

**Definitieve Rapportage**

# **Impactanalyse DOT honorariumtarieven**

Tariefbeschikking honoraria DOT 2012



# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2. Afbakening en leeswijzer</b>	<b>7</b>
<b>3. Doelstelling</b>	<b>9</b>
<b>4. Referentiekader en onderzoeksopzet</b>	<b>11</b>
4.1 Referentie voor beoordeling	11
4.2 Uitgevoerde analyses	11
4.2.1 Kwalitatieve analyses	12
4.2.2 Kwantitatieve analyses	13
4.3 Gehanteerde data	14
<b>5. Onderzoeksresultaten kwalitatieve analyses</b>	<b>17</b>
5.1 Verifiëren toepassing uitgangspunten	17
5.2 De spreiding tussen de zorginstellingen	18
5.2.1 Totale omzet	18
5.2.2 Specialisten in vrije vesting	19
5.2.3 Specialisten in dienstverband	22
5.2.4 Specialisten in academische centra	25
<b>6. Kwantitatieve analyse verschuiving</b>	<b>29</b>
6.1 Verschuivingen tussen zorginstellingen	29
6.1.1 Specialisten in vrije vesting	29
6.1.2 Specialisten in dienstverband	32
6.1.3 Specialisten in academische centra	36
6.2 Verschuivingen tussen specialismen	39
6.2.1 Specialismen in vrije vesting	39
6.2.2 Specialismen in dienstverband	40
6.2.3 Specialismen in academische centra	41
6.3 Verschuiving tussen vakgroepen	42
6.3.1 Specialisten in vrije vesting	42
6.3.2 Specialisten in dienstverband	45
6.3.3 Specialisten in academische centra	47
6.4 Omzet DOT en omzetplafonds	48
<b>7. Conclusie</b>	<b>51</b>
7.1 Inleiding	51
7.2 Verificatie uitgangspunten	51
7.3 Spreiding verwachte omzet per FTE	51
7.3.1 Specialisten in vrij vesting	51
7.3.2 Specialisten in dienstverband	52
7.3.3 Specialisten in academische centra	52
7.4 Omzeteffecten op instellingsniveau	52
7.4.1 Specialisten in vrije vesting	52
7.4.2 Specialisten in loondienst	52
7.4.3 Specialisten in academische centra	53
7.5 Algehele conclusie	53



## 1. Inleiding

Vanaf januari 2011 is de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) met de klankbordgroep in gesprek over de berekeningswijze van de honorariumcomponenten van de DOT zorgproducten per 2012. In dit traject heeft de NZa de voortgang in verschillende klankbordgroepbijeenkomsten besproken. DBC-Onderhoud heeft honorariumtarieven berekend op basis van de gekozen methodiek (zie het document 'Toelichting bij de honorariumberekening'). De volgende stap is het in beeld brengen van de gevolgen van de honorariumtarieven 2012. Hiertoe voert de NZa een impactanalyse uit. Dit document beschrijft de uitgevoerde analyses en resultaten.



## 2. Afbakening en leeswijzer

De impactanalyses worden uitgevoerd van een hoog aggregatieniveau (instelling) naar een meer gedetailleerd niveau (individuele vakgroepen). Daarnaast wordt hierin ook de relatie tussen de DOT honoraria en de omzetplafonds voor vrijgevestigde medisch specialisten onderzocht.

In dit rapport komen de volgende onderdelen aan bod. Allereerst wordt in hoofdstuk 3 de doelstelling van de impactanalyses honorariumtarieven 2012 beschreven. In hoofdstuk 4 zijn het referentiekader, de onderzoeksmethodiek en de gebruikte databronnen uiteengezet. Vervolgens worden in hoofdstuk 5 (kwalitatief) en hoofdstuk 6 (kwantitatief) de onderzoeksresultaten gepresenteerd. Tot slot worden in hoofdstuk 7 de conclusies over de redelijkheid van de honorariumtarieven uiteengezet.





### 3. Doelstelling

Het doel van de impactanalyses is om de gevolgen van de honorariumtarieven voor de zorgaanbieders in beeld te brengen. Het gaat hierbij zowel om de spreiding van de verwachte omzet per FTE medisch specialist als om de verschuivingen van omzetten tussen 2011 (DBC systeem) en 2012 (DOT zorgproducten). De impactanalyses dienen daarbij vier onderliggende doelen:

1. Verifiëren van de toepassing van de uitgangspunten in de honorariumtarief berekening<sup>1</sup>

Toetsen of de honorariumtarieven 2012 voldoen aan het uitgangspunten van de gekozen methodiek dat:

- a. elk product één honorariumtarief heeft (ook in het geval van specialisme overstijgende producten);
- b. er een uniform honorariumtarief is voor prestaties uitgevoerd door zowel specialisten werkzaam in loondienst als in vrije vestiging;
- c. de totale verwachte omzet voor vrijgevestigde specialisten gelijk is aan het totale beschikbare BKZ MS;
- d. de gemiddelde omzet per FTE vrijgevestigde specialist gelijk is aan de beschikbare BKZ middelen per FTE specialist.

2. In beeld brengen van de spreiding en verschuiving in de verwachte omzet op het niveau van de zorginstelling.

Op instellingsniveau zal eerst de spreiding van de omzetten per FTE in beeld worden gebracht. Het gaat hierbij om de bandbreedte en de wijze waarop de spreiding verdeeld is (normaal verdeeld, veel of weinig uitschieters). Tevens worden de verwachte verschuivingen op het niveau van de zorginstelling in beeld gebracht door een relatie te leggen tussen de omzet in termen van DBC's (2011) en de omzet in termen van DOT (2012).

3. In beeld brengen van de spreiding en verschuiving in de verwachte omzet op het niveau van het medische specialisme.

Vervolgens worden analyses naar de spreiding gedaan op het niveau van specialisme. Er zijn verdiepende analyses uitgevoerd naar de spreiding van de omzet per FTE medisch specialist binnen eenzelfde specialisme. Groepen van specialisten van hetzelfde vakgebied werkzaam bij verschillende zorginstellingen worden vergeleken. Tevens worden de verwachte verschuivingen op het niveau van individuele vakgroepen in beeld gebracht door een relatie te leggen tussen de omzet in termen van DBC's (2011) en de omzet in termen van DOT (2012).

---

<sup>1</sup> Zie ook de stukken met betrekking tot klankbordgroep 4 op de website van de NZa: [http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/medisch\\_specialisten/honoraria\\_medisch\\_specialisten/DOT-honorariumtarieven/](http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/medisch_specialisten/honoraria_medisch_specialisten/DOT-honorariumtarieven/)

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

Het effect van de DOT honorariumtarieven wordt in samenhang met de omzetplafonds<sup>2</sup> geanalyseerd. Hierbij wordt per instelling bekeken in hoeverre de verwachte DOT omzet van vrijgevestigde medisch specialisten afwijkt van de omzetplafonds.

In paragraaf 5.1 beschrijven we de verificatie van de uitgangspunt 1. Doelstellingen 2 en 3 zijn samen opgepakt; in hoofdstuk 5 wordt de spreiding tussen instellingen, specialismen en vakgroepen onderzocht, terwijl hoofdstuk 6 de omzetverschuiving op deze drie niveaus nader bekijkt. Hierbij is de nadruk gelegd op het instellingsniveau omdat op dat niveau de gevolgen van de veranderingen uiteindelijk gevoeld zullen worden. Effecten bij vakgroepen zullen we daarom relateren aan de instellingen.

---

<sup>2</sup> Voor achtergronden zie ook de website van de NZa:  
[http://www.nza.nl/104107/105763/211409/Consultatiedocument\\_prestatiebekostiging\\_medisch\\_specialistische\\_zorg.pdf](http://www.nza.nl/104107/105763/211409/Consultatiedocument_prestatiebekostiging_medisch_specialistische_zorg.pdf), hoofdstuk 9.

## 4. Referentiekader en onderzoeksopzet

### 4.1 Referentie voor beoordeling

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

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

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

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

Bij de beoordeling van de redelijkheid van honorariumtarieven, wordt naar twee referentiepunten gekeken:

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

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

### 4.2 Uitgevoerde analyses

Om de in hoofdstuk 3 genoemde spreidingen en verschuivingen in omzet te analyseren en te beoordelen, wordt voor alle instelling en elk afzonderlijk specialisme een aantal analyses uitgevoerd. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen een kwalitatieve analyse (beschrijvende statistieken zoals spreiding en verdelingskenmerken) en een kwantitatieve analyse (verschuivings- en uitbijteranalyse). De door de NZa uitgevoerde impactanalyses zijn besproken met de klankbordgroep.

#### 4.2.1 Kwalitatieve analyses

In de kwalitatieve analyse wordt voor alle instellingen en elk afzonderlijk specialisme een drietal analyses uitgevoerd.

##### 1. Spreidingsdiagram

Een spreidingsdiagram, of puntenwolk, geeft een eerste indruk van de variatie in de uitkomsten. Dit geeft inzicht in de vragen: binnen welke bandbreedte om de gemiddelde omzet bevinden zich alle vakgroepen en hoeveel uitbijters doen zich voor?

Voor alle specialismen en alle instellingen wordt de gemiddelde omzet per FTE specialist grafisch in beeld gebracht. Op basis hiervan kan afgeleid worden of, en zo ja, welk verband er is tussen de omzet van medisch specialisten en het aantal werkzame FTE specialisten. In beginsel dient de honorariumomzet op het niveau van een specialisme of een instelling in lijn te zijn met het aantal FTE medisch specialisten binnen een specialisme of instelling (lineair). Met andere woorden: hoe hoger het aantal FTE medisch specialisten des te hoger dient de omzet te zijn.

De volgende typen worden gehanteerd om de instellingen te categoriseren:

- Universitaire Medische Centra (UMC)
- Topklinische Ziekenhuizen (STZ)
- Overige algemene ziekenhuizen (ALG)
- Categoriele instellingen (overig)

De ZBC's zijn niet opgenomen in de impactanalyses, omdat hier geen betrouwbare DIS data van voorhanden zijn.

##### 2. Histogram en normale verdeling

Een histogram, of kolommendiagram, is een grafische weergave van de frequentieverdeling van in klassen gegroepeerde data. Bij de impactanalyse kan dit als volgt worden geïnterpreteerd: voor verschillende categorieën omzet per FTE specialist (bijv. € 200.000 – € 250.000, € 250.000 – € 300.000) wordt grafisch weergegeven wat de frequentie van een categorie is, ofwel de mate waarin een bepaalde categorie omzet per FTE specialist zich voordoet.

Tevens wordt in het histogram de curve van een normale verdeling geplot. Als de verdeling van de omzetten per FTE specialist een sterke gelijkenis vertoont met de normale verdeling, dan houdt dit in dat er zich geen structurele vertekeningen in de honorariumtarieven voordoen.

##### 3. Lorenz-curve

Een Lorenz-curve is een grafiek waarin de omzet cumulatief wordt afgezet tegen het cumulatieve aantal werkzame FTE medisch specialisten. Een gegeven punt vertegenwoordigt de cumulatieve omzet (verticale as) dat een bepaald percentage van de werkzame FTE specialisten (horizontale as) genereert. Het nulpunt en het 100%-punt liggen beiden vast. Door de punten met elkaar te verbinden ontstaat een lijn, waaruit afgeleid kan worden in hoeverre er sprake is van een (on)gelijk verdeelde omzet. Bij een gelijke verdeling in omzet per FTE specialist resulteert een rechte curve.

Een van de uitgangspunten van het gehanteerde honorariummodel is een gelijke hoeveelheid beschikbare middelen voor een gemiddelde FTE specialist ongeacht het specialisme. Omzetverschillen binnen een specialisme kunnen optreden als gevolg van een verschil in arbeidsproductiviteit.

De mate waarin de verwachte omzet per FTE specialist gelijk is, kan mede aan de hand van de Lorenz-curve beoordeeld worden. Hierbij geldt hoe dichter de curve de rechte lijn nadert, des te meer evenredig de verdeling van de omzet over de specialisten is.

#### 4.2.2 Kwantitatieve analyses

Om de geobserveerde spreidingen in omzet te analyseren en te beoordelen wordt de spreiding van de gemiddelde omzet in 2012 gezien in het licht van de omzetverschuivingen tussen 2011 en 2012. Op deze wijze wordt inzichtelijk of de mate van spreiding in 2012 verband houdt met de wijze van de honorariumberekening.

##### *Uitgevoerde analyses op instellingsniveau*

De eerste stap in de kwantitatieve analyse is het in kaart brengen van de omzetverschuivingen die het gevolg zijn van de overgang van DBC's naar DOT zorgproducten. De zorginstellingen waarbij de afwijkingen het grootst zijn, worden nader geanalyseerd in een uitbijteranalyse. Nagegaan wordt hoe de resulterende gemiddelde omzet per FTE voor deze instellingen zich verhoudt tot de in paragraaf 4.1 beschreven referentiepunten. Deze analyses worden achtereenvolgens voor de vrijgevestigde medisch specialisten en de specialisten werkzaam in dienstverband uitgevoerd.

##### *Uitgevoerde analyses op specialisme niveau*

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

Allereerst worden vakgroepen met de grootste verschuivingen in omzet tussen 2011 (DBC's) en 2012 (DOT) in beeld gebracht. Vervolgens wordt in de uitbijteranalyse onderzocht of de grootste verschuivingen geconcentreerd zijn bij een beperkt aantal specialismen of instellingen. Nagegaan wordt hoe de resulterende omzet per FTE voor deze vakgroepen zich verhoudt tot de in paragraaf 4.1 beschreven referentiepunten. Vervolgens wordt nagegaan of de grootste afwijkingen geconcentreerd zijn bij een beperkt aantal zorgaanbieders.

### 4.3 Gehanteerde data

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

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

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

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

De impactanalyses zijn uitgevoerd voor de zorginstellingen waarvan de productiedata is meegenomen in de honorariumberekening. Bij de honorariumberekening is de keuze gemaakt om een deel van de zorginstellingen buiten beschouwing te laten omdat van die instellingen geen betrouwbare data voor handen is. Op grond van dit zelfde argument worden deze instellingen ook in de impactanalyses buiten beschouwing gelaten.<sup>3</sup>

In de gehanteerde dataset komen 2080 vakgroepen voor verdeeld over 106 instellingen.

