

Categorie f is hetzelfde als categorie e, met het verschil dat in categorie f het ziekenhuis tot en met 2007 niet de lumpsum ontving, maar de toen geldende honorariumtarieven. Aangezien er geen lumpsum werd ontvangen, zijn de specialisten in categorie f niet opgenomen in de lumpsumcijfers van de NZa, en daarmee ook niet onderdeel van het kader medisch specialisten dat op die lumpsumcijfers is gebaseerd.

Conclusie
Samengevat betekent bovenstaande dat categorieën a, b, en e dienen te worden toegerekend aan het kader medisch specialisten. Hieronder vallen dus ook specialisten die in loondienst zijn en waarbij het ziekenhuis tot en met 2007 de lumpsum ontving.

3. Onderbouwing overschrijding en de CVZ cijfers

3.1 CVZ cijfers
Hieronder wordt ingegaan op de onderbouwing van de door VWS berekende overschrijding van € 375 miljoen bij de vrijgevestigd medisch specialisten. Voor deze berekening zijn primair twee bronnen van belang: de realisatiecijfers van de honorariumkosten van medisch specialisten en het beschikbare bedrag voor vrijgevestigd medisch specialisten binnen het BKZ. Door deze twee bronnen met elkaar te confronteren wordt de overschrijding berekend.

De minister van VWS houdt, vanuit zijn verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg, de ontwikkeling van de kosten nauwlettend in het oog. Voor het volgen van de kostenontwikkeling van door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren en niet gebudgetteerde sectoren, zoals ook vrijgevestigd medisch specialisten, verleende zorg worden daartoe gegevens gebruikt van het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ). Het CVZ is een zelfstandig bestuursorgaan, dat op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) verschillende taken uitvoert[1]. Een van deze taken is het 'signaleren' van

[1] Zie hoofdstuk 6 (artikelen 58-76) Zvw

feitelijke ontwikkelingen op het gebied van zorgverzekeringen aan de minister van VWS[2].

Zorgverzekeraars zijn verplicht ieder kwartaal gegevens te verschaffen aan het CVZ over de schadelast als gevolg van in rekening gebrachte DBC's; het kostendeel en het honorariumdeel moeten afzonderlijk worden verantwoord. De schadelast betreft de door de verzekeraars daadwerkelijk betaalde schade en is daarom de schade die het best aansluit bij het schadebegrip van het BKZ. Zorgverzekeraars zijn verplicht jaarlijks de schadelast per ziekenhuis aan het CVZ te melden[3]. Op basis van deze gegevens rapporteert het CVZ periodiek aan het ministerie van VWS over de kostenontwikkeling. Het CVZ brengt ieder kwartaal een openbare rapportage uit over de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg[4].

Het CVZ heeft zo ook in juni 2009 en oktober 2009, alsmede maart 2010 aan het ministerie van VWS gegevens verschaft over de honorariumkosten van medisch specialisten in 2008 (hierna: juni 2009, oktober 2009 en maart (2010) cijfers). VWS heeft deze gegevens gebruikt om de kosten van vrijgevestigde medisch specialisten te vergelijken met het daarvoor beschikbare macrobudget voor 2008. Tabel 1 geeft de berekening weer.

Tabel 1. Onderbouwing overschrijding 2008

	CVZ-cijfers Juni 2009	*CVZ-cijfers Oktober 2009*	*CVZ-cijfers maart 2010*
CVZ cijfers			
a. honoraria A-DBC's algemene en categorale ziekenhuizen	1777	1.912	1.983
b. honoraria B-DBC's algemene en categorale ziekenhuizen	489	503	506
c. overige trajecten en verrichtingen Algemene en categorale ziekenhuizen	150	160	172
d. honoraria psychiaters A-segment			-6
e. honoraria specialisten Algemene en categorale ziekenhuizen niet opgenomen in budgettair kader medisch specialisten	-338	-361	-380
f. Totale kosten 2008	2.078	2.214	2275
VWS-kader			
g. Kader medisch specialisten	1.891	1.891	1.891
h. Kader ZBC's en extramuralen	-188	-188	-188
i. Schoning opleidingenfonds			15
j. Macrokader vrijgevestigden 2008	1.703	1.703	1.718
k. Overschrijding 2008	375	512	557

[2] Artikel 66 lid 2 Zvw.
[3] Artikel 88 Zvw. Zie Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet, onder 2.2.1 en 2.2.3.
[4] Zie bijvoorbeeld Zorgcijfers kwartaalbericht 1e kwartaal 2009, CVZ (bijlage 35).

De aanwijzing van 6 juli 2009, waaruit het bestreden besluit voortvloeit, is gebaseerd op de toen meest recente cijfers, die van juni 2009 (grijs gearceerd in tabel 1). Op dat moment werd de overschrijding becijferd op € 375 miljoen. Deze overschrijding staat opgenomen in de toelichting op de VWS-begroting voor 2010[5].
De oktobercijfers (2009) leidden tot een overschrijding van € 512 miljoen. Deze overschrijding staat opgenomen in de toelichting op de tweede suppletore begrotingwet van het ministerie van VWS[6].

3.2 Toelichting berekening
De door VWS gemaakte berekening kan als volgt worden toegelicht. Steeds wordt in de kantlijn verwezen naar de rijen in de tabel waarop de toelichting betrekking heeft.

a/b De totalen van de honoraria voor de DBC's in het A- en B-segment zijn afkomstig van de juni (2009)- respectievelijk oktober (2009) en maartlevering (2010) van het CVZ.
Zoals in de tabel 1 te zien is, zijn er verschillen tussen de cijfers die in juni 2009, oktober 2009 en maart 2010 beschikbaar waren en de daaruit voortvloeiende hoogte van de overschrijding (rijk).

Deze verschillen zijn te verklaren, doordat de gegevens van het CVZ afkomstig zijn van zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars verstrekken gegevens over hun schadelast: dit zijn de medische behandelingen (in dit geval: DBC's) die in een bepaalde periode zijn aangevangen. Een DBC kan pas in rekening worden gebracht, wanneer de behandeling is afgesloten[7]. Er zit dus een zeker tijdsverloop tussen (i) de aanvang van een behandeling, (ii) het einde daarvan en (iii) het moment van declaratie van de bijbehorende DBC.

Om deze reden raken de zorgverzekeraars geleidelijk met de schadelast voor 2008 (in dit geval: de DBC's behorend bij in 2008 aangevangen behandelingen) bekend. Met gebruikmaking van de reeds vaststaande schadelastcijfers, historische gegevens en rekenkundige modellen zijn verzekeraars in staat inschattingen te maken van de nog te verwachten declaraties (in CVZ rapportages: 'de balanspost') en, daarmee, van de totale schadelast.

---

[5], Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI nr. 2, p. 177-178. De overschrijding is verwerkt in de
post 'actualisatie' (p. 177), in de toelichting (p. 178) is de overschrijding uitgesplitst naar de verschillende
sectoren van de gezondheidszorg. De in deze procedure bestreden maatregel is eveneens in dit overzicht
verwerkt (letter g).

[6] Kamerstukken II 2009/10, 32 222 XVI, nr. 2, p. 24 en 27. Hieruit blijkt dat de overschrijding
bij de vrijgevestigd specialisten € 61,6 miljoen hoger is dan de € 450 miljoen die werd geraamd in de
toelichting op de eerste suppletore begrotingswet (Kamerstukken II 2008/09, 31 965 XVI, nr. 2, p. 23.

[7] In het geval dat de behandeling langer duurt dan een jaar, wordt de DBC een jaar na aanvang gesloten en wordt een volgende DBC geopend.

