

BELEIDSREGEL BR/CU-2036

Budgetkorting 2011 in verband met overschrijding ziekenhuiskader

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Kenmerk
11D0031491
BR/CU-2036

Ingevolge artikel 57, vijfde lid, Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

Gelet op artikel 7 van de Wmg heeft de Minister van VWS met brieven van 25 november 2010, kenmerk MC-U-3035734, en van 21 juli 2011, kenmerk MU-C-3072825 ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing aan de NZa gegeven.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg waarop in 2011 de budgetsystematiek van toepassing is, te weten algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra), academische ziekenhuizen, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra.

2. Doel van de beleidsregel

Bij de onder 1 genoemde zorgaanbieders is op basis van de actualisatiecijfers 2009 een overschrijding gesignaleerd op het daarvoor beschikbare kader. Deze overschrijding dient te worden geredresseerd.

3. Aanpassing aanvaardbare kosten 2011

Generieke korting

Structurele korting ad € 314 miljoen

De aanvaardbare kosten 2011 worden structureel ten opzichte van de aanvaardbare kosten 2010 aangepast als gevolg van de aanwijzing van de Minister van VWS met kenmerk MC-U-3035734 d.d. 25 november 2010. De aanwijzing geeft aan dat het te verwerken kortingsbedrag vanaf 1 januari 2011 structureel € 314 miljoen (prijspeil ultimo 2009) bedraagt; omgerekend naar prijspeil ultimo 2010 is dat € 317.166.376,-.

Incidenteel aangepast kortingsbedrag in het jaar 2011: € 233 miljoen

Als gevolg van de aanwijzing van de Minister van VWS met kenmerk MU-C-3072825 d.d. 21 juli 2011 bedraagt het kortingsbedrag eenmalig € 233 miljoen (prijspeil ultimo 2009) voor het jaar 2011.

Toedeling kortingsbedrag naar individuele zorgaanbieders

Bij de toedeling van het macro taakstellingsbedrag naar individuele zorgaanbieders wordt als volgt uitwerking gegeven aan de aanwijzing:

1. De toedeling van het macro taakstellingsbedrag naar het niveau van de individuele zorgaanbieders geschiedt op basis van het aandeel van de individuele zorgaanbieder in het macrobudget in het basisjaar.

2. Voor het basisjaar waarop het macrobudget en de standen van de individuele zorgaanbieders betrekking hebben en de daarbij te hanteren peildatum wordt uitgegaan van het budgetjaar 2009, peildatum september 2010.

Kenmerk
11D0031491
BR/CU-2036

3. Het macrobudget en de standen van de individuele zorgaanbieders hebben betrekking op het A- en B-segment tezamen. Bij de toedeling van het macro taakstellingsbedrag wordt de omvang van het vrije B-segment in de verdeelgrondslag betrokken.

Pagina
2 van 6

4. Het macrobudget en de budgetstanden van de individuele zorgaanbieders worden uitsluitend geschoond voor loonkosten medisch specialisten en agio's, de capaciteit en productieparameters van psychiaters in psychiatrische universiteitsklinieken (PUK'en), en het AWBZ-deel in epilepsie-inrichtingen.

Het per instelling berekende taakstellingsbedrag wordt verwerkt als nominaal bedrag in het A-segment en is onderhevig aan nominale aanpassingen (indexering).

Indexering kortingsbedrag

Het kortingsbedrag wordt geïndexeerd aan de hand van een gewogen index, die voor 64% bestaat uit de loonkostenindex, en voor 36% uit de materiele kostenindex. De eerste nominale aanpassing vindt plaats over het jaar 2011 waarmee de taakstelling op het prijspeil 2011 wordt gebracht.

4. Intrekking Beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Beleidsregel Budgetkorting 2011 in verband met overschrijding ziekenhuiskader', met kenmerk BR/CU-2023, ingetrokken.

5. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg, wordt geplaatst, werkt terug tot 1 januari 2011 en vervalt met ingang van 31 december 2011.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel Budgetkorting 2011 in verband met overschrijding ziekenhuiskader'.