**Tabel 1: Instellingen en vakgroepen in de impactanalyse**

	Instellingen		Vakgroepen		Vakgroepen in impactanalyse
	Totaal	In selectie	Totaal	In selectie	
Vrijgevestigd	85	71	1.379	1.144	1.114
Dienstverband	97	82	544	449	420
Dienstverband UMC	8	6	203	152	147
Totaal	106	89	2.080	1.706	1.681

In de bovenstaande tabel is te zien hoe de vakgroepen in de analyse zijn verdeeld over instellingen. Let hierbij op dat bijna alle instellingen en sommige vakgroepen zowel vrijgevestigde specialisten als specialisten in dienstverband hebben. Hierdoor is de totaalregel geen eenvoudige optelling van de bovenstaande aantallen.

<sup>3</sup> Voor een beschrijving van de (totstandkoming van) de dataset en de selectie van de zorgaanbieders, wordt verwezen naar het '20120101 Gebruikersdocument uitlevering deel 2 v20110701' te vinden op de website van DBC-Onderhoud.

In de impactanalyse is alleen naar instellingen gekeken die ook mee zijn genomen in de tariefberekening. Verder zijn alle vakgroepen met 0,1 FTE of minder of met een ontbrekende opgegeven omzet in 2009 uit de analyse gelaten.

Van een aantal instellingen die wel mee zijn genomen in de honorariumberekening, is geen omzetdata beschikbaar ten behoeve van de omzetplafonds (omzet data 2009 die gehanteerd wordt als benadering voor 2011). De betreffende zorgaanbieders hebben uitsluitend specialisten in dienstverband werkzaam. Deze zorgaanbieders vallen daarom buiten het beheersmodel. Het betreft 2 epilepsiecentra, 3 dialysecentra en 1 vakgroep kindergeneeskunde.

Per ziekenhuis (en daarbinnen per specialisme) is de zorgproductie 2009 in termen van DOT productie bepaald (volume). De informatie vormt samen met de FTE gegevens en de DOT honorariumtarieven de informatie om de verwachte omzet DOT 2012 per FTE medisch specialist per instelling te berekenen.

Daarbij wordt opgemerkt dat de honorariumberekeningen en zodoende de verwachte DOT-omzetten die aan de basis staan van de analyses, op eenzelfde wijze tot stand gekomen zijn voor zowel de medisch specialisten die als poorter dan wel als ondersteuner werkzaam zijn.





## 5. Onderzoeksresultaten kwalitatieve analyses

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste onderzoeksresultaten uit de kwalitatieve analyses weergegeven. De resultaten geven inzicht in de volgende drie onderdelen (gerelateerd aan de doelstellingen in hoofdstuk 3):

- Het verifiëren van de gehanteerde uitgangspunten in de honorariumtarief berekening
- Het geven van inzicht in de spreiding in de verwachte omzet op het niveau van de zorginstelling.
- Het geven van inzicht in de spreiding in de verwachte omzet op het niveau van vakgroepen binnen eenzelfde specialisme.

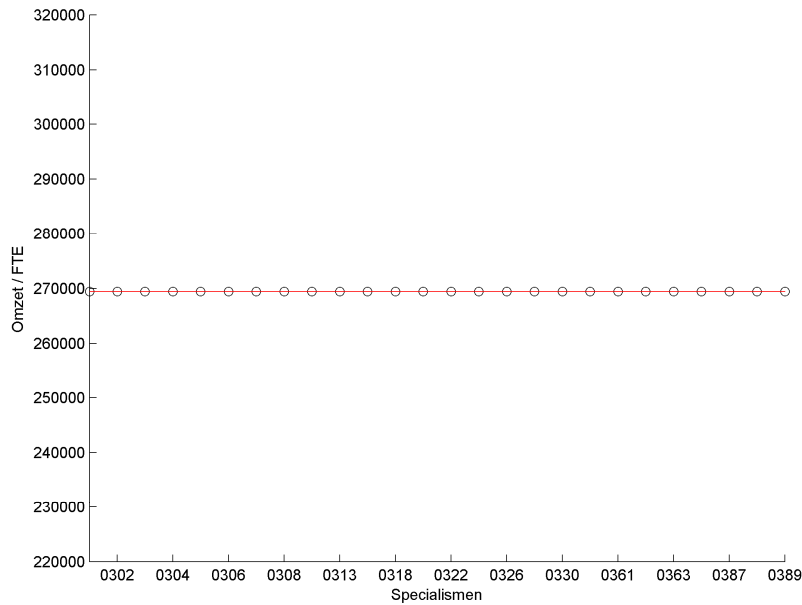
### 5.1 Verifiëren toepassing uitgangspunten

De uitgangspunten zijn als volgt geverifieerd

Uitgangspunt	Soort analyse	Verificatie
a. elk product heeft één honorariumtarief (ook in het geval van specialisme overstijgende producten)	Database query	✓
b. er is een uniform honorariumtarief voor prestaties uitgevoerd door zowel specialisten werkzaam in loondienst als in vrije vestiging	Database query	✓
c. de totale verwachte omzet voor vrijgevestigde specialisten is gelijk aan het totale beschikbare BKZ MS	Spreidingsdiagram	✓
d. ongeacht het specialisme is de gemiddelde omzet per FTE vrijgevestigde specialist gelijk (gemiddelde omzet oogarts = gemiddelde omzet kno-arts, etc.)	Spreidingsdiagram	✓

Uitgangspunten a. en b. zijn geverifieerd in de applicatie van de honorariumberekening. Er is uitgesloten dat specialisme overstijgende producten meerdere honorariumtarieven kennen. Ook is er in de tarieventabel en de impactanalyses geen onderscheid gemaakt in de tarifiering van een zorgproduct wanneer deze wordt uitgevoerd door een specialist in dienstverband of in vrije vestiging. In de externe audit op de juistheid van de uitgevoerde berekeningen en de impactanalyse zal hierover worden gerapporteerd.

Uitgangspunten c. en d. zijn geverifieerd aan de hand van het spreidingsdiagram. De punten in het spreidingsdiagram in figuur 1 hieronder geven de gemiddelde jaaromzet per specialismen weer. Op de Y-as staat honorariumomzet, op de X-as staan de verschillende specialisme. Elk cirkeltje vertegenwoordigt één specialisme.



**Figuur 1: Spreidingsdiagram honorariumomzetten per specialisme**

De gemiddelde honorariumomzet per FTE specialist per specialisme is circa € 270.000. De maximale afwijking bedraagt minder dan 1 eurocent. Conform bovengenoemd criterium (d), dient een spreiding in het geheel afwezig te zijn en dienen alle punten daarmee op één horizontale lijn te liggen. Bovenstaande laat zien dat de honorariumtarieven volledig aansluiten bij de opgestelde criteria.

## 5.2 De spreiding tussen de zorginstellingen

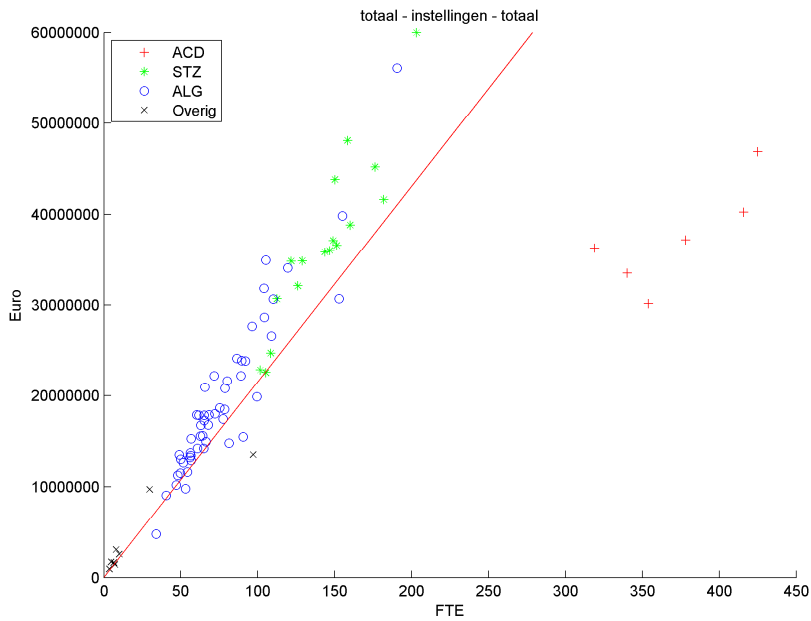
In deze paragraaf worden de uitkomsten gepresenteerd waarbij een aggregatie plaats heeft gevonden op instellingsniveau.

### 5.2.1 Totale omzet

Geanalyseerd wordt wat de relatie is tussen de totale honorariumomzet per instelling ten opzichte van het aantal werkzame medisch specialisten in de betreffende instellingen (in termen van FTE's).

In onderstaande figuur zijn de uitkomsten weergegeven voor instellingen en maatschappen die mee zijn genomen in de honorariumberekening. Het betreft het de omzetten op instellingsniveau waarin specialisten in vrije vesting en in dienstverband binnen een instelling samen.

Uit het spreidingsdiagram in figuur 2 blijkt dat de spreiding bij de Topklinische ziekenhuizen en de Overige algemene ziekenhuizen beperkt is. Er is sprake van een lineair verband. Anders gezegd neemt de omzet van de instelling evenredig toe met het aantal FTE's dat er werkzaam is.



**Figuur 2: relatie honorariumomzet en FTE per instelling (loondienst en vrijgevestigde medisch specialisten samen)**

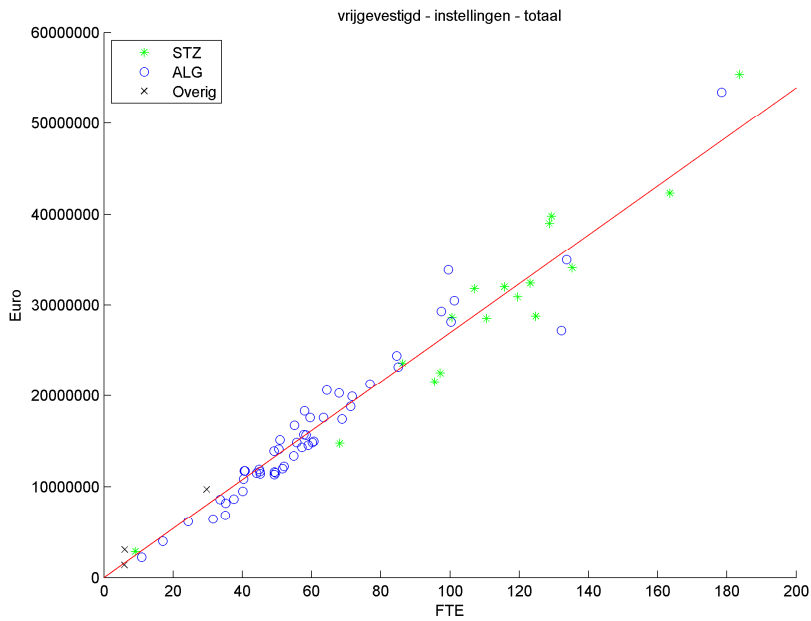
Voor de UMC's is ook een lineair verband zichtbaar, ofschoon de spreiding groter is dan bij de andere typen zorginstellingen. Ook valt op dat de gemiddelde verwachte DOT omzet per FTE medisch specialist significant lager uitvalt dan het gemiddelde bij de overige typen zorgaanbieders. Een mogelijke verklaring hiervoor is de onderzoeks- en onderwijsfunctie van de specialisten in de UMC's op zijn genomen in de FTE's registratie van de directe patiëntgebonden zorgfunctie.

### 5.2.2 Specialisten in vrije vesting

In deze paragraaf wordt de spreiding van de omzetten per FTE geanalyseerd voor de vrijgevestigde medisch specialisten aan de hand van een drietal analyses:

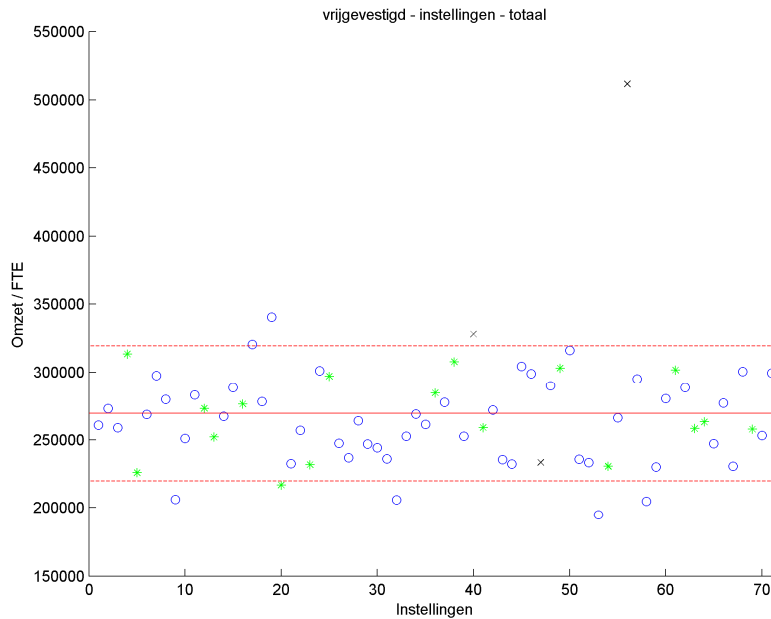
- Spreidingsdiagrammen per type instelling
- Histogram voor alle instellingen
- Lorenz-curve voor alle instellingen.

In onderstaande Figuur 3 is het spreidingsdiagram zoals opgenomen in de vorige subparagraaf herhaald. Een verschil is dat in onderstaande figuur uitsluitend met gegevens met betrekking tot vrijgevestigde medische specialisten is gewerkt.