Naarmate de tijd vordert, wordt het deel van de schadelast dat op deze wijze wordt 'bijgeschat' (de zgn. balanspost) uiteraard steeds kleiner. De junicijfers (2009) van het CVZ bestaan voor circa 60% uit vaststaande schadelastcijfers en voor circa 40% uit inschattingen; in de oktobercijfers (2009) is deze verhouding gewijzigd tot circa 85% vaststaande schadelastcijfers en circa 15% inschattingen. In maart (2010) is 97% vaststaande schadelastcijfers en circa 3% inschattingen. Met andere woorden, de zekerheid van de cijfers neemt toe.

NB. De cijfers bij a en b in de tabel hebben enkel betrekking op de algemene en categorale ziekenhuizen. De reden hiervoor is dat in academische ziekenhuizen geen vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam zijn: in de academische ziekenhuizen werken enkel medisch specialisten in loondienst waarbij het ziekenhuis een budgetvergoeding ontvangt of waarvoor de budgetvergoedingen deels zijn geschoond bij de introductie en uitbreiding van het B-segment (zie ook categorien c en d uit paragraaf 2.3).

c In de berekening van de overschrijding heeft VWS voor het honorariumdeel van de OVP's en OVT's gebruik gemaakt van de cijfers van Vektis. Het bezwaar van de Orde is dat deze gegevens niet afkomstig zjin uit enige openbare, controleerbare bron.

Het totaal van de honoraria voor producten op verzoek van de eerste lijn of in het kader van onderlinge dienstverlening (OVP) en voor overige trajecten en verrichtingen (OVT) kon niet aan cijfers van het CVZ worden ontleend, omdat de zorgverzekeraars voor deze prestaties geen afzonderlijke cijfers over kosten en honoraria aan het CVZ verstrekken. Om deze reden heeft VWS gegevens gebruikt uit het onderzoek van Vektis, een onderzoeksinstituut dat in opdracht van VWS en de brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de kostenontwikkeling van medisch specialistische zorg in 2008 heeft onderzocht8. Vektis kan de bovengenoemde splitsing van kosten en honoraria bij OVP's en OVT's wel maken. Voor deze methodiek is gekozen omdat Vektis, net als het CVZ, gebruik maakt van schadecijfers van verzekeraars, en er op die manier gelijksoortige informatie met elkaar wordt vergeleken bij het berekenen van de overschrijding. De raming van Vektis is als volgt opgebouwd.

De analyses van Vektis zijn gebaseerd op werkelijk uitbetaalde declaraties van zorgverzekeraars aan ziekenhuizen. Wanneer Vektis uitspraken doet over de schadelast dan is dit ook echt uitbetaald geld.

De OVP en OVT's kunnen in de declaraties worden herkend aan de declaratiecode. In de database van Vektis zijn de OVT en OVP declaraties separaat geanalyseerd. Van iedere OVP en OVT is bekend welk bedrag de specialist ontvangt. Er is dus exact (per declaratie) berekend wat het honorarium is. Het totaalbedrag van alle OVP/OVT-declaraties is tot slot nog geëxtrapoleerd op basis van de schade-afwikkelingspatronen 2007 (zie boven). In totaal zijn de honorariumkosten van de OVP/OVT-declaraties circa € 173 miljoen in de Vektis rapportage.

Dit OVP /OVT cijfer van Vektis is vervolgens gecorrigeerd om een zo goed mogelijke aansluiting met de CVZ-cijfers tot stand te brengen. Deze (neerwaartse) correctie is toegepast omdat de door Vektis gerapporteerde totaal van de DBC honoraria hoger was dan het door het CVZ berekende totaal. In cijfers:

[8] 'Schadelast medisch specialistische zorg' (Vektis, juni 2009)

De door Vektis gerapporteerde honorariumkosten 2008 (exclusief OVP / OVT) voor algemene ziekenhuizen is in totaal € 2,5 miljard. De door CVZ gerapporteerde honorariumkosten 2008 (exclusief OVP /OVT) voor algemene ziekenhuizen is € 2,3 miljard (obv juni cijfers 2009). Het Vektis cijfer ligt daarmee in totaal circa 10% boven het CVZ cijfer[9]. De door Vektis gerapporteerde honorariumkosten van OVP /OVT (circa € 173 miljoen) is verlaagd met 10%, om een zuivere aansluiting met CVZ te maken en de kosten voor OVT/OVP's niet te overschatten, ofwel niet in een een grotere verhouding deel uit te laten maken van de totale schade.
In oktober 2009 is dit 'afslagpercentage' circa 4%, in de maartcijfers circa 1%. Dit dalende percentage wordt veroorzaakt doordat de CVZ oktober 2009 en maart 2010 cijfers zijn gestegen ten opzichte van de juni 2009 cijfers en dichter in de buurt komen van de door Vektis gerapporteerde cijfers.

De Orde merkt op dat de cijfer niet uit openbare bron afkomstig is. VWS merkt op dat omdat de benodigde informatie niet ontleend kon worden aan een vaste gegevensleverancier en/of openbare bron, er onderzoek is uitgevoerd om tot een goede inschatting van de omvang van de honoraria van de OVT/OVP's te komen. De gehanteerde cijfers maken geen onderdeel uit van een openbaar onderzoek van Vektis maar zijn achterliggende cijfers.

Conclusie OVT's en OVP's
De honorariumschade is door Vektis gebaseerd op uitbetaalde declaraties van verzekeraars aan ziekenhuizen. Vektis kan de declaraties van OVT's en OVP's binnen dit systeem onderscheiden van andere declaraties door de zogenaamde declaratiecode. Deze cijfers hebben om die redenen een hoog betrouwbaarheidsgehalte. VWS is behoedzaam en zorgvuldig met deze cijfers omgesprongen, door het door Vektis becijferde bedrag voor OVP en OVT's met een percentage af te slaan om de aansluiting met de CVZ cijfers te houden en geen overschatting van de schade te maken.

d In de schadecijfers van het CVZ, onderdeel a van tabel 1, is ook de honorariumomzet van het specialisme Psychiatrie opgenomen. De honorariumomzet van psychiaters dient echter niet te worden toegerekend aan het kader medisch specialisten. Derhalve is de honorariumomzet van het CVZ neerwaarts bijgesteld. Per brief van 10 februari 2010 heeft het CVZ aan de NZa een overzicht verstrekt van de honorariumomzet bij algemene ziekenhuizen in 2008, uitgesplitst per specialisme. Het aandeel van het specialisme Psychiatrie binnen de totale honorariumomzet voor het A-segment bedroeg 0,3%.
Derhalve is op het honorarium een neerwaartse correctie gedaan voor een bedrag gelijk aan 0,3% van de totale honorariumomzet in het A-segment, onderdeel a in tabel 1. Voor de honorariumomzet B-segment is geen bijstelling gedaan, omdat in de rapportage van het CVZ het specialisme Psychiatrie geen omzet B-segment heeft.

e Het totaal van de honoraria voor DBC's, OVP en OVT is verlaagd met de honoraria die in rekening zijn gebracht voor prestaties, verricht door medisch specialisten waar het budgettair kader medisch specialisten geen betrekking op heeft. In paragraaf 2.3. is uitgelegd welke omzetten van welke medisch

[9] Dit verschil kan onder andere verklaard worden doordat de door Vektis gemaakte analyses met een andere (oudere of nieuwere) dataset zijn gedaan dan de CVZ rapportages. Daarnaast kan het verschil verklaard worden door het verschil in berekeningsmethodiek.

specialisten niet aan het kader medisch specialisten toegerekend moeten worden. De volgende groepen kunnen worden geïdentificeerd:

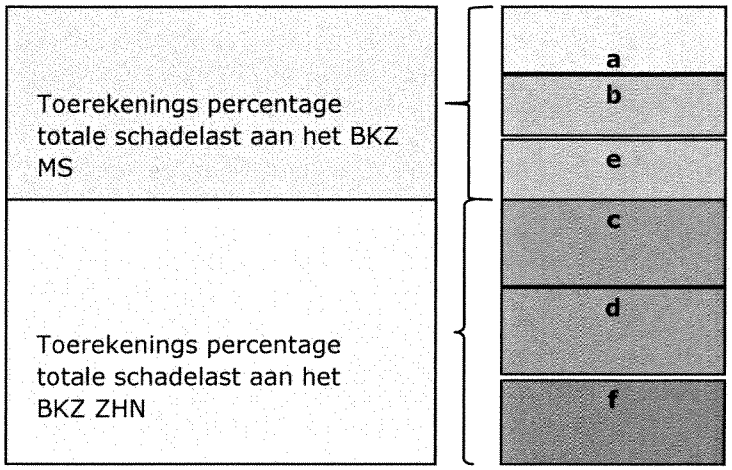
- Categorie a: Vrijgevestigd medisch specialisten die voorheen de lumpsum ontvingen
- Categorie b: Vrijgevestigd medisch specialisten die voorheen niet de lumpsum ontvingen, maar tarieven declareerden
- Categorie c: Medisch specialisten in loondienst waarvoor het ziekenhuis een budgetvergoeding ontvangt (A-segment productie)
- Categorie d: Medisch specialisten in loondienst, waarvoor het ziekenhuis geen budgetvergoeding meer ontvangt (B-segment productie)
- Categorie e: Medisch specialisten in loondienst, waarvoor het ziekenhuis de budgetvergoeding heeft laten schonen. Het ziekenhuis ontving tot en met 2007 als alternatief de lumpsum.
- Categorie f: Medisch specialisten in loondienst, waarvoor het ziekenhuis de budgetvergoeding heeft laten schonen. Het ziekenhuis declareerde tot en met 2007 als alternatief tarieven.

VWS heeft op de totale honorariumkosten een correctie toegepast voor bovengenoemde loondienstgroepen c, d en f, aangezien deze geen onderdeel zijn van het kader vrijgevestigd specialisten. Hiertoe is gebruik gemaakt van gegevens van Vektis en de NZa.

Wellicht ten overvloede. In het document 'Percentage schadelast ten laste van BKZ Medisch Specialisten' van 29 april 2010 maakt de NZa een indeling van specialisten in vier categorien specialisten:

1 Honoraria door vrijgevestigde maatschappen; geen ziekenhuisbudget beschikbaar. Lumpsumdeelnemers en niet lumpsum deelnemers (in 2007)
2 Honoraria door maatschappen in loondienst; geen ziekenhuisbudget beschikbaar –lumpsumdeelnemer (in 2007)
3 Honoraria door maatschappen in loondienst; geen ziekenhuisbudget beschikbaar – geen lumpsumdeelnemer (in 2007)
4 Honoraria door maatschappen in loondienst; ziekenhuisbudget beschikbaar – geen lumpsumdeelnemer (in 2007)

Als de categorisering van VWS wordt toegepast op de indeling van de NZa en Vektis hebben gehanteerd, ziet dit er als volgt uit:



Vektis beschikt over honorariumgegevens van elke vakgroep in elk ziekenhuis. Daarnaast beschikt de NZa over informatie, waaruit blijkt tot welke categorie een vakgroep bestaat (genoemde categoriën 1 t/m 4). Door gebruik van beide typen gegevens kan het honorarium van elke vakgroep al dan niet worden toegerekend aan het kader medisch specialisten.

Door optelling ontstaan totalen van de aan het kader medisch specialisten toe te rekenen honorariumschade (categoriën a, b en e) en de de honorariumschade die niet aan het kader medisch specialisten toegerekend moet worden (categoriën c, d en f).

Het percentage van de totale honoraria dat correspondeert met het budgettairkader medisch specialisten wordt als volgt berekend door de omzet van groep 3 en 4 te delen door de totale omzet (van groep 1 tm 4 gezamenlijk). Dit percentage is door NZa berekend op 14.33% op grond van omzetgegevens per groep die door Vektis zijn geleverd.

De correctie met € 380 miljoen euro is bepaald op basis van 14,33% van de totale honorariumomzet van € 2.655 miljoen (de optelling van de onderdelen a tm d).

f De aldus berekende correctie (rij e) is vervolgens in mindering gebracht op de totalen van de honoraria voor DBC's, OVP en OVT (rijen a, b, c en d). Dit levert het totaal van kosten die ten laste van het kader medisch specialisten in 2008 moet worden gebracht

g Het macrokader voor medisch specialisten in 2008 is het getal dat in de toelichting op de VWS-begroting 2009 is opgenomen. Ten tijde van de aanwijzing, die heeft geleid tot de bestreden besluiten, was dit de meest recente stand van het BKZ. Het BKZ betreft het totaal aan geraamde uitgaven voor de zorg die het kabinet aanvaardbaar acht. Het BKZ is opgebouwd uit verschillende deelsectoren. Aan het begin van een kabinetsperiode stelt het kabinet vast wat het totaal van deze deelsectoren dient te zijn voor de komende jaren. Daarbij stelt het kabinet vast in welke mate groei van de uitgaven is toegestaan naast nominale bijstellingen.

h Het macrokader voor medisch specialisten omvat in de boekhouding van VWS drie 'deelkaders':
- vrijgevestigde medisch specialisten die tot 2008 onder een lumpsum vielen;
- vrijgevestigde medisch specialisten die tot 2008 niet onder een lumpsum vielen;
- zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en extramuraal werkende medisch specialisten.

Het deelkader voor ZBC's en extramuraal werkende medisch specialisten bedroeg in 2008 € 188 miljoen. Aangezien de ZBC's feitelijk een andere deelsector betreft, die ook separaat wordt afgerekend, zijn voor de berekening van de overschrijding enkel de deelkaders van belang die betrekking hebben op de vrijgevestigd medisch specialisten. Het deelkader ZBC's wordt dus buiten beschouwing gelaten. Dit volgt ook uit de tabel: hierin is te zien dat de daar gepresenteerde honorariumkosten (regel a t/m d) enkel betrekking hebben op algemene en categorale ziekenhuizen.

i In het kader medisch specialisten (rij g) is een bedrag opgenomen voor de schoning ten behoeve van het opleidingsfonds ter hoogte van (minus) € 31,6 mln. Dit bedrag is een negatieve correctie en leidt defacto tot een daling van het kader. De in het kader medisch specialisten verwerkte schoning van € 31,6 mln. blijkt op basis van recente lumpsumgegevens van de NZa te hoog, en wordt derhalve bijgesteld naar € 17 mln. Dit leidt feitelijk tot een ophoging van het kader medisch specialisten met € 14,6 mln. Een uitgebreidere toelichting op dit punt is opgenomen in paragraaf 8.

j Het macrokader voor de vrijgevestigde medisch specialisten in 2008 is berekend door het macrokader medisch specialisten (rij g) te verminderen met het deelkader voor ZBC's en extramuraal werkende medisch specialisten (rij h) en te vermeerderen met schoning opleidingsfonds (rij i).

k De overschrijding van het macrokader voor de vrijgevestigden is berekend door van de werkelijke kosten voor vrijgevestigd medisch specialisten (rij f) het macrokader voor vrijgevestigd medisch specialisten (rij j) af te trekken.