Toelichting

Algemeen

Bij de ziekenhuizen (algemene, academische en categorale instellingen) heeft de minister van VWS op basis van actualisatiecijfers over 2009 een overschrijding geconstateerd. Rekening houdend met de korting medisch specialisten en het effect daarvan bij ziekenhuizen komt de overschrijding per 2011 uit op € 314 miljoen (prijspeil ultimo 2009). De overschrijding betreft het verschil tussen de kosten van ziekenhuizen voor het jaar 2009 en de voor ziekenhuizen in de VWS-begroting opgenomen beschikbare middelen (het 'ziekenhuiskader').

De minister van VWS heeft de NZa op 25 november 2010 een aanwijzing (bijlage 1) gegeven om de overschrijdingen te redresseren door middel van een generieke budgetkorting.

Beoordeling aanwijzing

De NZa heeft de aanwijzing beoordeeld op rechtmatigheid, uitvoerbaarheid en haalbaarheid.

Kenmerk
11D0031491
BR/CU-2036

Rechtmatigheid

De NZa heeft geoordeeld dat de aanwijzing rechtmatig is, om de volgende redenen:

Pagina
3 van 6

1) De aanwijzing is volgens de geldende procedures tot stand gekomen: de voorhangprocedure in de Eerste en Tweede Kamer is gevolgd conform de wettelijke bepalingen.

2) De minister geeft in de motivering bij de aanwijzing aan dat zij de budgetkorting wil opleggen om de kosten in de zorg te beheersen. De minister is bevoegd beleidsmatige keuzen te maken met betrekking tot kostenbeheersing in de zorg. De mogelijkheid van tariefregulering¹, waaronder de mogelijkheid tarieven te verlagen wanneer het totaal van kosten de door de overheid aanvaardbare kosten overschrijdt, bestaat binnen het huidig wettelijk stelsel.

3) De NZa is van oordeel dat het overschrijdingsbedrag en het kortingsbedrag voldoende zijn onderbouwd (bijlage 2).

Uitvoerbaarheid

De wijze waarop volgens de aanwijzing de korting technisch in de budgetten van zorgaanbieders verwerkt dient te worden komt overeen met die van eerder uitgevoerde budgetkortingen in de jaren 2005 t/m 2011. De NZa heeft de korting dan ook technisch uitvoerbaar geacht.

Haalbaarheid

Bij de beoordeling van de haalbaarheid van de kortingsmaatregel heeft de NZa de volgende aspecten betrokken: de financiële effecten, de termijn waarop de korting gerealiseerd moet worden, de effecten op de publieke belangen, en de generieke verwerking van de korting.

1) Financiële effecten

De structurele korting per instelling wordt berekend op 2,31% van het 'geschoonde' budget (A+B-segment) in 2009.

De NZa realiseert zich dat de kortingsmaatregel mogelijk behaalde winsten teniet zal doen, en dat de korting het weerstandsvermogen, en daarmee de financierbaarheid van investeringen, niet ten goede komt. De NZa ziet hier echter geen aanleiding in om instellingen met een minder goed weerstandsvermogen te ontzien in de korting. Daarmee zouden immers instellingen die minder goed presteren worden beloond. Ook vanuit het oogpunt van de publieke belangen is er op voorhand geen reden om instellingen die er minder goed voor staan uit te zonderen voor de kortingsmaatregel.

De NZa ziet de onderhavige kortingsmaatregel los van de taakstelling van € 150 miljoen die per 2011 wordt doorgevoerd. Deze maatregel is reeds in 2007 aangekondigd, als doelmatigheidstaakstelling. Instellingen hebben vier jaar de tijd gehad om zich hierop voor te bereiden en de efficiencywinsten te realiseren om deze korting op te kunnen vangen. Van cumulatie van kortingen dan ook is feitelijk geen sprake als verondersteld kan worden dat het budget 2011, met de verlaging met €

¹ Onder tariefregulering wordt ook de budgetsystematiek begrepen

150 miljoen, in overeenstemming is met een zeker efficiëncyniveau dat van partijen verwacht mag worden.