**Figuur 3: relatie honorariumomzet en FTE per instelling (uitsluitend vrijgevestigde medisch specialisten)**

Voor de STZ- en algemene ziekenhuizen is sprake van een sterke mate van correlatie; er is sprake van een lineair verband. Anders gezegd neemt de omzet van de instelling evenredig toe met het aantal FTE's dat er werkzaam is.



**Figuur 4: gemiddelde omzet per FTE vrijgevestigde medisch specialist per zorginstelling**

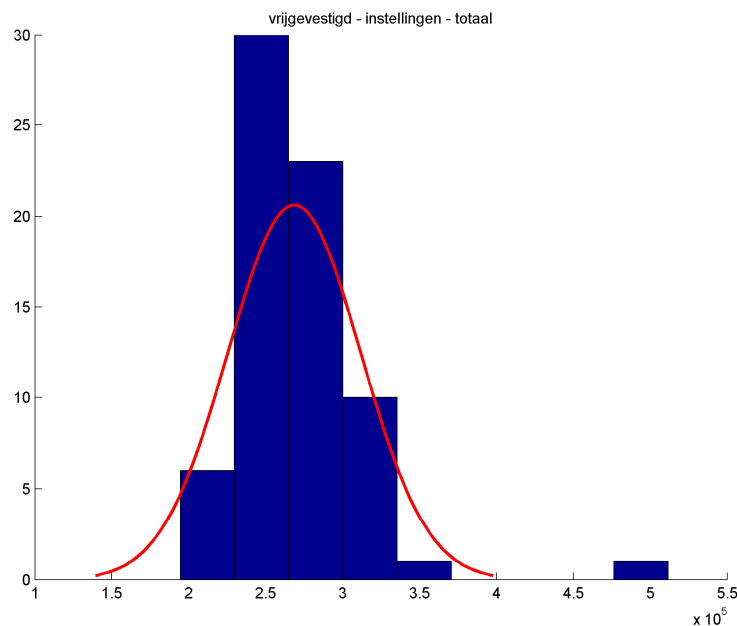
In bovenstaande figuur is het niveau van de honorariumomzet per FTE per instelling geanalyseerd. De omvang van de betreffende instelling wordt hier (in tegenstelling tot Figuur 3) buiten beschouwing gelaten, waardoor de spreiding rond de gemiddelde omzet per FTE per instelling duidelijker zichtbaar wordt.

Deze figuur geeft een normaal verdeelde spreiding weer tussen de instellingen rondom de gemiddelde jaaromzet per FTE (circa € 270.000

per vrijgevestigde FTE medisch specialist). Ook is de spreiding van de omzet per FTE voor de verschillende categorieën instellingen van gelijke aard. Met andere woorden, de effecten van de nieuwe honorariumtarieven slaan niet onevenredig hard neer bij één categorie instellingen.

Het merendeel van de waarnemingen valt binnen een bandbreedte van € 220.000 tot € 320.000. Daarbij is sprake van een beperkt aantal uitschieters naar de onder- en bovenkant: vier zorgaanbieders hebben een gemiddelde omzet per FTE van iets meer dan € 200.000, drie instellingen springen er aan de bovenkant uit, waarbij vooral de categorale instelling (Overig) opvalt. In hoofdstuk 6 wordt hier nader onderzoek naar verricht.

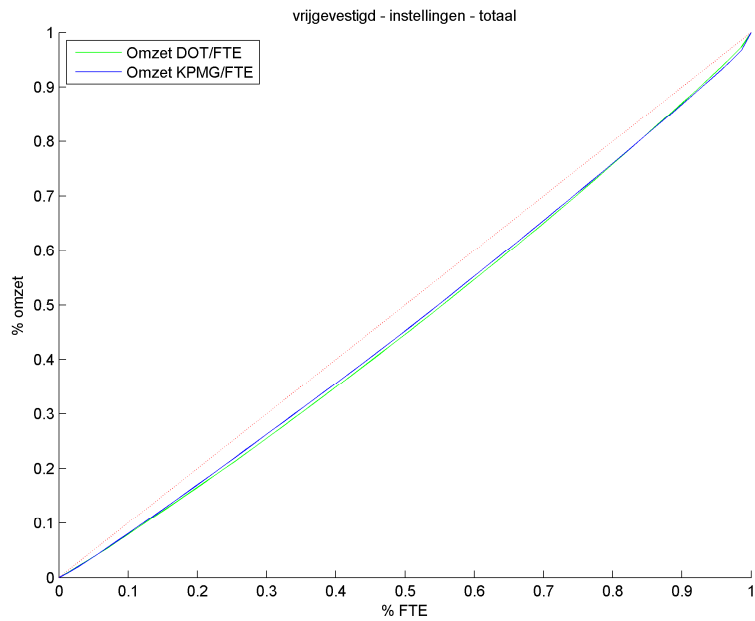
De NZa heeft een histogram opgesteld om te analyseren of de geconstateerde spreiding van de gemiddelde omzet per FTE tussen instellingen van een normale omvang is. Uit Figuur 5 blijkt dat de verdeling van de omzetten een normale verdeling benadert. De rode lijn geeft de verdeling die de omzetten volgen, *ware* zij normaal verdeeld (waarbij het gemiddelde en de standaardafwijking afgeleid zijn uit de gemiddelde jaaronzetten per FTE per instelling). Hiermee kan gesteld worden dat zich geen structurele effecten voordoen waarvoor de honorariumtarieven gecorrigeerd dienen te worden.



**Figuur 5: de verdeling van de gemiddelde omzet per vrijgevestigde FTE medisch specialist per instelling**

Binnen de bandbreedte van € 250.000 en € 300.000 bevinden zich 53 van de 70 instellingen (75%). Binnen de bovengenoemde bandbreedte bevinden zich meer instellingen dan op voorhand op basis van de normale verdeling verwacht mag worden. Dit is in figuur 5 te zien (twee blauwe staven binnen de bandbreedte ten opzichte van de rode lijn).

De Lorenz curve geeft aan in hoeverre de honorariumomzet binnen een populatie volkomen gelijk verdeeld zijn. In de grafiek wordt de verwachte DOT 2012 omzet per FTE én de omzetten op basis van het huidige DBC systeem per FTE tegen de Lorenz curve afgezet.



**Figuur 6: Lorenz curve**

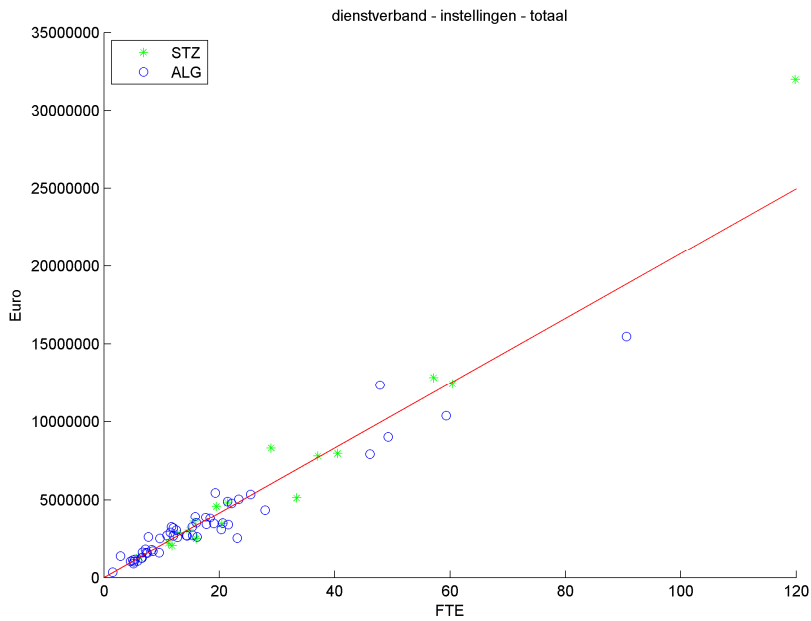
De DOT(2012)- en DBC(2011)-curve zijn zeer vergelijkbaar. Dit geeft een aanwijzing dat de verdeling van de verwachte omzet niet structureel afwijkt van de historische omzet.

### 5.2.3 Specialisten in dienstverband

In het vervolg van deze paragraaf wordt de spreiding van de omzetten per FTE geanalyseerd voor de medisch specialisten in dienstverband (exclusief de academische centra) aan de hand van een drietal analyses:

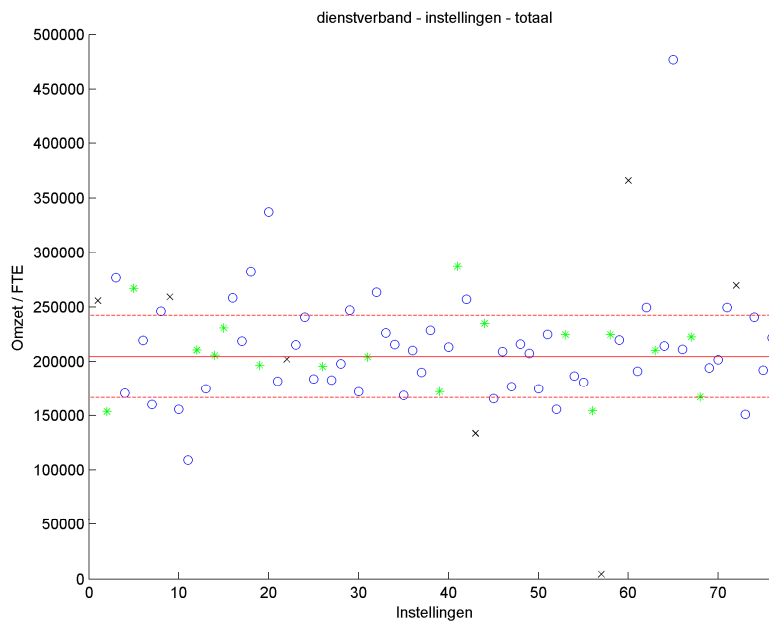
- Spreidingsdiagrammen per type instelling
- Histogram voor alle instellingen
- Lorenz-curve voor alle instellingen.

Uit de puntenwolk in de onderstaande Figuur 7 blijkt hetzelfde lineaire verband tussen omzet en het aantal FTE te bestaan als gebleken bij de vrijgevestigde specialisten (zie Figuur 3): de totale jaaromzet van de instelling neemt toe naarmate het aantal FTE's groter is.



**Figuur 7: relatie honorariumomzet en FTE per instelling (uitsluitend medisch specialisten werkzaam in dienstverband)**

De rode lijn in deze figuur geeft aan wat op landelijk niveau de gemiddelde jaaromzet is. De puntenwolk rondom deze lijn, geeft de gemiddelde omzet per instelling weer.



**Figuur 8: gemiddelde omzet per FTE medisch specialist per zorginstelling (medisch specialisten werkzaam in dienstverband exclusief de academische centra)**

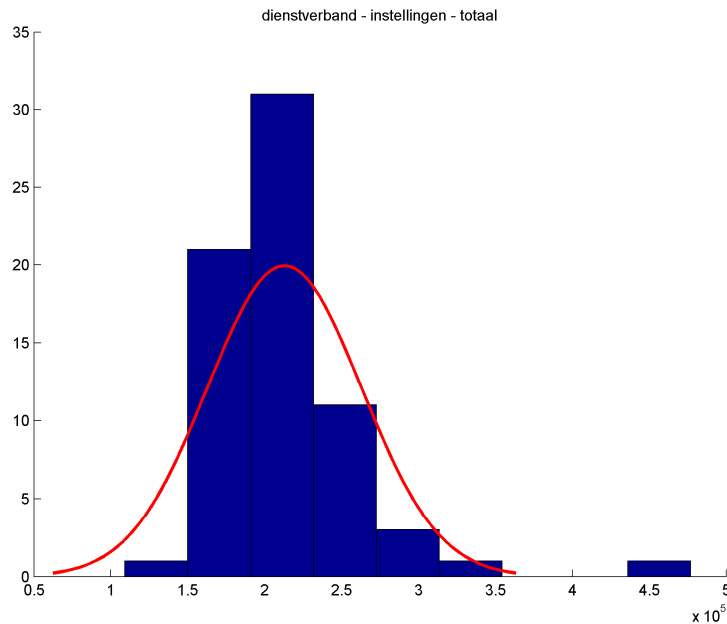
De rode lijn in Figuur 8 geeft aan wat op landelijk niveau de gemiddelde jaaromzet per FTE is. De puntenwolk rondom deze lijn, geeft de gemiddelde omzet per medisch specialist per instelling.

Deze figuur geeft een normaal verdeelde spreiding weer tussen de instellingen rondom de gemiddelde jaaromzet per FTE (ruim € 200.000 per FTE medisch specialist). Ook is de spreiding van de omzet per FTE voor de verschillende categorieën instellingen van gelijke aard. Met

andere woorden, de effecten van de nieuwe honorariumtarieven slaan niet onevenredig hard neer bij één categorie instellingen.

Het merendeel van de waarnemingen valt binnen een bandbreedte van € 170.000 tot € 240.000. Daarbij is sprake van een aantal uitschieters naar de onder- en bovenkant: negen zorgaanbieders hebben een lagere gemiddelde omzet per FTE (waarvan 6 instellingen met een gemiddelde omzet per FTE van iets meer dan € 150.000). Eén categorale instelling (58) valt op. Zeventien instellingen springen er aan de bovenkant uit. In hoofdstuk 6 wordt hier nader onderzoek naar verricht.

Ook hier is een histogram opgesteld om te analyseren of de geconstateerde spreiding van de gemiddelde omzet per FTE tussen instellingen van een normale omvang is. Uit onderstaande Figuur 9 blijkt dat de verdeling van de omzetten een normale verdeling benadert. De rode lijn geeft de verdeling die de omzetten volgen, *ware* zij normaal verdeeld (waarbij het gemiddelde en de standaardafwijking afgeleid zijn uit de gemiddelde jaaromzetten per FTE per instelling). Hiermee kan gesteld worden dat zich ook op instellingsniveau bij de medisch specialisten in dienstverband geen structurele effecten voordoen waarvoor de honorariumtarieven gecorrigeerd dienen te worden.