4. CVZ maart cijfers 2010

Voor de aanwijzing van (in totaal) € 512 mln. is van belang dat daarin de meest recente inzichten zijn verwerkt. In de meest recente CVZ cijfers van maart 2010 is de door CVZ gepresenteerde honorariumschade gestegen ten opzichte van de oktobercijfers 2009. Dit leidt derhalve tot een opwaartse bijstelling van de overschrijding. De maart 2010 cijfers van het CVZ zijn meer volledig en derhalve meer betrouwbaar dan de juni 2009 en oktober 2009 cijfers. Zie hiervoor paragraaf 5.

Over het gebruik van nieuwe CVZ cijfers in 2010 is het volgende opgenomen in de voorhangbrief van de aanwijzing € 512 miljoen[10]:

'Mochten er in 2010 nog nieuwe cijfers komen op basis waarvan de overschrijding bij de vrijgevestigde medisch specialisten in dat jaar aanpassing behoeft dan ik

[10] Kamerstukken II, 2009/2010, 29 248, nr. 107

ben niet voornemens om hiervoor voor 2010 nog additionele maatregelen aan te kondigen.'

Dit wil zeggen dat de Minister op basis van de cijfers over 2008 voor het jaar 2010 geen nieuwe maatregelen meer zal aankondigen bovenop de (in totaal) € 512 miljoen die in de voorhangbrief is aangekondigd. Wil de minister zich aan zijn toezegging houden, dan is het dus niet mogelijk in 2010 nog een maatregel te treffen voor een bedrag hoger dan (in totaal) € 512 miljoen. Wel is het mogelijk de reeds aangekondigde maatregel van € 512 miljoen te handhaven.

Aangezien de overschrijding op basis van de maart 2010 cijfers 557 mln. bedraagt (zie tabel 1), is er geen beletsel de aangekondigde maatregel van € 512 mln. te handhaven.

5. Betrouwbaarheid CVZ cijfers

5.1. Bezwaar Orde

De Orde stelt dat bij de berekening van de overschrijding wordt uitgegaan van een gerealiseerde honorariumomzet in het A-segment en het B-segment van € 2.265,8 miljoen op basis van cijfers van CVZ. Dit berust volgens de Orde voor een groot deel op schattingen en balansposten. Volgens de Orde vertegenwoordigen de balansposten in de schadelastgegevens van CVZ een grote onzekerheid in de beweerde overschrijdingen. Het is volgens de Orde maar de vraag of de opgevoerde balansposten uiteindelijk geheel worden vervangen door daadwerkelijk gerealiseerde schadelast of dat zij gedeeltelijk verdampen.

5.2. Reactie VWS

VWS heeft zich bij het berekenen van de overschrijding primair gebaseerd op de CVZ cijfers. Hierbij kan verwezen worden naar tabel 1 en de toelichting op de daarin opgenomen posten a en b in paragraaf 3.2. In die toelichting wordt al enige duiding gegeven van de mate waarin de CVZ cijfers in de loop van de tijd meer zeker worden door het afnemen van de balanspost. In tabel 2 wordt dit cijfermatig toegelicht en zal duidelijk worden dat de stelling van de Orde op dit punt geen stand houdt.

Tabel 2. (x mln. €)

Rapportage	(a) Betaalde declaraties	(b) Balanspost	(c) Totaal	(d) Aandeel balanspost
juni 2009	1.254,0	1.011,8	2.265,8	44,7%
oktober 2009	2.072,8	342,3	2.415,1	14,2%
januari 2010	2.275,5	240,6	2.516,1	9,6%
maart 2010	2.400,7	87,8	2.488,5	3,5%

In Tabel 2 is per CVZ rapportage (juni 2009 en oktober 2009, januari 2010 en maart 2010) aangegeven wat de daadwerkelijk betaalde declaraties zijn (kolom a), de geschatte balanspost (kolom b), het totaal (kolom c =a+b) en wat het aandeel van de balanspost is in de totale gerapporteerde schade (kolom d = b / c). Het betreft in alle gevallen schadecijfers over het jaar 2008.

In de juni 2009 rapportage van het CVZ is er reeds € 1.254,0 mln. uitbetaald. Daarnaast wordt in juni 2009 de balanspost geschat op € 1.011,8 mln.: de nog te

verwachte schade. Vervolgens is te zien dat in de eerstvolgende CVZ rapportage van oktober 2009 deze € 1.011,8 mln. zich grotendeels heeft vertaald in daadwerkelijke schade: de declaraties in de oktober 2009 rapportage (kolom a) zjin ten opzichte van de juni 2009 rapportage met € 818,8 mln. miljoen gestegen. In de oktober 2009 rapportage is daarnaast nog een balanspost opgenomen van € 342,3 mln. Ook deze balanspost vertaald zich grotendeels door in daadwerkelijke schade: in de daaropvolgende CVZ rapportage van januari 2010 is te zien dat de declaraties (kolom a) ten opzichte van de oktober rapportage met € 202,7 mln. zijn gestegen.

In de januari 2010 rapportage van het CVZ (2010) is voor het jaar 2008 nog steeds een balanspost aanwezig van € 240,6 mln[11]. Ook deze balanspost vertaald zich voor een groot deel door in daadwerkelijke schade: in de daaropvolgende CVZ rapportage van maart 2010 is te zien dat de declaraties (kolom a) ten opzichte van de januari rapportage met € 125,2 mln. zijn gestegen.

5.4. Conclusie

In bovenstaande analyse is duidelijk te zien dat de gerapporteerde balansposten in de CVZ rapportages zich steeds vertalen in daadwerkelijke schade in de daaropvolgende rapportage(s). Aangezien de balansposten dus een goede inschatting geven van de nog te nog te verwachten schade, is het gerechtvaardigd dat VWS deze meeneemt in het bepalen van de overschrijding.
Daarnaast leiden de CVZ cijfers van de maart 2010 rapportage tot een overschrijding van € 557 mln. Gezien de nagenoeg definitieve aard van deze maart 2010 cijfers kan gesteld worden dat de overschrijding, op basis waarvan de (door de Orde bestreden) maatregelen zijn genomen, geen overschatting is geweest. Bovendien heeft bovenstaande analyse betrekking op de schade in het jaar 2008. Ook in 2009 zet de overscrijding zich voort. Zie hiervoor paragraaf 6.

6. CVZ cijfers 2009

De tot op heden door VWS berekende overschrijding is gebaseerd op schadelastcijfers over het jaar 2008 van het CVZ. In de recente maart 2010 rapportage van het CVZ zijn ook schadecijfers over het jaar 2009 opgenomen. Hieruit blijkt dat de overschrijding zich in 2009 voort zet.[12]

Omdat de overschrijding 2009 geen onderwerp is in het bezwaar van de Orde wordt in dit memo niet verder op deze cijfers ingegaan. Verwezen wordt naar het jaarverslag 2009 en de 1e suppletoirewet

7. Onderbouwing € 175 mln

7.1. Uitgangspunten

[11] DBC's kunnen namelijk een lange looptijd kunnen hebben, oplopend tot een jaar. Van de DBC's die eind 2008 zijn geopend, zal een deel dus pas laat in 2009 gesloten worden. Deze DBC's zullen nog niet als schade zijn gerapporteerd door het CVZ. Dit verklaart dan ook dat ook in de maartlevering 2010 nog een balanspost van 3,5% kan zitten voor het jaar 2008.
[12] De cijfers 2009 worden gepubliceerd in het Jaarverslag 2009 en de eerste suppletore begrotingswet 2010. Deze worden naar verwachting half mei aan de Tweede Kamer gezonden. Wellicht ten overvloede: de cijfers in het Jaarverslag 2009 en de eerste suppletore begrotingswet 2010 zijn cijfers onder voorbehoud. De cijfers zijn gebaseerd op de CVZ rapportage van maart 2010. De cijfers zijn nog niet gecorrigeerd voor dat deel dat toegerekend dient te worden aan het budgettair kader van de ziekenhuizen

Het macrokader geeft weer welke kosten de minister voor de gezondheidszorg als geheel en voor de verschillende deelsectoren aanvaardbaar acht. Het macrokader, ook dat voor medisch specialisten, heeft dus een normstellend karakter. Uiteraard worden bij de vaststelling van die norm feitelijke gegevens toegepast. Beslissend is evenwel de politieke en beleidsmatige beoordeling van de minister. Deze beoordeling kan door de rechter slechts zeer terughoudend worden getoetst.