Kenmerk
11D0031491

BR/CU-2036

Pagina
4 van 6

2) De termijn waarop de korting gerealiseerd moet worden

De voorgenomen aanwijzing is bekend is geworden op 29 juni 2010. Dat betekent dat instellingen een half jaar de tijd hebben gehad om zich in te stellen op en rekening te houden met de voorgenomen korting. Een termijn van een half jaar is volgens de NZa alleszins redelijk. In deze periode is het kortingsbedrag bovendien neerwaarts bijgesteld van € 549 miljoen naar € 314 miljoen.

3) Effecten op de publieke belangen

De NZa is zich ervan van bewust dat instellingen zich mogelijk als gevolg van de korting genoodzaakt zullen zien om hun bedrijfsvoering aan te passen of keuzes te maken ten aanzien van het te leveren zorgaanbod. Zolang dit de publieke belangen (betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg) niet schaadt, is daar naar het oordeel van de NZa niets op tegen.

De korting is ingegeven vanuit de macrobetaalbaarheid van de zorg. Primair dit publieke belang wordt met deze kortingsmaatregel gediend.

De NZa heeft het volgende overwogen ten aanzien van de mogelijke effecten van de keuzes van instellingen op de kwaliteit en toegankelijkheid (waaronder continuïteit) van zorg:

Op de naleving van de minimumeisen die aan de kwaliteit van zorg worden gesteld wordt toegezien door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Wanneer de kwaliteit onder het minimum komt of dreigt te komen, zal de Inspectie ingrijpen. Dit kan in het uiterste geval betekenen dat instellingen bepaalde vormen van zorg niet meer mogen leveren (al of niet tijdelijk).

Instellingen kunnen er uiteraard ook zelf voor kiezen om bepaalde vormen van zorg niet langer te leveren, als zij niet in kunnen staan voor de kwaliteit van zorg, of de kosten van deze zorg niet kunnen dekken.

Het is vervolgens niet gezegd dat het beperken van (delen van) het zorgaanbod door een individuele aanbieder betekent dat de toegankelijkheid en continuïteit van zorg in gevaar komt. Het is heel wel mogelijk dat omliggende aanbieders deze zorg kunnen overnemen. De continuïteit van zorg voor de patiënt is bovendien geborgd via de zorgplicht van de zorgverzekeraars.

Kortom: de koppeling van mogelijke risico's op het gebied van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in het publieke belang met deze kortingsmaatregel kan naar het oordeel van de NZa niet direct gelegd worden. Immers, de keuzes van individuele instellingen (samen met de zorgverzekeraars) in de wijze waarop zij met de korting omgaan vormen een belangrijke schakel hierin. Instellingen zijn hier in hoge mate vrij in. Bovendien zijn niet alleen keuzes van individuele instellingen bepalend, maar ook het samenspel van keuzes die alle zorgaanbieders in een regio hierin maken. Daarbij kan bovendien nog worden opgemerkt dat slechts voor de acute zorg het aanbod in de regio relevant is; voor de electieve zorg geldt dat deze ook buiten de regio ingekocht kan worden. De zorgverzekeraars hebben hier een grote rol in.