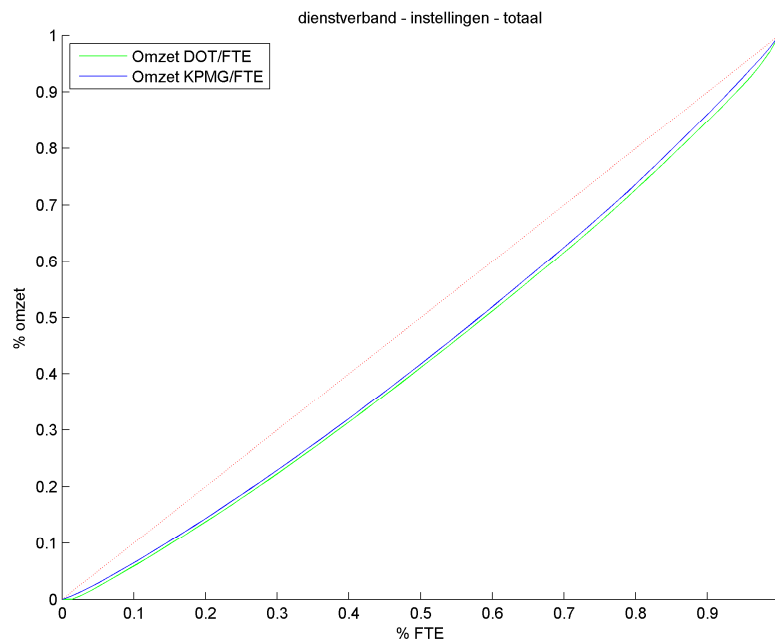
**Figuur 9: de verdeling van de gemiddelde omzet per medisch specialist per instelling (uitsluitend medisch specialisten werkzaam in dienstverband)**

Binnen de bandbreedte van € 150.000 en € 250.000 bevinden zich 61 van de 76 instellingen (81%). Binnen de bovengenoemde bandbreedte bevinden zich iets meer instellingen dan op voorhand op basis van de normale verdeling verwacht mag worden. Dit is in Figuur 9 te zien (drie blauwe staven binnen de genoemde bandbreedte ten opzichte van de rode lijn).

Ondanks dat is de spreiding in de omzetten per FTE bij de medisch specialisten in dienstverband groter is dan bij de vrijgevestigde medisch specialisten.



De Lorenz curve geeft aan in hoeverre de honorariumomzet binnen een populatie volkomen gelijk verdeeld zijn. In de grafiek wordt de verwachte DOT 2012 omzet per FTE én de omzetten op basis van het huidige DBC systeem per FTE tegen de Lorenz curve afgezet.



**Figuur 10: Lorenz curve**

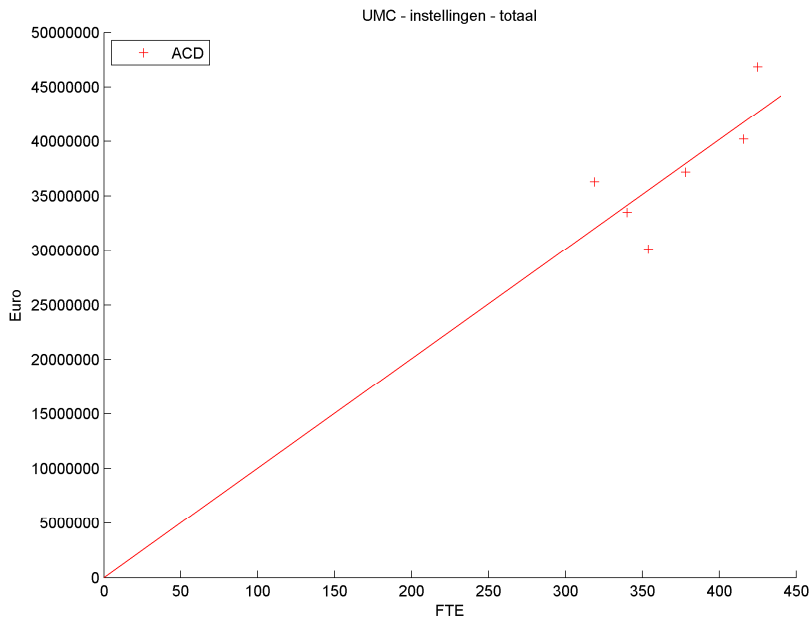
De DOT(2012)- en DBC(2011)-curve zijn zeer vergelijkbaar. Dit geeft een aanwijzing dat de verdeling van de verwachte omzet niet structureel afwijkt van de historische omzet.

#### 5.2.4 Specialisten in academische centra

Tot slot wordt de spreiding van de omzetten per FTE geanalyseerd voor de medisch specialisten in dienstverband in de academische centra aan de hand van een drietal analyses:

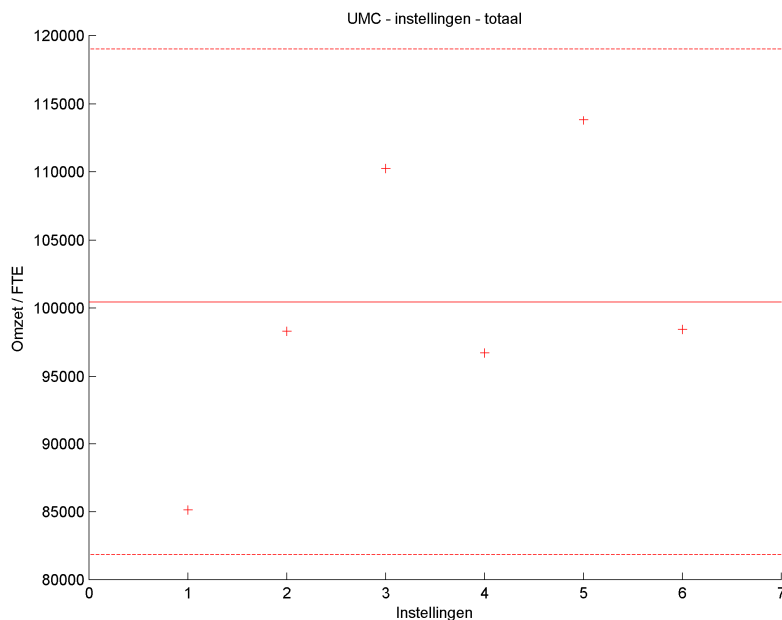
- Spreidingsdiagram
- Histogram voor alle academische centra
- Lorenz-curve voor alle academische centra

Uit de puntenwolk in de onderstaande Figuur 11 blijkt hetzelfde lineaire verband tussen omzet en het aantal FTE te bestaan als gebleken bij de specialisten in dienstverband (Figuur 7): de totale jaaromzet van de instelling neemt toe naarmate het aantal FTE's groter is.



**Figuur 11: relatie honorariumomzet en FTE per instelling (medisch specialisten werkzaam in academische centra)**

De totale jaarmomzet van de instelling neemt minder toe naarmate het aantal FTE's groeit in vergelijking tot het waargenomen verband bij de vrijgevestigde specialisten en de medisch specialisten in dienstverband (exclusief de academische centra). Dit hangt samen met het feit dat de onderzoeks- en onderwijsfunctie van de specialisten in de UMC's op zijn genomen in de FTE's registratie van de directe patiëntgebonden zorgfunctie.



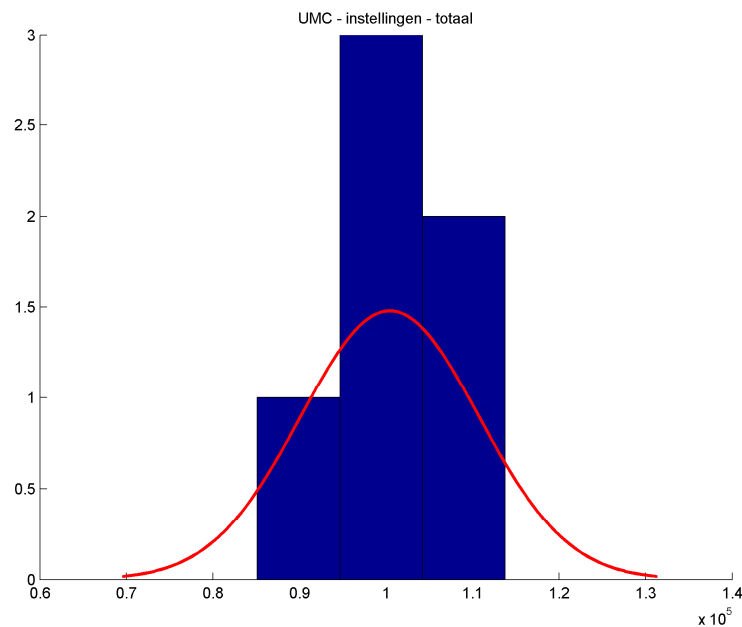
**Figuur 12: gemiddelde omzet per FTE medisch specialist per zorginstelling (medisch specialisten werkzaam in de academische centra)**

De rode lijn in Figuur 12 geeft aan wat voor medisch specialisten werkzaam in academische centra op landelijk niveau de gemiddelde

jaaromzet per FTE is. De puntenwolk rondom deze lijn, geeft de gemiddelde omzet per medisch specialist per instelling.

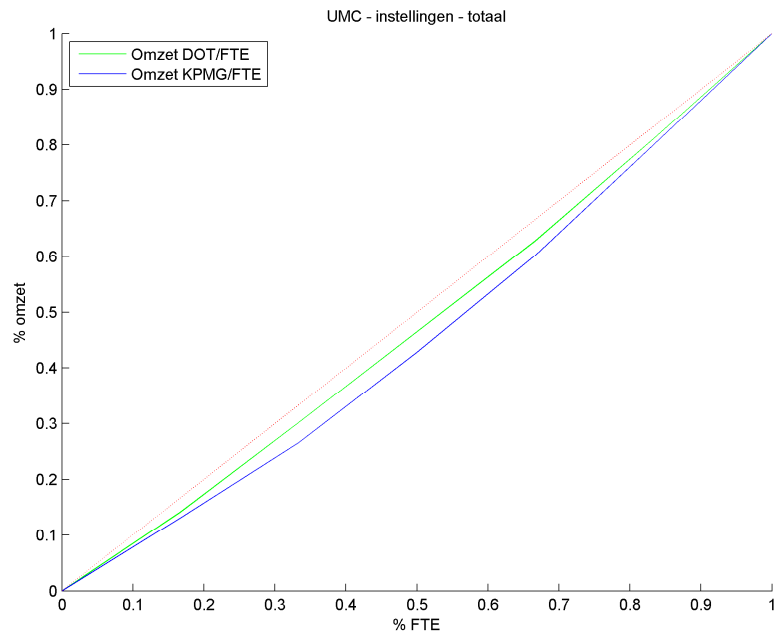
Deze figuur geeft een normaal verdeelde spreiding weer tussen de instellingen rondom de gemiddelde jaaromzet per FTE (ruim € 100.000 per FTE medisch specialist). Alle waarnemingen vallen binnen een bandbreedte van € 85.000 tot € 115.000.

Het opgestelde histogram onderbouwt de veronderstelling dat de geconstateerde spreiding van de gemiddelde omzet per FTE tussen academische instellingen van een normale omvang is. Uit onderstaande Figuur 13 blijkt dat de verdeling van de omzetten een normale verdeling benadert. De rode lijn geeft de verdeling die de omzetten volgen, *ware* zij normaal verdeeld (waarbij het gemiddelde en de standaardafwijking afgeleid zijn uit de gemiddelde jaaromzetten per FTE per instelling). Hiermee kan gesteld worden dat ook op instellingsniveau bij de medisch specialisten in academische centra zich geen structurele effecten voordoen waarvoor de honorariumtarieven gecorrigeerd dienen te worden.



**Figuur 13: de verdeling van de gemiddelde omzet per medisch specialist per instelling (medisch specialisten in academische centra)**

De Lorenz curve geeft aan in hoeverre de honorariumomzet binnen een populatie volkomen gelijk verdeeld zijn. In de grafiek wordt de verwachte DOT 2012 omzet per FTE én de omzetten op basis van het huidige DBC systeem per FTE tegen de Lorenz curve afgezet.



**Figuur 14: Lorenz curve**

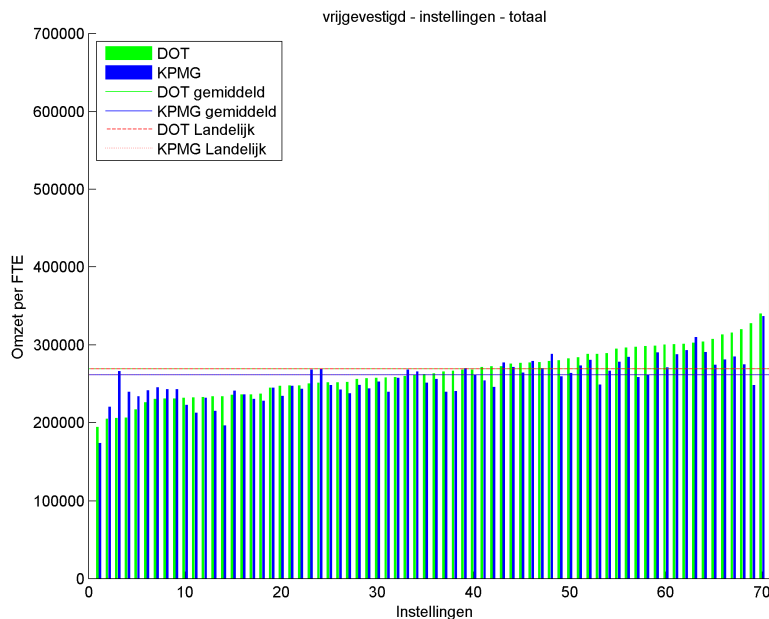
De DOT(2012)- en DBC(2011)-curve zijn zeer vergelijkbaar, de verdeling op basis van de nieuwe honorariumtarieven 2012 is gelijkmatiger. Dit geeft een aanwijzing dat de verdeling van de verwachte omzet niet structureel afwijkt van de historische omzet.