Inherent aan het stellen van normen is dat de werkelijkheid van de norm kan afwijken. Meer in het bijzonder kan het voorkomen dat achteraf blijkt dat 'ramingen' (voor een toekomstige periode aanvaardbaar geachte kostenniveaus) niet overeenkomen met de werkelijke ontwikkeling van de kosten. Het CBB heeft in eerdere uitspraken geoordeeld dat dit niet zonder meer leidt tot het oordeel dat de op een raming gebaseerde aanwijzing onrechtmatig is.

In voorlopige voorzieningprocedures heeft het CBB in het verleden op dit punt een nog terughoudender toetsingsmaatstaf ('kennelijke onjuistheden') gehanteerd.

7.2. De verlaging van € 175 miljoen

De verlaging van het macrokader voor medisch specialisten met € 175 miljoen is een neerwaartse bijstelling van de raming in de zin van deze rechtspraak: een oordeel van de minister over de hoogte van een aanvaardbaar kostenniveau in een toekomstige periode. Dit blijkt uit het volgende:

- in de VWS-begroting voor 2008, waar de verlaging voor het eerst staat genoemd, staat deze opgenomen onder het kopje 'maatregelen en beleidsaanpassingen' en niet onder 'technische en macro-economische mutaties'
- de verlaging wordt in de begroting aangeduid als 'maatregel'
- in zijn brief van 13 november 2009 aan de Orde heeft de minister geschreven: '[Er zijn] berekeningen gemaakt van de budgettaire effecten van de invoering van het normatief uurtarief. [...] Het kabinet heeft in 2007 uiteindelijk besloten tot een besparing van € 175 miljoen. In de budgettaire besluitvorming is naast de inhoudelijke onderbouwing tevens rekening gehouden met budgettaire problematiek bij de medisch specialisten en in het BKZ in bredere zin.'

Bovengenoemde budgettaire problematiek houdt verband met tegenvallende realisatiecijfers. Uit gegevens van de NZa in 2007 was gebleken dat de uitgaven voor medisch specialisten € 250 mln. hoger uitvielen dan door de minister geraamd.

Over zowel de tegenvaller van € 250 mln als de maatregel van € 175 mln is gedurende dezelfde budgettair besluitvorming in het voorjaar 2007 over besloten. De € 250 mln is opgenomen in de eerste suppletore begroting 2007, omdat deze zich vanaf 2007 manifesteerde. Daarnaast wordt van de € 250 mln. melding gemaakt in de begroting 2008. De maatregel van € 175 mln. is ook opgenomen in de begroting 2008. De besluitvorming over de tegenvaller van € 250 mln. en de maatregel van € 175 mln.is op hetzelfde moment geweest. In de besluitvorming binnen het kabinet zijn de overschrijding van € 250 mln en de maatregel van € 175 mln ook aan elkaar gekoppeld: gesaldeerd heeft de minister een ophoging van € 75 mln. 'geaccepteerd'.

Hoewel sprake was van een maatregel met als doel de genormeerde uitgaven neerwaarts bij te stellen was er ook een berekening die aan de neerwaarts bijgestelde raming ten grondslag lag. De raming is als volgt berekend. VWS is bij de berekening van de verlaging uitgegaan van de voor productie van medisch specialisten beschikbare tijd. De beschikbare tijd is bepaald door het aantal vrijgevestigde medisch specialisten (uitgedrukt in FTE) te vermenigvuldigen met het aantal gewerkte uren per specialist per jaar. Beide gegevens zijn gebaseerd op feitelijke bronnen. Wanneer het macrokader voor 2007 wordt gedeeld door de beschikbare tijd, resulteert een uurtarief in 2007 van € 147,50. Dit uurtarief is niet als zodanig in rekening gebracht, maar geeft enkel de verhouding weer tussen het macrokader en de beschikbare tijd in 2007.

Het uurtarief in 2008 is € 132,50, € 15 minder dan het uurtarief in 2007. Uitgaand van een gelijk gebleven beschikbare tijd levert dit een verlaging van het macrokader op van € 175 miljoen. Op verzoek van de Orde heeft VWS de totstandkoming van de maatregel in een brief van 13 november 2009 nader toegelicht:

"In reactie op uw brief van 23 oktober 2009 over de onderbouwing van de in de begroting 2008 verwerkte verlaging van het kader medisch specialisten met € 175 miljoen kan ik u het volgende melden.

In de voorhangbrief van 9 februari 2007 (30 800 XVI, nr. 129) is de Tweede Kamer geïnformeerd over de zakelijke inhoud van de voorgenomen aanwijzing aan de NZa om het uurtarief van € 132,50 in beleidsregels vast te leggen. In die periode zijn, in het kader van de begrotingsvoorbereiding 2008, berekeningen gemaakt van de budgettaire effecten van de invoering van het normatief uurtarief.
Daarbij is gerekend met een aantal scenario's waarbij het aantal FTE, het aantal patiëntgebonden uren en het verschil tussen het macroneutrale uurtarief en normatieve uurtarief de variabelen waren.

Het scenario met als uitgangspunten: 6.461 FTE vrijgevestigden, 1.555 declarabele uren en een wijziging van het uurtarief van € 15,- (€ 147,50 minus € 132,50), resulteert in een besparing van circa € 151 miljoen. Het scenario met als uitgangspunten: 7.100 FTE, 1.664 declarabele uren en een wijziging van het uurtarief van € 15,-, resulteert in een besparing van circa € 177 miljoen.

Het kabinet heeft in 2007 uiteindelijk besloten tot een besparing van € 175 miljoen. In de budgettaire besluitvorming is naast de inhoudelijke onderbouwing tevens rekening gehouden met budgettaire problematiek bij de medisch specialisten en in het BKZ in bredere zin."

7.3. Beoordeling VWS

Thans blijkt dat de invoering van het normatieve uurtarief niet tot een verlaging van de kosten heeft geleid. Dit enkele feit doet aan de rechtmatigheid van de aanwijzing niet af. Van belang is of VWS op basis van redelijke uitgangspunten en op een juiste wijze is gekomen tot het bedrag van de verlaging. Dit is het geval. De verlaging van het uurtarief is op zichzelf op een juiste wijze berekend.

Dat VWS bij de berekening is uitgegaan van de voor productie beschikbare tijd en niet van de gedeclareerde tijd, is redelijk, aangezien andere gegevens in 2007 niet beschikbaar waren. Meer in het bijzonder hadden de door de Orde uitgevoerde berekeningen destijds niet kunnen worden uitgevoerd, omdat de in 2007 gedeclareerde tijd en de omvang van het lumpsumgat in 2007 eerst in de loop van 2009 bekend zijn geworden.