4) Generieke korting

De minister van VWS heeft besloten dat de korting op een generieke wijze wordt verwerkt. De NZa vindt dit logisch, ten eerste omdat de oorzaken van de overschrijding niet goed vast te stellen zijn (zoals de minister aangeeft in het Verslag van Schriftelijk Overleg van 7 oktober 2010), en ten tweede omdat er binnen de budgetsystematiek geen normen bestaan voor volume-ontwikkeling (en daarmee budgetontwikkeling) op lokaal niveau. Niet vooraf (bij het maken van productieafspraken), en zeker niet achteraf bij de verdeling van de korting naar aanleiding van de overschrijding van het BKZ door de sector in totaliteit. Binnen de grenzen van het macrobudget is het aan de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars om lokaal afspraken te maken over de productie van de individuele zorgaanbieder. De groei (of krimp) van een instelling kan door uiteenlopende factoren, zoals demografische ontwikkelingen of concurrentiepositie worden beïnvloed. Om deze reden is het dan ook onmogelijk om per zorgaanbieder aan te geven of deze wel of niet heeft bijgedragen aan de overschrijding. Het zelfde geldt ook voor deelsectoren binnen de sector; immers de groeiruimte in het BKZ is niet geormerkt per deelsector. (Voor de categorale instellingen geldt dat zij net als ziekenhuizen, instellingen voor medisch specialistische zorg zijn, en om die reden onder het ziekenhuiskader vallen.) Met andere woorden: de NZa ziet een generieke verwerking van de korting als de juiste manier om de korting bij gebudgetteerde aanbieders te realiseren.

Kenmerk
11D0031491
BR/CU-2036
Pagina
5 van 6

Het feit dat er is gekozen voor een generieke maatregel brengt tevens met zich mee dat er wordt geabstraheerd van individuele omstandigheden, zoals bijvoorbeeld de lokale gerealiseerde productieontwikkeling en de financiële situatie van een individuele aanbieder. Oftewel, het generieke karakter van de maatregel maakt dat er per definitie vooraf geen sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden die nopen tot uitzonderingen.

Tot slot heeft de NZa in haar afweging het gegeven betrokken dat de voorgenomen kortingsmaatregel, en de generieke wijze waarop deze wordt verwerkt, politiek gelegitimeerd is. Uit de behandeling van de korting in de Tweede Kamer kan worden opgemaakt dat vanuit de Tweede Kamer de korting redelijk wordt geacht.

Artikelsgewijs

Artikel 1:

Dit artikel beperkt de werkingssfeer van de aanwijzing tot een deel van de instellingen voor medisch specialistische zorg, namelijk instellingen voor medisch specialistische zorg waarop in 2011 de budgetsystematiek van toepassing is, te weten: algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra), academische ziekenhuizen, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra

Artikel 2:

Dit artikel bepaalt het doel van de beleidsregel.

Artikel 3:

Dit artikel bepaalt de omvang van de korting en de wijze waarop de korting wordt verwerkt.

Het macrokortingsbedrag zal in mindering worden gebracht op de (FB)-budgetten van de individuele instellingen. Voor de verdeling van het

macrokortingsbedrag over de individuele instellingen wordt het uitgangspunt gehanteerd dat de omvang van het vrije B-segment in de verdeelgrondslag zal worden betrokken, omdat het macrobudgettair kader voor ziekenhuizen zich ook over het B-segment uitstrekt. De minister heeft in de aanwijzing gemotiveerd waarom zij er niet voor gekozen heeft deze taakstellende korting te splitsen in een deel voor het A-segment en een deel voor het B-segment.

Kenmerk
11D0031491
BR/CU-2036
Pagina
6 van 6

De korting wordt alleen in de budgetten verwerkt; de korting wordt niet in de DBC-tarieven verwerkt.

In afwijking van de Aanwijzing inzake de overschrijding ziekenhuiskader 2009 ten aanzien van algemene en categorale ziekenhuizen inclusief long/astmacentra, academische ziekenhuizen, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra van 25 november 2010 (Stcrt. 2010, nr. 19323) waarbij een structurele korting van € 314 miljoen (prijspeil 2009) is opgelegd, wordt ter uitvoering van het Hoofdlijnenakkoord² de voor overschrijdingen 2009 opgelegde structurele korting alleen in 2011 eenmalig beperkt tot € 233 miljoen.

In het jaar 2012 loopt de korting weer op naar het oorspronkelijke niveau van € 314 miljoen, structureel.

² Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen NVZ, NFU, ZKN, ZN en de Minister van VWS, d.d. 4 juli 2011