## 6. Kwantitatieve analyse verschuiving

### 6.1 Verschuivingen tussen zorginstellingen

In paragraaf 6.1.1 wordt de spreiding over de instellingen geanalyseerd voor uitsluitend de vakgroepen in vrije vestiging. In de daarop volgende paragraaf (6.1.2) worden deze analyses over de instellingen herhaald voor de vakgroepen in dienstverband. Ten slotte volgen de analyses voor medisch specialisten, uitsluitend werkzaam in academische centra.

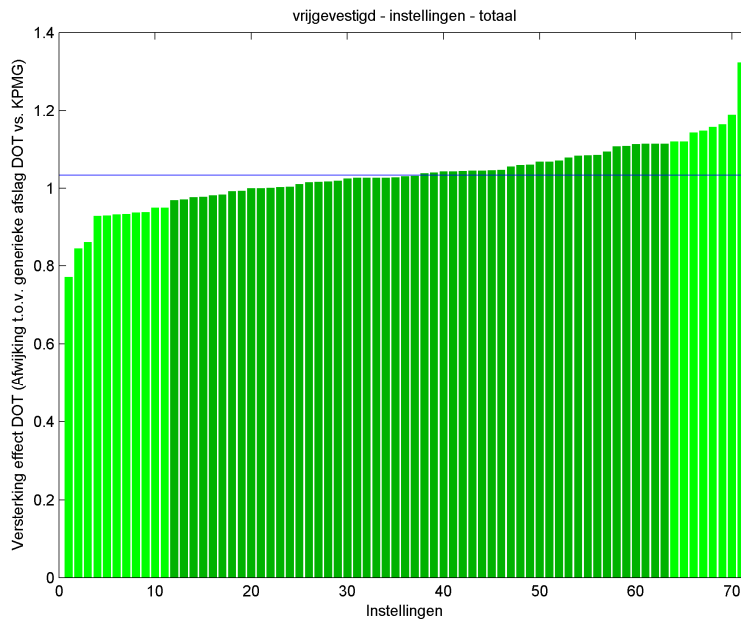
#### 6.1.1 Specialisten in vrije vesting



**Figuur 15: omzet per FTE vrijgevestigd specialist 2011 en 2012**

In de bovenstaande figuur is per instelling voor de vrijgevestigde specialisten de DBC omzet 2011 (afgeleid van de uitvraag ten behoeve van de omzetplafonds, gecorrigeerd voor de tariefwijzigingen tussen 2009 en 2011) en de omzetten in termen van DOT 2012 weergegeven. Hierbij valt op dat één instelling duidelijk uitschiet ten opzichte van de overige instellingen, maar dat de omzet in termen van DOT 2012 al lager is dan in DBC 2011.

Behalve de absolute hoogte van de omzet per FTE is het vooral van belang om voor een instelling de verschuiving ten opzichte van de huidige situatie te bekijken. In de onderstaande figuur is de verhouding in de omzet per FTE in termen van DOT 2012 ten opzichte van DBC omzet per FTE 2011 weergegeven per zorginstelling. Hierdoor is te zien hoe groot de verschuivingen in omzet per instelling zijn. De zorginstellingen die in het lichtgroen zijn liggen meer dan één standaardafwijking van de gemiddelde verhouding vandaan.



**Figuur 16: verhouding omzet per vrijgevestigd specialist 2011 en 2012**

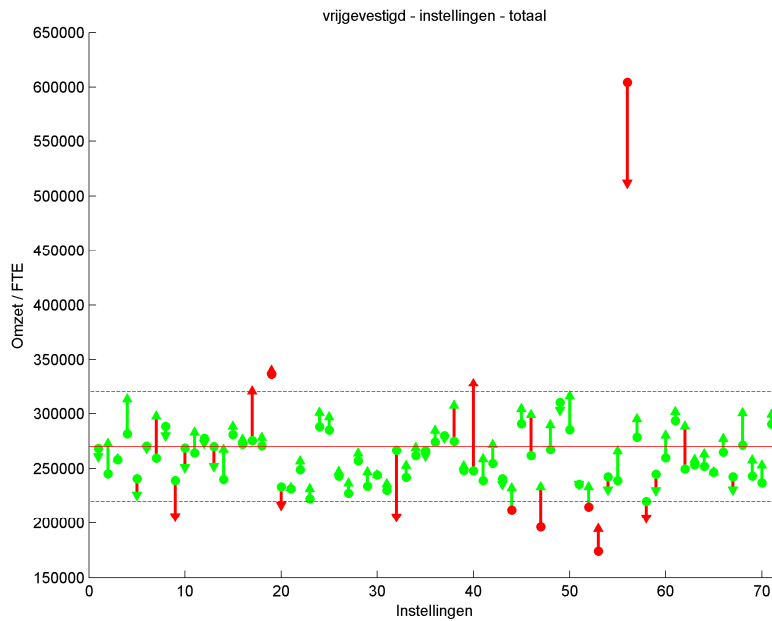
Als we de absolute verschuiving uit Figuur 15 en de relatieve verschuiving in Figuur 16 combineren krijgen we inzicht in welke instellingen zowel grote verschuivingen tussen 2011 en 2012 in omzet kunnen verwachten en bovendien buiten de bandbreedte om de gemiddelde omzet per FTE in 2012 vallen:

**Tabel 2: Omzetverschuiving 2011-2012 en spreiding omzet per FTE 2012**

	Omzet per FTE		
	< € 220.000	gemiddeld	> € 320.000
< 1 std	4	6	1
gemiddeld	0	51	1
> 1 std	1	5	2

Hoewel uit de berekeningswijze van de honorariumtarieven 2012 volgt dat er gemiddeld genomen geen omzetverschillen per FTE zijn tussen de specialismen, kunnen zich nog steeds omzetverschillen per FTE voordoen tussen instellingen. Daar waar instellingen buiten de absolute bandbreedte van € 220.000 en € 320.000 vallen, maar waar deze instellingen ook in 2011 buiten de genoemde bandbreedte vielen, is er geen sprake van een structureel, ongewenst effect als gevolg van de nieuwe honorariumtarieven. Alleen bij een omzetverschuiving tussen 2011 en 2012 van meer dan 1 keer de standaardafwijking ten opzichte van de gemiddelde verschuiving en als daarbij die verschuiving ervoor zorgt dat de instelling buiten de marges terecht komt, is extra aandacht nodig. Het gaat hierbij om 4 instellingen aan de onderkant van de bandbreedte en 2 aan de bovenkant.

Om deze verschuiving ook grafisch inzichtelijk te maken zijn de absolute en relatieve verschuivingen in een overzicht weergegeven:



**Figuur 17: Absolute en relatieve verschuiving**

De rode pijlen zijn instellingen waarbij de afwijking tussen 2011 en 2012 groter is dan één standaardafwijking ten opzicht van de gemiddelde omzetverschuiving. Als de kop van de pijl ook rood is dan komt de instelling buiten de bandbreedte rond € 270.000 terecht. Dit overzicht laat bijvoorbeeld zien dat de instelling met de laagste omzet per FTE juist in termen van DOT 2012 beter presteert dan in DBC 2011. Er is dus geen directe aanleiding om deze instelling nader te onderzoeken in het kader van structurele, ongewenste effecten volgend uit de honorariumberekening.

In de onderstaande tabel zijn alle rode pijlen (tevens de lichtgroene kolommen uit Figuur 16) bij elkaar gezet.

**Tabel 3: Grootste verschuivingen in omzet per fte tussen 2011 en 2012 vrijgevestigde medisch specialisten**

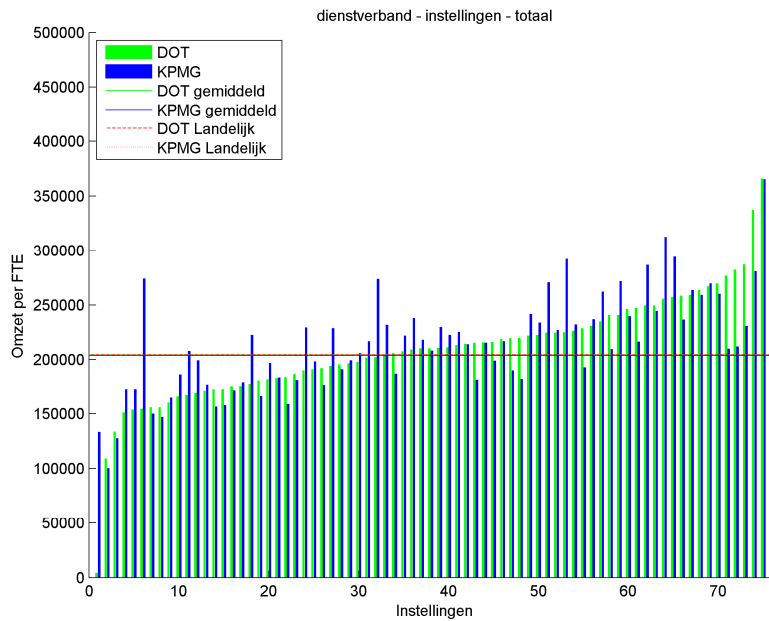
Ziekenhuis	Categorie	omzet per fte KPMG (2011)	omzet per fte DOT(2012)	afwijking t.o.v. €270.000
A	ALG	€ 270,000	€ 210,000	-€ 60,000
B	CAT	€ 600,000	€ 510,000	€ 240,000
C	ALG	€ 240,000	€ 210,000	-€ 60,000
D	STZ	€ 230,000	€ 220,000	-€ 50,000
E	ALG	€ 220,000	€ 200,000	-€ 70,000
F	STZ	€ 270,000	€ 250,000	-€ 20,000
G	ALG	€ 270,000	€ 250,000	-€ 20,000
H	STZ	€ 240,000	€ 230,000	-€ 40,000
I	ALG	€ 240,000	€ 230,000	-€ 40,000
J	ALG	€ 240,000	€ 230,000	-€ 40,000
K	STZ	€ 240,000	€ 230,000	-€ 40,000
Ziekenhuis	Categorie	omzet per fte KPMG (2011)	omzet per fte DOT(2012)	afwijking t.o.v. €270.000
L	ALG	€ 170,000	€ 190,000	-€ 80,000
M	STZ	€ 270,000	€ 310,000	€ 40,000
N	ALG	€ 260,000	€ 300,000	€ 30,000
O	ALG	€ 260,000	€ 300,000	€ 30,000
P	ALG	€ 250,000	€ 290,000	€ 20,000
Q	ALG	€ 280,000	€ 320,000	€ 50,000
R	CAT	€ 200,000	€ 230,000	-€ 40,000
S	CAT	€ 250,000	€ 330,000	€ 60,000
data afgerond op 10.000 euro				

De impactanalyses hebben een indicatief karakter. Door wijzigingen in het registratiegedrag onder de DOT productstructuur kunnen de resultaten van de impactanalyses in de praktijk anders uitvallen.

### 6.1.2 Specialisten in dienstverband

Dezelfde analyse is ook gemaakt voor de verwachte omzet verschuivingen bij specialisten werkzaam in dienstverband, per instelling.





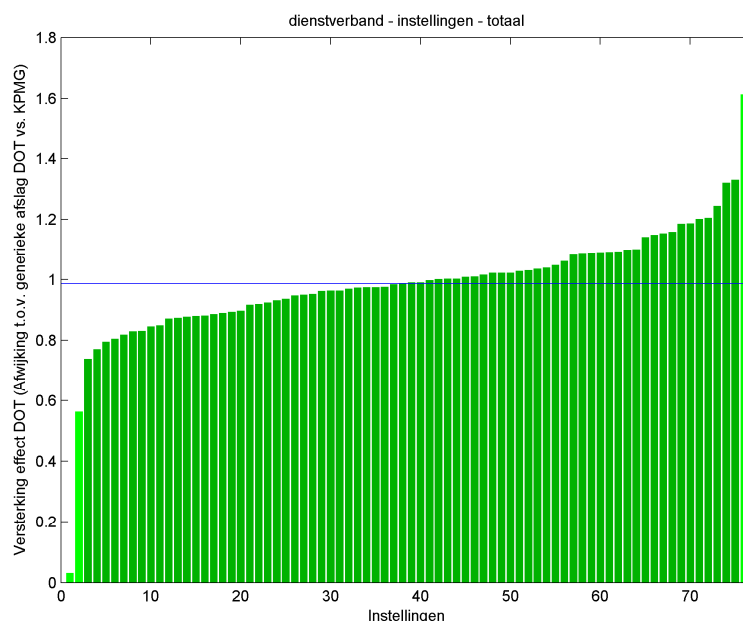
**Figuur 18: omzet per FTE specialist in dienstverband 2011 en 2012**

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

Helemaal links is een instelling te zien die in dienstverband een opvallende verschuiving laat zien wanneer de omzet per FTE wordt vergeleken tussen 2011 en 2012. Dit wijst op een inconsistentie tussen de omzetaanlevering via de gegevensuitvraag aan de NZa en de productieaanlevering aan het DIS. Het gaat bovendien om dezelfde instelling die bij de analyses voor de vrijgevestigde medisch specialisten (paragraaf 6.1.1, Figuur 15) juist helemaal rechts als uitschieter stond.

In de onderstaande figuur is de verhouding in de omzet per FTE in termen van DOT 2012 ten opzichte van DBC omzet per FTE in 2011 weergegeven per zorginstelling. Het bevat een combinatie van de gegevens per instelling in de hiervoor genoemde figuur 18 (te weten: de omzetten van beiden jaren). De zorginstellingen die in het lichtgroen zijn gekleurd, vallen buiten de bandbreedte van meer dan een standaardafwijking van de gemiddelde verhouding tussen de omzet per FTE in 2011 en 2012.