Het feit dat de berekeningen van de Orde een andere uitkomst hebben dan de berekening van VWS valt te verklaren doordat de gedeclareerde tijd in 2007 groter was dan de beschikbare tijd. Zelfs als dit in 2007 bekend was geweest, had VWS met recht kunnen kiezen voor een berekening zoals zij die heeft gemaakt. Hiervoor zijn twee redenen:
- In 2007 heeft VWS overschrijdingen geconstateerd van € 250 miljoen. De minister heeft er indertijd, gezien de totale budgettaire problematiek, voor gekozen zo strikt mogelijk vast te houden aan het beschikbare kader voor medisch specialisten: gesaldeerd heeft de minister een ophoging van € 75 mln. 'geaccepteerd'.
Aangezien de beschikbare middelen in deze leidend zijn geweest voor de minister, is het ook logisch dat bij het bepalen van de hoogte van de taakstelling wordt uitgegaan van beschikbare tijd.
- bij de totstandkoming van de DBC-systematiek is onder ogen gezien dat de gedeclareerde tijd zou kunnen afwijken van de beschikbare tijd; in dat geval worden de normtijden (door rondrekening) op zodanige wijze aangepast dat de gedeclareerde tijd weer bij de beschikbare tijd aansluit; de beschikbare tijd heeft in de systematiek dus 'voorrang'; de berekening van VWS sluit hierbij aan.

8. Schoning opleidingsfonds

8.1. Bezwaar Orde

De Orde van Medisch specialisten is van mening dat VWS in juli 2008 ten onrechte de voor medisch specialisten gereserveerde middelen structureel neerwaarts met € 31,6 mln heeft bijgesteld.

"Bij de bepaling van het macrokader is ten onrechte een bedrag van € 31,6 miljoen afgetrokken omdat de bekostiging van de salarislasten van de arts-assistenten geneeskundige in opleiding tot specialist geheel voor rekening van de ziekenhuizen komen. Bij de totstandkoming van het opleidingsfonds is echter maximaal € 15,8 miljoen van de honorariumlumpsummen afgetrokken. Voor maximaal dat bedrag konden de lumpsums worden geschoond."

8.2. Reactie VWS

De actualisatie van het kader medisch specialisten in de periode dat de lumpsum van toepassing was werd gebaseerd op de lumpsuminformatie van de NZa. Uit de cijferlevering die VWS m.b.t. de lumpsum in juni 2008 ontving kwam naar voren dat de op dat moment gerealiseerde schoning van de lumpsum, i.v.m. de opleidingskosten voor zorgopleidingen in 2006, € 15,8 mln bedroeg. Het betrof hier de opgaven van individuele instellingen aan de NZa.

Ten tijde van de cijferlevering in juni 2008 was echter 50% van de lumpsumverrekeningen nog niet verrekend. Op basis van de verrekening van 50% is verondersteld dat de te verwachten schoning van de lumpsum i.v.m. de opleidingskosten verder zou toenemen. De te verwachten schoning is toen lineair

geëxtrapoleerd naar 100%, hetgeen leidde tot een schoningsbedrag van € 31,6 mln. Dit bedrag is vanaf 2006 op de geraamde beschikbare middelen medisch specialisten in mindering gebracht en meerjaring in de begroting verwerkt.

De NZa heeft de lumpsum van oude jaren nog niet volledig afgesloten (zo is 2007 nog niet volledig afgerekend). Dit zal naar verwachting in juni 2010 plaatsvinden. Bij deze eindafrekening zullen verschillende ontwikkelingen, waaronder ook de definitieve schoning van de lumpsum i.v.m. de opleidingskosten, worden meegenomen. Ook de NZa ging destijds uit van deze verwachte schoning en hield daarin ook in de omvang van de lumsumschade rekening mee. Deze lumpsumschade is geconfronteerd met het eveneens neerwaarts bijgestelde kader.

Uit de meest recente lumpsumlevering van de NZa die VWS m.b.t. de lumpsum 2006 heeft ontvangen blijkt dat de schoning in verband met de nieuwe bekostiging van de zorgopleidingen is vastgesteld op € 17 mln. Hieruit kan worden afgeleid dat de lineaire extrapolatie zoals die op basis van de 50% van de ontvangen schoning is gemaakt in de realisatie tot andere uitkomsten heeft geleid. De definitief gerealiseerde schoning bedraagt dan niet zoals de Orde betoogt € 15,8 mln, maar € 17 mln.

8.3. Oordeel VWS

Opgemerkt dient te worden dat de schoning ten behoeve van opleidingsfonds niet afzonderlijk moet worden bezien, maar in samenhang met andere ontwikkelingen. VWS gaat bij het vaststellen van de budgettaire ruimte voor verschillende sectoren uit van veronderstellingen en ramingen. Deze kunnen in het voordeel of in het nadeel van een sector zijn.

Op dit specifieke punt is VWS alles afwegende van mening dat het kader medisch specialisten hiervoor dient te worden aangepast. Derhalve zal VWS het kader medisch specialisten ophogen met € 14,6 mln. Dit is het verschil tussen de oorspronkelijke schoning van € 31,6 mln. en de meest recente schoningscijfers van € 17 mln. Zie tabel 1, rij i, voor de verwerking van deze kaderophoging in de berekening van de overschrijding.

9. Resultaten PWC onderzoek

PWC heeft in opdracht van VWS een onderzoek uitgevoerd naar de honorariumontwikkeling in de periode 2007-2008. Naast VWS waren in de klankboordgroep van dit onderzoek alle relevante branchepartijen vertegenwoordigd, waaronder de Orde. Allereerst zullen de conclusies van PWC aan bod komen, gevolgd door de reactie van VWS op cruciale punten.

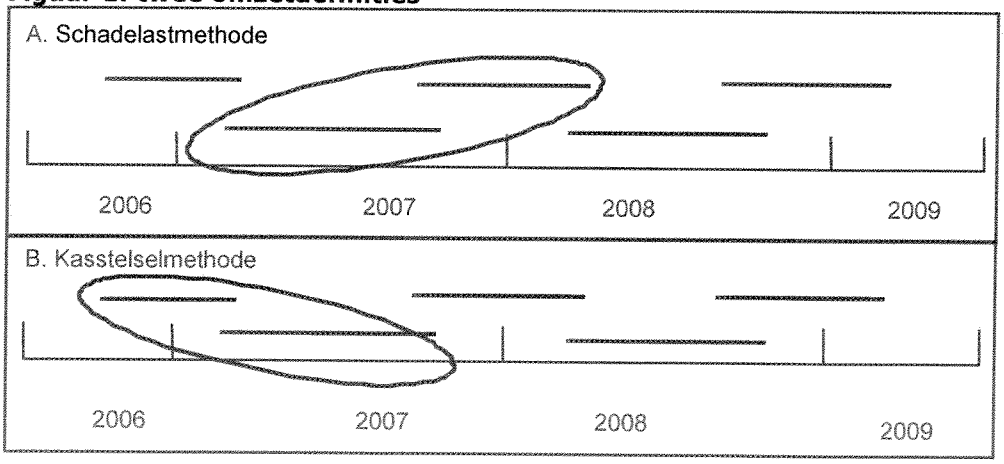
9.1. Samenvatting PWC rapport

Het honorarium van medisch specialisten is in 2008 20% tot 24% hoger dan in 2007.
Deze conclusie is de uitkomst van een uitgebreid onderzoek op basis van gegevens uit het DBC-informatiesysteem (DIS) en lumpsumgegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit. In absolute bedragen ligt de toename tussen

469 en 605 miljoen euro.
Het honorarium van de medisch specialisten bestaat uit het honorarium van DBC's en het honorarium van overige producten (O(V)P's).
Honorarium voor overige producten heeft betrekking op met name aanvragen van buiten het ziekenhuis (zoals huisartsen) of geleverde zorg voor andere specialismen binnen het ziekenhuis (zoals scopieën). Voor de vrijgevestigde specialisten die in 2007 deelnamen aan de lumpsum, komt daar het honorarium uit de afrekening van de lumpsum in 2007 nog bij.
De spreiding in het onderzoeksresultaat (20 tot 24%) is het gevolg van het gebruik van twee omzetdefinities. Doordat een DBC een periode van opening tot sluiting omvat, zijn er veel DBC's die in enig jaar zijn geopend en in een volgend (kalender-)jaar zijn gesloten. Dit roept de vraag op aan welk jaar de waarde van een dergelijke overlopende DBC moet worden toegekend. In dit onderzoek is het honorarium van medisch specialisten onderzocht op basis van beide definities, namelijk:
• het openingsmoment van DBC's (zogenoemde schadelastmethodiek);
• het sluitmoment van DBC's (zogenoemde kasstelselmethodiek).
Figuur 1 illustreert de omzetdefinities. De horizontale strepen in de figuur vertegenwoordigen de "jaar-DBC's" en "overlopende DBC's". De DBC's die binnen de selectie vallen van elk van drie definities zijn omcirkeld.

In de vergelijking tussen twee jaren zijn de uitkomsten van deze omzetdefinities verschillend, op lange termijn zijn ze gelijk. In dit onderzoek laten beide omzetdefinities een stijging van het honorarium zien en daarmee zijn de conclusies over de oorzaken van deze trend vergelijkbaar.
Bij de start van ons onderzoek heeft PWC eerst de DIS-gegevens over 2008 moeten completeren. De gegevens over 2008 waren ten tijde van ons onderzoek onvolledig doordat :
• nog niet alle DBC's die zijn afgesloten in 2008 zijn aangeleverd aan DIS;
• nog niet alle DBC's die zijn geopend in 2008 zijn afgesloten (en aangeleverd aan DIS) vanwege de maximale doorlooptijd van 365 dagen;
• er geen landelijke tarieven bestaan voor het ondersteunersdeel van het B-segment DBC's.
Het bijschatten van DBC's en honoraria van ondersteuners is in afstemming uitgevoerd met de leden van de klankbordgroep, zijnde Ministerie van VWS, NZa, DBC-Onderhoud, Orde van Medisch Specialisten, ZN, NVZ en NFU.

Figuur 1: twee omzetdefinities



Vrijgevestigd versus loondienst
De toename is bij vrijgevestigde specialisten niet groter dan bij specialisten in loondienst. Van de honorariumontwikkeling op macroniveau heeft PWC verschillende dwarsdoorsneden gemaakt, om te bezien waar de ontwikkeling in de sector zich voordoet, zie figuur 2.

Het honorarium in DBC's en O(V)P's van specialisten in loondienst is sterker toegenomen dan het honorarium van vrijgevestigde specialisten, dat bestaat uit DBC's, O(V)P's en afrekening lumpsum (vrijwaring). De honorariumontwikkeling van beide groepen specialisten is echter gelijk als alleen DBC's en OVP's worden gemeten. De ontwikkeling van het ziekenhuisbudget, waarmee het honorarium van de dienstverbanders wordt verrekend, is niet onderzocht. In absolute bedragen ligt de toename van de vrijgevestigde specialisten, inclusief vrijwaring, tussen 273 en 374 miljoen euro (volgens kasstelsel respectievelijk schadelaststelsel).

De vrijgevestigde specialisten zijn alleen actief in de algemene ziekenhuizen. De dienstverbanders zijn actief in zowel algemene ziekenhuizen als de universitair medische centra (UMC's). De procentuele ontwikkeling van beide type ziekenhuizen ligt dicht bij elkaar. Ook in deze dwarsdoorsnede is geen aanwijzing dat het honorarium van vrijgevestigde specialisten sterker toeneemt dan van dienstverbanders.

PWC heeft geen informatie over de vestigingsvorm van specialisten in zelfstandige behandelcentra (ZBC's). ZBC's vallen daarom buiten de vergelijking van vrijgevestigden en dienstverbanders. De toename in de (ZBC's) is aanmerkelijk hoger dan bij algemene ziekenhuizen of UMC's.
De toename is procentueel groter bij ondersteunende specialismen dan bij poortspecialismen. De honorariumontwikkeling heeft PWC alleen voor het totaal van ondersteunende specialismen onderzocht. Door het ontbreken van specifieke informatie in het DIS is het niet mogelijk om een onderscheid te maken naar bijvoorbeeld radiologie of anesthesiologie.
Tussen de poortspecialismen is een zeer fors verschil in honorariumontwikkeling te zien, van -14% tot +136% (volgens schadelastdefinitie). De grote stijging bij kindergeneeskunde, als overwegend dienstverband specialisme, is een verklaring voor de toename bij de honoraria van dienstverbanders.

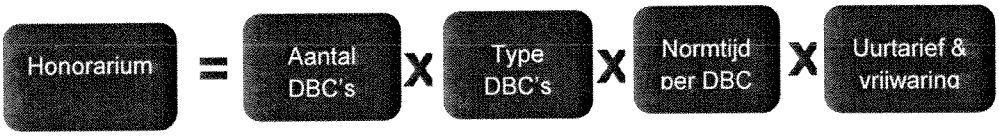
Figuur 2. Dwarsdoorsneden

Oorzaken
De analyse van de honorariumontwikkeling zelf is uitgevoerd aan de hand van het model in figuur 3.
Het aantal DBC's is met 8% tussen 2007 en 2008 toegenomen. Deze toename van het aantal DBC's betreft voornamelijk (circa 5%) werkelijke meerproductie. Het restant van de toename is naar verwachting van PWC een combinatie van betere aanlevering aan DIS en een betere registratie in de ziekenhuizen. Algemene ziekenhuizen vertonen een iets grotere stijging van het aantal DBC's dan UMC's, maar PWC vindt geen aanwijzing dat algemene ziekenhuizen beter of slechter aanleveren aan DIS dan UMC's.
De toename van het aantal DBC's in ZBC's is aanmerkelijk hoger dan in de ziekenhuizen. Waarschijnlijk wordt een groot deel van deze toename wel verklaard door een betere aanlevering aan DIS.
De invoering van het normatief uurtarief in 2008, als vervanging voor de specialismespecifieke uurtarieven in 2007, heeft impact op de toename van het honorarium. Het gemiddeld uurtarief in DBC's stijgt met 15% (kasstelsel) tot 23% (schadelast). Daarmee zijn verschillen in honorariumontwikkeling per specialisme voor een groot deel verklaard door het uurtarief.
De ontwikkeling van het uurtarief dient in samenhang met de vrijwaring te worden beschouwd, aangezien dit een aanvulling op het honorarium van medisch specialisten is. Het honorarium vrijwaring (169 miljoen euro) is als een aanvullende vergoeding per uur in 2007 uitgedrukt. Door de afschaffing van de lumpsum vervalt deze vergoeding per uur in 2007, waardoor een toename van het uurtarief resteert van 6% (kasstelsel) tot 14% (schadelast).

Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor substantiële toename van normtijd per DBC of van registratie van zwaardere DBC's door medisch specialisten.
In de DIS-data ziet PWC geen verschuiving in het type DBC's, dat wil zeggen een verschuiving van poliklinische naar klinische productie. Deze analyses geven dus geen aanwijzing dat medisch specialisten in 2008 substantieel zwaardere DBC's hebben uitgevoerd of geregistreerd dan in 2007. Andere mogelijke veranderingen van zorgzwaarte, bijvoorbeeld een verschuiving van de behandeling binnen dezelfde setting of een toename van het aantal uitgevoerde verrichtingen, heeft PWC niet onderzocht.
De gemiddelde normtijd per DBC is vrijwel gelijk tussen 2007 en 2008. Hierdoor is deze component geen verklaring voor de stijging van de honoraria.