**Figuur 19: verhouding omzet per FTE specialist in dienstverband 2011 en 2012**



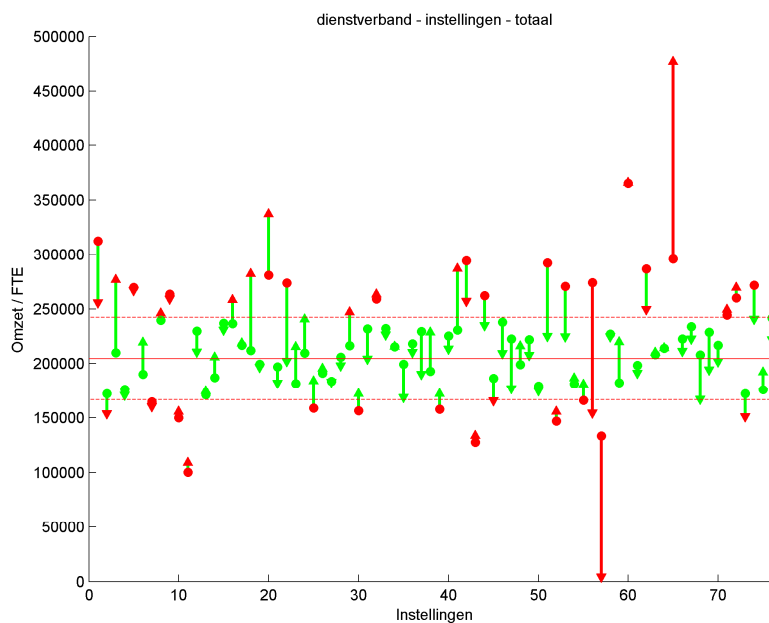
Als we de absolute verschuiving uit figuur 18 en de relatieve verschuiving in figuur 19 combineren krijgen we inzicht in welke instellingen zowel grote verschuivingen tussen 2011 en 2012 in omzet kunnen verwachten en bovendien buiten de bandbreedte om de gemiddelde omzet per FTE in 2012 vallen. De gecombineerde informatie wordt samengevat in de onderstaande tabel:

**Tabel 4: Verschuiving in omzet en omzet per FTE.**

	Omzet per FTE		
	< € 170.000	gemiddeld	> € 240.000
< 1 std	2	0	0
gemiddeld	8	49	16
> 1 std	0	0	1

Daar waar instellingen buiten de absolute bandbreedte van € 170.000 en € 240.000 vallen, maar waar deze instellingen ook in 2011 buiten de genoemde bandbreedte vielen, is er geen sprake van een structureel, ongewenst effect als gevolg van de nieuwe honorariumtarieven. Alleen bij een omzetverschuiving tussen 2011 en 2012 van meer dan 1 keer de standaardafwijking ten opzichte van de gemiddelde verschuiving en als daarbij die verschuiving ervoor zorgt dat de instelling buiten de marges terecht komt, is extra aandacht nodig. Het gaat hierbij om 2 instellingen aan de onderkant van de bandbreedte en 1 aan de bovenkant.

Om deze verschuiving ook grafisch inzichtelijk te maken zijn de absolute en relatieve verschuivingen in een overzicht weergegeven:



**Figuur 20: Absolute en relatieve verschuiving**

De rode pijlen zijn instellingen waarbij de afwijking tussen 2011 en 2012 groter is dan één standaardafwijking ten opzicht van de gemiddelde omzetverschuiving. Als de kop van de pijl ook rood is dan komt de instelling buiten de bandbreedte rond € 200.000 terecht. Er is dus geen directe aanleiding om deze instelling nader te onderzoeken in het kader van structurele, ongewenste effecten volgend uit de honorariumberekening.

In Tabel 5 zijn de drie uitschieters toegelicht. Voor overige instellingen geldt dat er de verschuivingen binnen de standaardafwijkingen vallen, terwijl de meeste instellingen onder de grens van € 170.000 juist een beweging naar boven maken.

**Tabel 5: grootste verschuivingen in omzet per FTE tussen 2011 en 2012 medisch specialisten in dienstverband**

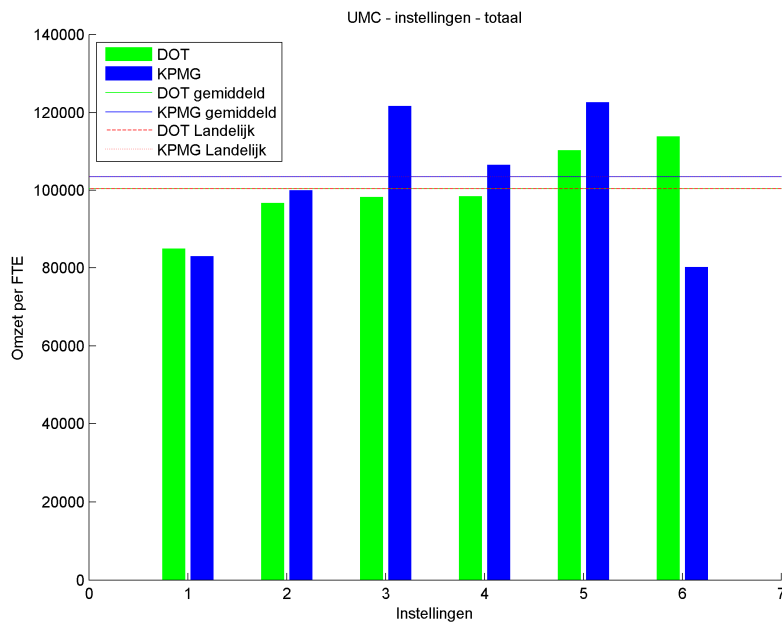
Ziekenhuis	Categorie	omzet per fte KPMG (2011)	omzet per fte DOT(2012)	afwijking t.o.v. €200.000
A	CAT	€ 130,000	€ 4,000	-€ 196,000
B	STZ	€ 270,000	€ 150,000	-€ 50,000
Ziekenhuis	Categorie	omzet per fte KPMG (2011)	omzet per fte DOT(2012)	afwijking t.o.v. €200.000
C	ALG	€ 300,000	€ 480,000	€ 280,000
data afgerond op 10.000 euro				

Voor instelling A is nauwelijks productie opgegeven in termen van DOT. Het betreft één ondersteunde vakgroep bij de instelling die in vrije vesting aan de bovenkant uitschiet (zie paragraaf 6.1.1, figuur 15 en tabel 3, ziekenhuis B). Ook instelling C betreft de omzet gegevens van één vakgroep.

De impactanalyses hebben een indicatief karakter. Door wijzigingen in het registratiegedrag onder de DOT productstructuur kunnen de resultaten van de impactanalyses in de praktijk anders uitvallen.

### 6.1.3 Specialisten in academische centra

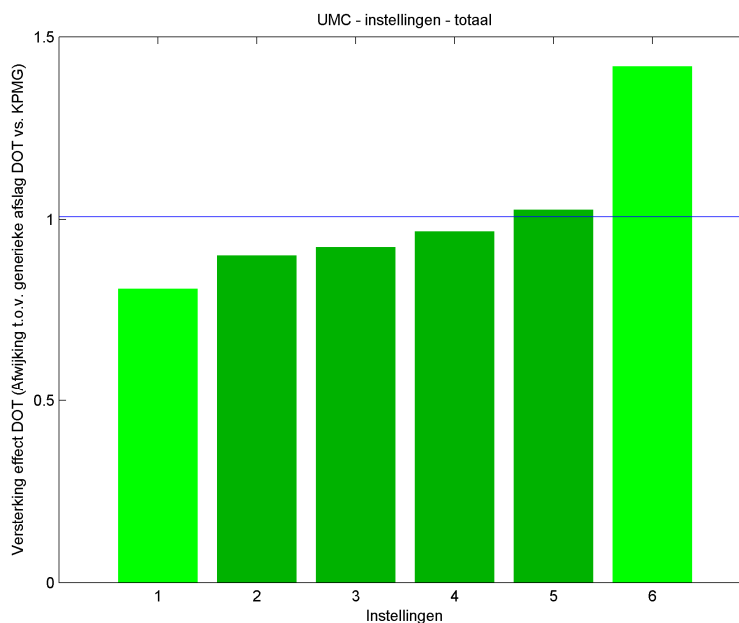
Ook voor de academische ziekenhuizen zijn dezelfde analyses uitgevoerd. Gezien de constateerde verschillen de tussen de specialisten in dienstverband in de algemene ziekenhuizen enerzijds en in de academische centra anderzijds zijn deze twee groepen van specialisten in dienstverband apart geanalyseerd. Het verschil tussen de twee groepen evident als gekeken wordt naar de gemiddelde omzet per FTE. Waar deze in algemene ziekenhuizen net boven € 200.000 per FTE ligt, komen de academische centra uit op € 100.000 per FTE.



**Figuur 21: omzet per FTE specialist in academische centra 2011 en 2012**

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

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



**Figuur 22: verhouding omzet per fte specialist in academische centra 2011 en 2012**

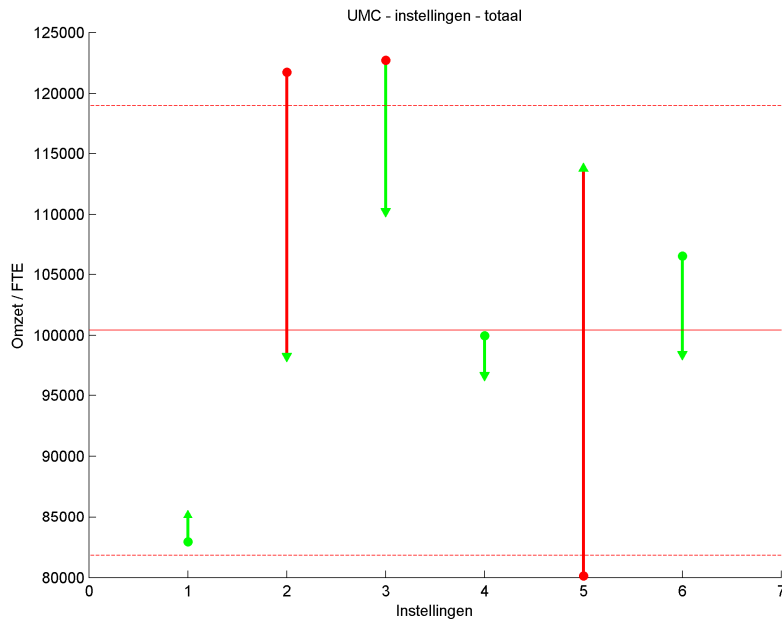
Als we de absolute verschuiving uit figuur 21 en de relatieve verschuiving in figuur 22 combineren krijgen we inzicht in welke academische instellingen zowel grote verschuivingen tussen 2011 en 2012 in omzet kunnen verwachten en bovendien buiten de bandbreedte om de gemiddelde omzet per FTE in 2012 vallen. De gecombineerde informatie wordt samengevat in de onderstaande tabel

**Tabel 6: Verschuiving in omzet en omzet per FTE.**

	Omzet per FTE		
	< €80.000	gemiddeld	> €120.000
< 1 std	0	1	0
gemiddeld	0	4	0
> 1 std	0	1	0

Daar waar instellingen buiten de absolute bandbreedte van € 80.000 en € 120.000 vallen, maar waar deze instellingen ook in 2011 buiten de genoemde bandbreedte vielen, is er geen sprake van een structureel, ongewenst effect als gevolg van de nieuwe honorariumtarieven. Alleen bij een omzetverschuiving tussen 2011 en 2012 van meer dan 1 keer de standaardafwijking ten opzichte van de gemiddelde verschuiving en als daarbij die verschuiving ervoor zorgt dat de instelling buiten de marges terecht komt, is extra aandacht nodig. Alle academische centra vallen binnen de bandbreedte rondom de gemiddelde omzet per FTE in 2012.

Om deze verschuiving ook grafisch inzichtelijk te maken zijn de absolute en relatieve verschuivingen in een overzicht weergegeven:



**Figuur 183: Absolute en relatieve verschuiving**

De rode pijlen zijn instellingen waarbij de afwijking tussen 2011 en 2012 groter is dan één standaardafwijking ten opzicht van de gemiddelde omzetverschuiving. Als de kop van de pijl ook rood is dan komt de instelling buiten de bandbreedte rond € 100.000 terecht.

In tabel 7 zijn de twee uitbijters toegelicht. Deze twee academische instellingen kennen per FTE een omzetverschuiving tussen 2011 en 2012 die groter is dan 1 standaardafwijking ten opzichte van de gemiddelde verschuiving. Alle academische instellingen hebben in 2012 een verwachte omzet per FTE die binnen de bandbreedte rondom het gemiddelde van ruim € 100.000 valt.

**Tabel 7: grootste verschuivingen in omzet per FTE tussen 2011 en 2012 medisch specialisten in academische centra**

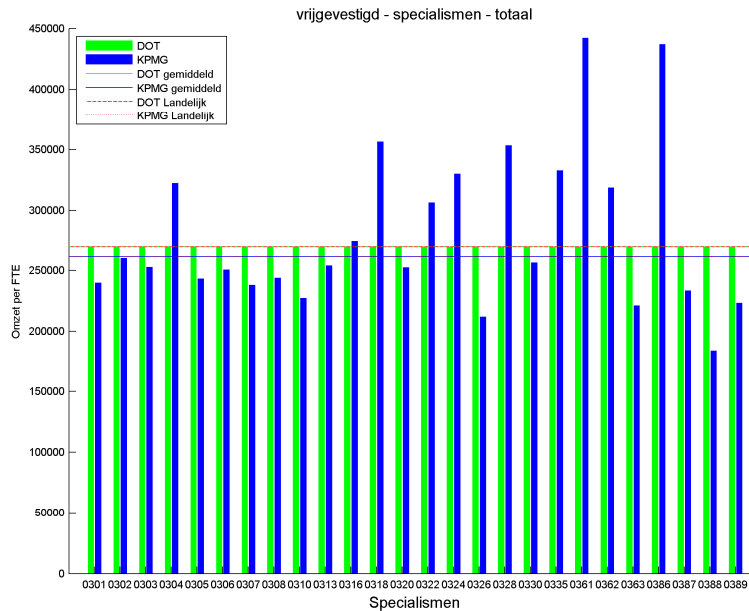
Ziekenhuis	Categorie	omzet per fte KPMG (2011)	omzet per fte DOT(2012)	afwijking t.o.v. €100.000
A	ACD	€ 120,000	€ 98,000	€ -2,000
B	ACD	€ 80,000	€ 110,000	€ 10,000
data afgerond op 10.000 euro				

Vooral de toename bij instelling B valt op (37,5%). Deze toename is niet direct uit bij de NZa beschikbare data te verklaren. Mogelijk heeft deze academische instelling een afwijkende casemix ten opzichte van de overige academische instellingen of is haar registratie beter voorbereid op de DOT-productstructuur.

## 6.2 Verschuivingen tussen specialismen

De uitgangspunten van de tariefberekening zorgen voor een gelijke gemiddelde omzet per FTE per specialisme. Omdat dit in 2011 niet het geval was, dwingt dit verschuivingen in omzet af. Deze verschuivingen zijn bedoeld.

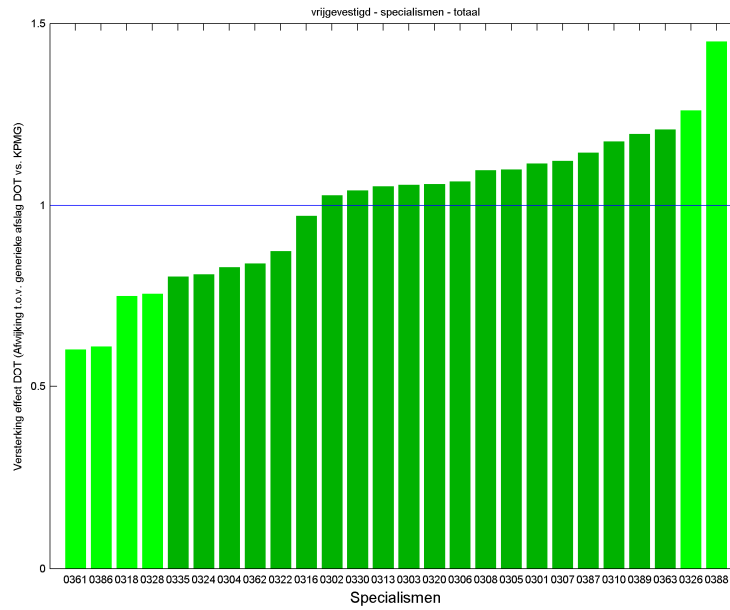
### 6.2.1 Specialismen in vrije vesting



**Figuur 194: gemiddelde omzet per FTE vrijgevestigd specialist per specialisme 2011 en 2012**

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

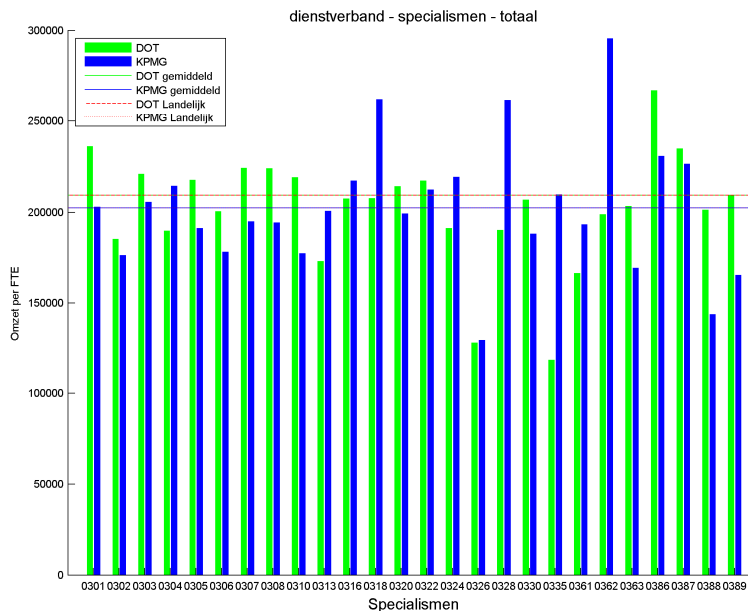
Zoals al eerder geconstateerd in paragraaf 5.1 is de omzet per FTE voor vrijgevestigde specialismen gelijk voor alle specialismen: € 270.000. Figuur 194 laat zien dat de gemiddelde omzet per FTE per specialisme in 2011 anders liggen, waarbij een aantal specialismen een omzetverschuiving naar beneden kennen en anderen juist in 2012 een hogere verwachte omzet per FTE kennen, zoals te zien in de onderstaande figuur 25.



**Figuur 205: verhouding omzet per FTE specialist 2011 en 2012 voor specialisten in vrije vesting**

### 6.2.2 Specialisten in dienstverband

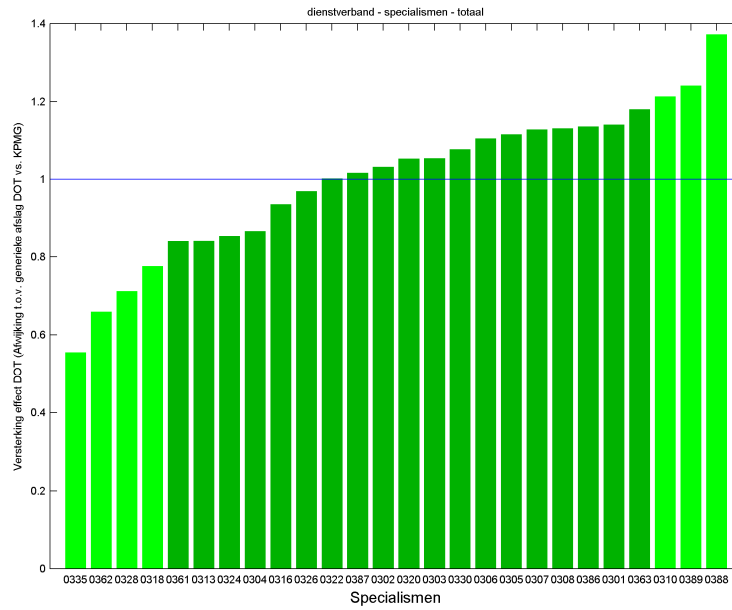
Waar bij de vrijgevestigde specialisten de gemiddelde omzet per FTE een gegeven is als gevolg van de berekeningsmethodiek, staat deze voor specialisten in dienstverband niet van tevoren vast.



**Figuur 26: gemiddelde omzet per specialist in dienstverband per specialisme 2011 en 2012**

De omzetverschuivingen per FTE tussen 2011 en 2012 volgen wel ongeveer de zichtbare patronen bij de specialisten in vrije vesting, omdat ook aan de verwachte omzetten voor de specialisten in dienstverband in 2012 dezelfde honorariumtarieven ten grondslag liggen.



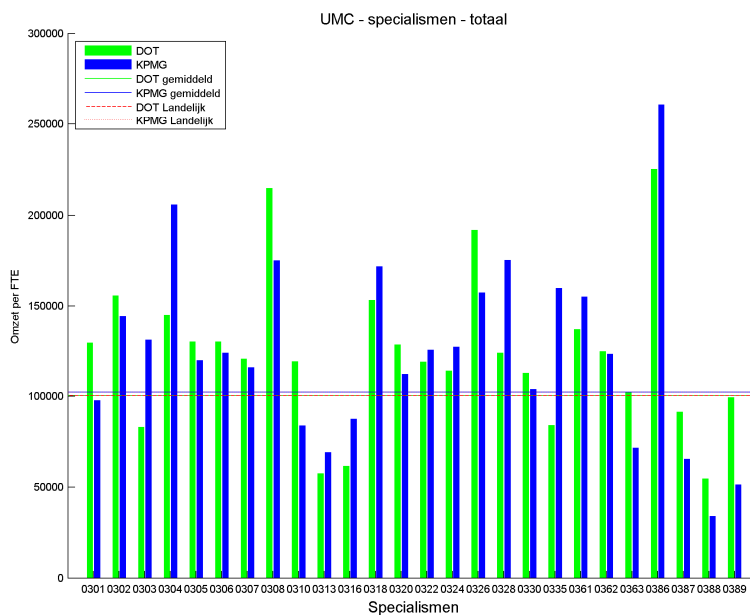


**Figuur 217: verhouding omzet per FTE specialist 2011 en 2012 voor specialisten in dienstverband exclusief academische centra**

De relatieve verschuivingen zijn in grote lijnen vergelijkbaar met de verschuivingen zoals te zien bij vrijgevestigden. Verschillen kunnen ontstaan door verschillen in normtijden tussen 2011 en 2012 in combinatie met de verschillen in casemix tussen de specialisten in vrije vesting en in dienstverband.

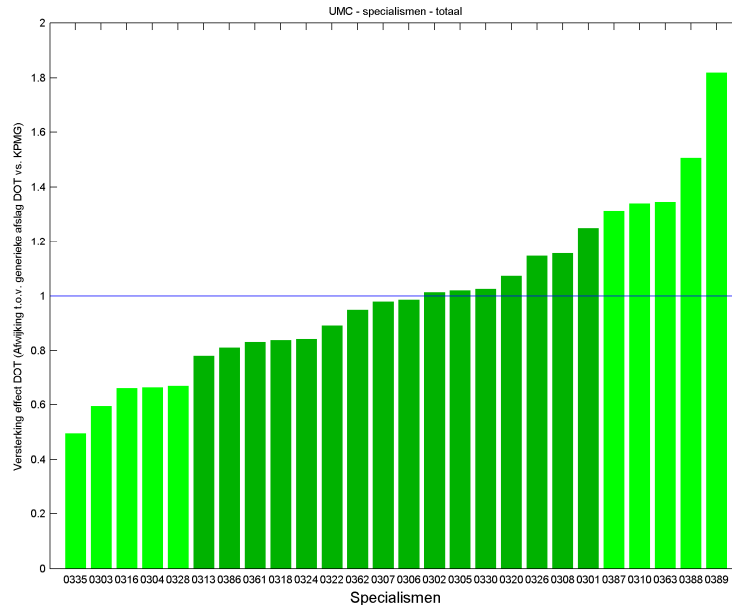
**6.2.3 Specialisten in academische centra**

De onderstaande figuur 28 laat de verschuivingen tussen 2011 en 2012 zien voor de academische centra.



**Figuur 228: gemiddelde omzet per specialist in academische centra per specialisme 2011 en 2012**

In vergelijking met de overige specialisten in loondienst is een veel grilliger patroon te zien, zowel in de data van 2011 en 2012. Dit is dus niet zomaar toe te schrijven aan de nieuwe honorariumtarieven, maar lijkt een structureel effect te zijn in de data of bijvoorbeeld afwijkende productiviteitscijfers. Hiernaar is in dit kader geen verder onderzoek gedaan.



**Figuur 239: verhouding omzet per FTE specialist 2011 en 2012 voor specialisten in academische centra**

Als we de relatieve verhoudingen vergelijken met de verhoudingen bij de overige specialisten in loondienst (zie figuur 27) dan is er een meer vergelijkbaar patroon te zien.

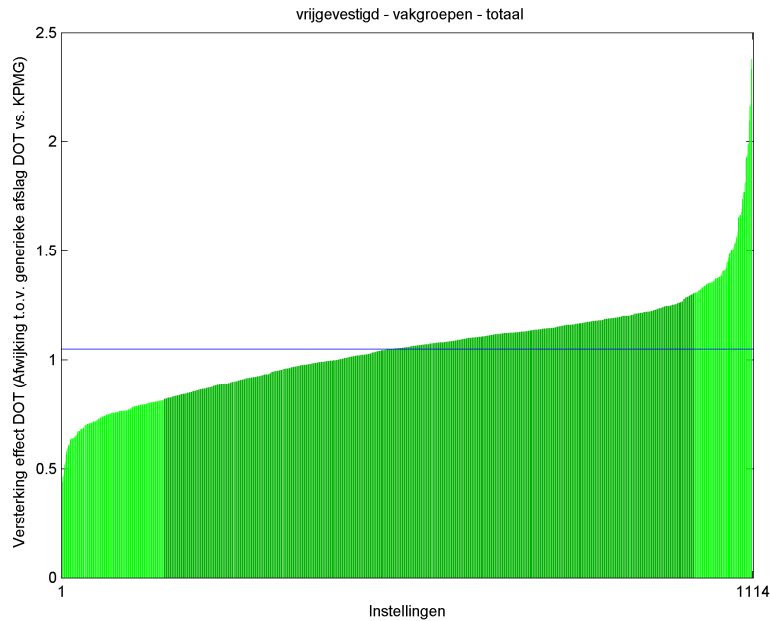
### 6.3 Verschuiving tussen vakgroepen

In de eerstvolgende subparagraaf wordt de spreiding binnen het specialisme geanalyseerd voor uitsluitend de vakgroepen in vrije vestiging. In de daarop volgende subparagrafen worden deze analyses herhaald voor de specialisten in dienstverband waarbij de academische centra apart zijn beschouwd.

#### 6.3.1 Specialisten in vrije vesting

In deze paragraaf beschouwen we de individuele vakgroepen als geheel. In bijlage A bij dit document zijn de analyses ook weergegeven voor de vakgroepen binnen elk afzonderlijk specialisme.