De gemiddelde normtijd per DBC is wel toegenomen voor ondersteunende specialismen, wat wordt gecompenseerd door een lichte daling bij de poortspecialismen. Deze toename bij de ondersteuners lijkt te worden verklaard door de ondersteunerscompensatie in 2008. Dit is een factor die bedoeld is om het aandeel van ondersteunende specialismen in de DBC's te corrigeren, vanwege (voornamelijk) onderregistratie van verrichtingen van ondersteuners bij de invoering van DBC's.

Figuur 3. Analysemodel



9.2. Reactie VWS

PWC concludeert in haar rapport dat de honorariumontwikkeling in de periode 2007-2008 aanzienlijk is geweest en dat daarvoor twee definities gebruikt kunnen worden: schadelast en kasstelsel.
Het is hierbij van belang op te merken dat PWC een analyse maakt van de honorariumontwikkeling *tussen* twee jaren, terwijl voor VWS en voor het bepalen van de overschrijding de honoraria *binnen* enig jaar (in dit geval 2008) moeten worden geconfronteerd met de beschikbare middelen in het BKZ. Ten aanzien van de twee definities: de schadelast betreft de door de verzekeraars daadwerkelijk betaalde schade en is daarom ook de schade die het best aansluit bij het schadebegrip van het BKZ.

VWS onderschrijft de conclusie van PWC dat de honorariumontwikkeling zal verschillen tussen specialismen. Dat is ook de reden dat VWS in de aanwijzing aan de NZa heeft verzocht om de maatregelen voor -zover mogelijk- te differentiëren. Bij de conclusie van PWC dient wel opgemerkt te worden dat verschillen in honorariumontwikkeling niks zeggen over -bijvoorbeeld- de absolute honorariumverschillen tussen specialismen. Bij het beoordelen van de verschillen in honorariumontwikkeling tussen specialismen is het ook van belang dat aspecten worden meegenomen als: verschillen in absoluut honorarium, verschillen in beschikbare capaciteit etc.

PWC stelt in het onderzoek dat het gewogen gemiddelde uurtarief in 2007[13] voor het A-segment circa € 118 was en voor het B-segment een macroneutraal uurtarief gold van € 147,50. Het normatieve uurtarief dat per 1 januari 2008 is ingegaan was € 135,50. Aangezien het A-segment in 2007 nog circa 90% van de zorg omvatte, is de conclusie van PWC dat een groot gedeelte van honorariumontwikkeling is toe te rekenen aan het verschil tussen het uurtarief in 2008 versus 2007.
Opgemerkt dient te worden dat de analyse van PWC over de kostenoontwikkeling een andere is dan de wijze waarop VWS ramingen maakt, kaders vaststelt en maatregelen neemt. Alhoewel de analyse door PWC juist is uitgevoerd, doet dit niets af aan de wijze waarop VWS de maatregel van € 175 mln. heeft vastgesteld; Bij het vaststellen van die € 175 mln. is VWS, zoals uitgelegd in paragraaf 7, uitgegaan van beschikbare capaciteit en beschikbare financiële middelen in het budgettair kader medisch specialisten.

PWC concludeert dat er geen aanwijzingen zijn voor een toename van de normtijd per DBC. VWS merkt volledigheidshalve op dat op basis daarvan niet geconcludeerd kan worden dat de normtijd geen verklaring geeft voor de overschrijding. Hier is het wederom van belang dat het onderscheid wordt gemaakt tussen een vergelijking *tussen* jaren en *binnen* één jaar. De

[13] Tot en met 2007 golden er specialisme specifieke uurtarieven in het A-segment, die ter dekking dienden van de lumpsum.

overschrijding is immers een vergelijking van realisatie versus BKZ binnen enig jaar: als er dus verklaringen moeten worden gezocht voor de overschrijding, zullen de normtijden in absolute zin beoordeeld moeten worden. Het is algemeen geaccepteerd feitdat de normtijden aan herijking toe zijn. NZa gaat in 2010 dan ook starten met die herijking.

9.3. Overschrijding

PWC heeft onderzoek gedaan naar de honorariumontwikkeling 2007-2008. Voor VWS is voor het berekenen van de overschrijding echter primair van belang de *absolute* schade voor het jaar 2008, afgezet tegen de beschikbare middelen in het BKZ voor 2008. Om deze berekening te maken heeft VWS van PWC achterliggend cijfermateriaal ontvangen (dit materiaal is niet in de rapportage van PWC opgenomen, maar wel bekend bij de Orde[14]).

Op basis van dit achterliggende cijfermateriaal concludeert VWS dat de berekende overschrijding op basis van CVZ cijfers, overeenkomt met de overschrijding op basis van het PWC cijfermateriaal (schadelastmethodiek). Zie hiervoor tabel 4.

Tabel 4. (x € mln.)

a. Honorarium -totaal	2.631
b. Correctie psychiaters	-6
c. Correctie honorarium – niet opgenomen in het budgettair kader medisch specialisten	-380
d. Honorarium dat afgezet wordt tegen het budgettair kader medisch specialisten	2.245
e. Kader vrijgevestigd 2008	1.718
f. Overschrijding	527

Toelichting berekening

Onderdeel a is het totale honorarium 2008 binnen algemene ziekenhuizen, voor zowel vrijgevestigd medisch specialisten als medisch specialisten in loondienst, op basis van de schadelastmethode[15].

Aangezien het honorarium van psychiaters niet ten laste komt van het kader medisch specialisten, wordt hierop een neerwaartse correctie doorgevoerd.

[14] Brief van VWS aan de Orde op 16 april 2010

[15] PWC gebruikt voor de analyses gegevens uit het DBC-informatiesysteem (DIS) en heeft de honorariumontwikkeling op basis van twee methoden berekend: kasstelselmethode en schadelastmethode. VWS gaat uit van de laatste methode, omdat het dit het beste aansluit bij het schadelastbegrip van het BKZ. Het CVZ maakt ook gebruik van schadelastgegevens.

Van het totaal van de honoraria wordt afgetrokken onderdeel c, de honoraria van specialisten dat niet toegerekent dient te worden aan het kader medisch specialisten. Hierbij is gerekend met een percentage van 14.33 % (berekend door NZa in 2010, zie paragraaf 3.2., onderdeel e, voor verdere toelichting). Academische ziekenhuizen worden in deze berekening niet meegenomen, aangezien daar enkel medisch specialisten in loondienst werkzaam zijn, waarvan de kosten ten laste komen van het kader ziekenhuizen.

Het restant (d) is het totale honorarium voor vrijgevestigd medisch specialisten in 2008.

Dit totaal wordt afgezet tegen de beschikbare middelen voor vrijgevestigd medisch specialisten in het BKZ voor 2008 (e).

De BKZ overschrijding 2008 van het budgettair kader medisch specialisten is door VWS berekend op grond van cijfers van het CVZ, Vektis en berekeningen van de NZa. Op basis van de meest recente CVZ cijfers over 2008 in de CVZ-maartrapportage is door VWS een overschrijding geconstateerd van € 557 mln (zie paragraaf 5). Op grond van de PWC cijfers komt de overschrijding uit op (f) circa € 527 mln. De uitkomsten van het onderzoek van PWC vormen een bevestiging voor de door VWS berekende BKZ overschrijding. Dat beide getallen niet exact overeenkomen is verklaarbaar en logisch, omdat de dataset en wijze van berekenen niet hetzelfde is.