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



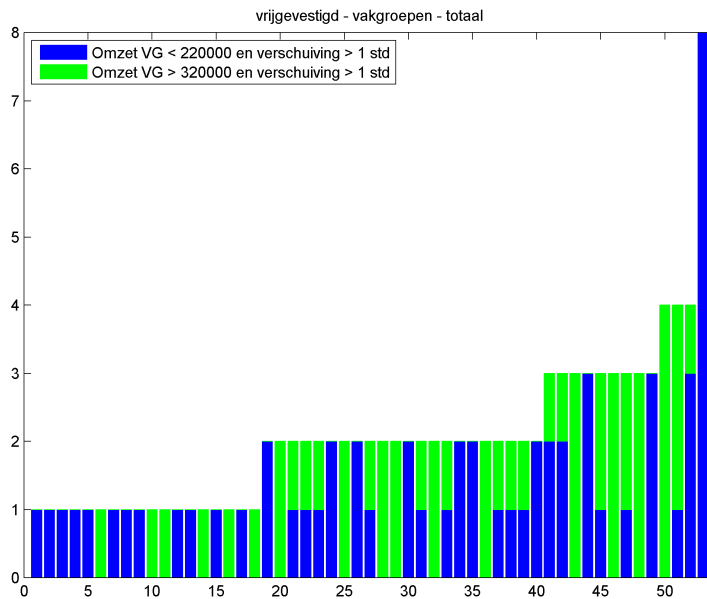
**Figuur 30: verhouding omzet per FTE specialist 2011 en 2012 voor alle vakgroepen in vrije vestiging**

Van de 1114 vrijgevestigde vakgroepen hebben 260 (lichtgroen gekleurde vakgroepen) een afwijking ten opzichte van het gemiddelde die groter is dan één standaardafwijking. Daarvan hebben 59 vakgroepen een verwachte DOT omzet die kleiner is dan € 220.000 per FTE vrijgevestigd medisch specialist en 50 met een omzet groter dan € 320.000 per FTE.

**Tabel 8: analyse uitbijters vakgroepen in vrije vestiging**

	Omzet per FTE		
	< €220.000	gemiddeld	> €320.000
< 1 std	59	81	25
gemiddeld	165	521	168
> 1 std	10	35	50

In de volgende analysestap wordt gekeken in hoeverre de bovengenoemde en weergegeven afwijkingen zich concentreren bij de zorginstellingen. Het betreft een andere clustering van de 216 (rode en grijze blokken) genoemde afwijkende vakgroepen.



**Figuur 31: analyse uitbijters vrijgevestigde vakgroepen per zorginstelling**

In de bovenstaande grafiek is te zien dat de uitbijters onder de vakgroepen sterk gespreid zijn over de instellingen. Tevens blijkt er een correlatie te zijn tussen de uitbijteranalyse op instellingsniveau en de uitbijteranalyse op vakgroepniveau. Onderstaande tabel laat zien dat wanneer zich op instellingsniveau 2 of meer uitbijters bevinden onder de vakgroepen binnen de instelling, deze instellingen op instellingsniveau een afwijkende gemiddelde omzet per FTE kennen. In de onderstaande tabel zijn alle instellingen met meer dan 2 uitbijters samengevat. Tevens is in de tabel aangegeven of deze instelling ook voorkomt in de uitbijteranalyse op instellingsniveau (paragraaf 6.1.1, tabel 3).

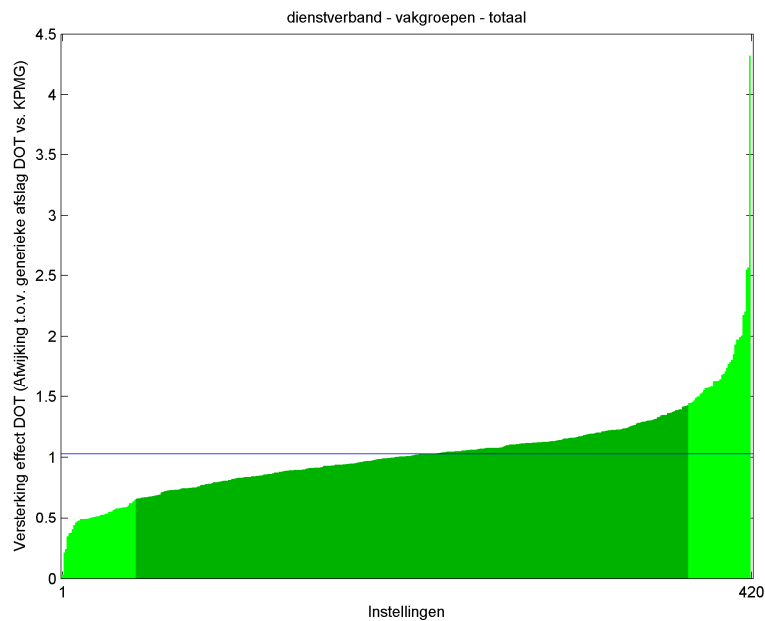
**Tabel 9: Uitbijteranalyse op instellingsniveau en vakgroepniveau.**

Aantal vakgroepen met omzet per FTE < €220.000	Aantal vakgroepen met omzet per FTE > €320.000	Instelling
2	1	
2	1	J
0	3	
3	0	H
1	2	
0	3	P
1	2	
0	3	Q
3	0	F
0	4	O
1	3	M
3	1	
8	0	A

Hieruit blijkt dat bij 8 van de 13 instellingen met meer dan 2 uitbijters er een relatie bestaat tussen het aantal uitbijters binnen de instelling en de gemiddelde verwachte omzet per FTE voor deze instelling als geheel.

### 6.3.2 Specialisten in dienstverband

We kijken verder naar de effecten per vakgroep in dienstverband. In de onderstaande figuur is de verhouding in de omzet in termen van DOT 2012 ten opzichte van DBC omzet 2011 weergegeven per vakgroep voor de specialisten in dienstverband (alle specialismen gezamenlijk). De vakgroepen die in het lichtgroen zijn weergegeven liggen meer dan één standaardafwijking van de gemiddelde omzet verschuiving per FTE tussen 2011 en 2012.



**Figuur 32: verhouding omzet per FTE specialist 2011 en 2012 voor alle vakgroepen in dienstverband**

De waargenomen verschuiving is groter dan we bij de vrijgevestigde medisch specialisten hebben gezien. Als gevolg van de modelkeuze voor tariefberekening is eerder geconstateerd dat voor de vrijgevestigde specialismen een aantal specialismen tussen 2011 en 2012 een omzetverschuiving naar beneden kennen. Deze specialismen (klinische geriatrie en klinische chemie) kennen vooral vakgroepen, waarbij de specialisten werkzaam zijn in dienstverband. De vakgroepen behorend bij deze specialismen vinden we aan de (lichtgroene) linkerkant van figuur 32. Een aantal specialismen als pathologie en medisch microbiologie kennen tussen 2011 en 2012 een omzetverschuiving per FTE naar boven. Ook deze specialismen kennen vooral vakgroepen, waarbij de specialisten werkzaam zijn in dienstverband. De vakgroepen behorend bij deze specialismen vinden we aan de (lichtgroene) rechterkant van figuur 32.

Vervolgens is de omzetverschuiving tussen 2011 en 2012 vergeleken met de absolute omzet per FTE in 2012, die voor deze vakgroepen is berekend. Hierbij is het referentiepunt voor specialisten in dienstverband afgeleid van het referentiepunt dat wordt gehanteerd bij de vrijgevestigde specialisten. Voor vrijgevestigde specialisten is de gemiddelde omzet € 270.000 ongeacht het specialisme. Daarnaast is de normomzet die ten grondslag ligt aan het uurtarief 2011 ongeveer € 220.000, dus een afwijking van € 50.000 ten opzichte van het

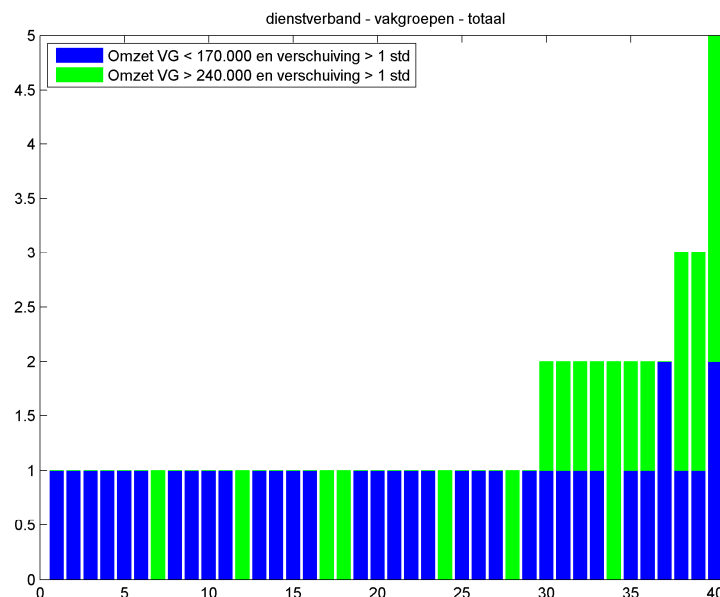
gemiddelde. De gemiddelde honorariumomzet voor de specialisten in dienstverband is berekend op € 200.000. Bij de specialisten in dienstverband is de verhouding tussen € 50.000 en € 270.000 gehanteerd om op equivalente wijze een bandbreedte te bepalen. Deze bandbreedte komt uit op ongeveer 18,5%. Voor vakgroepen in loondienst komt op deze manier een bandbreedte tot stand van € 170.000 tot € 240.000, afgerond op tienduizenden euro's.

**Tabel 10: analyse uitbijters vakgroepen in dienstverband per specialisme**

	Omzet per FTE		
	< €170.000	gemiddeld	> € 240.000
< 1 std	35	7	3
gemiddeld	92	146	98
> 1 std	10	8	21

Van de vakgroepen in dienstverband hebben 84 een afwijking ten opzichte van het gemiddelde die groter is dan één standaardafwijking (bovenste en onderste rij). Daarvan zijn 35 vakgroepen met een significante afwijking naar beneden en tevens een absolute omzet lager dan de gestelde norm van € 170.000. Er schieten 21 vakgroepen juist aan de bovenkant eruit (significante afwijking naar boven en absolute omzet hoger dan € 240.000 omzet per FTE).

Voor dienstverband is alleen relevant wat de effecten per instelling zijn: de vakgroepen zijn immers niet rechtstreeks belanghebbend. Het blijkt dat de 66 (21+35) vakgroepen die in de vorige paragraaf zijn benoemd redelijk evenwichtig over de instellingen zijn verdeeld.

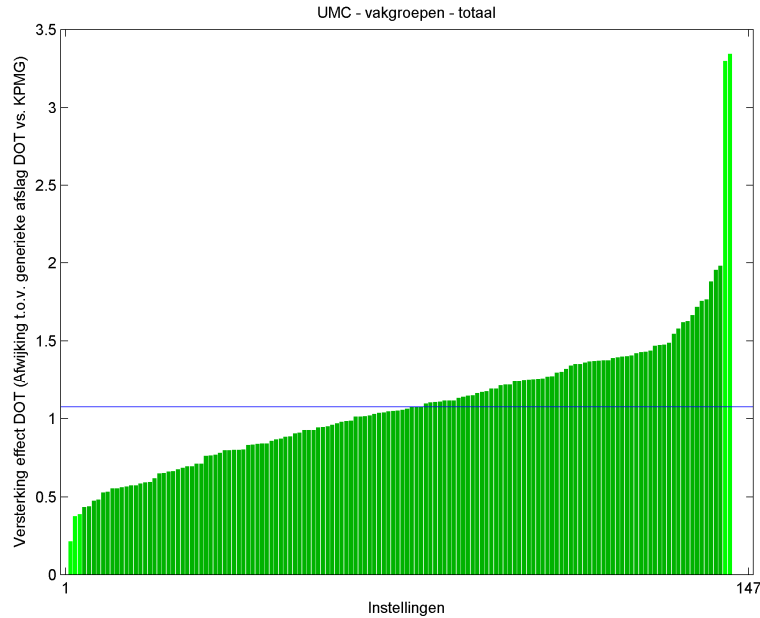


**Figuur 33: analyse uitbijters in dienstverband per zorginstelling**

Van de 40 instellingen met een uitbijtende vakgroep hebben 29 instellingen er slechts één. De rest hebben er twee of drie en slechts één instelling komt 5 keer voor, zowel aan de boven- als onderkant. In tegenstelling tot de waarnemingen bij medisch specialisten in vrije vesting, is hier niet duidelijk een verband te leggen tussen de uitbijtende

instellingen in Tabel 5. Dit komt omdat bij twee van de instellingen in tabel 4 er sprake is van slechts één vakgroep in dienstverband. De derde instelling (B) komt wel terug in figuur 33 (instelling met 2 vakgroepen onder € 170.000).

### 6.3.3 Specialisten in academische centra



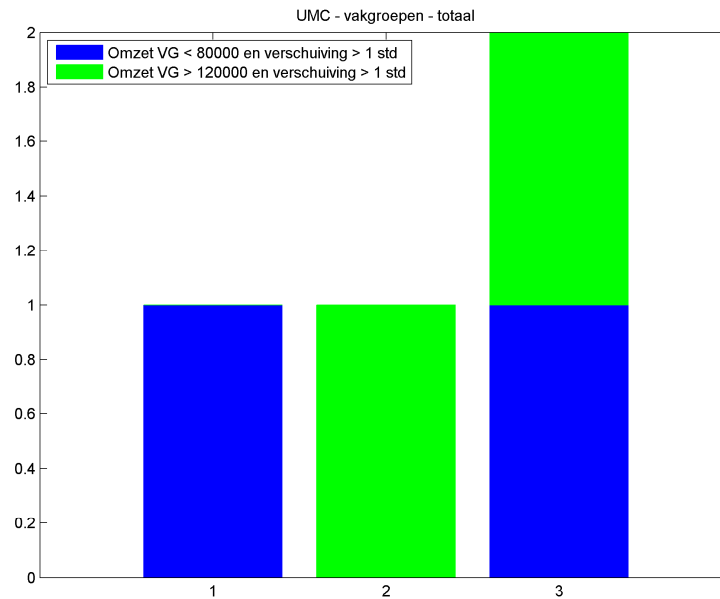
**Figuur 34: verhouding omzet per FTE specialist 2011 en 2012 voor alle vakgroepen in academische centra**

De verdeling van de vakgroepen lijkt op de verdeling die we ook bij de overige specialisten in dienstverband zagen. Bij de academische centra doen zich op vakgroepniveau minder significante omzetverschuivingen tussen 2011 en 2012 voor dan bij de niet-academische centra.

**Tabel 11: analyse uitbijters vakgroepen in academische centra per specialisme**

	Omzet per FTE		
	< € 80.000	gemiddeld	> € 120.000
< 1 std	2	2	0
gemiddeld	27	38	72
> 1 std	1	3	2

Als we de significante omzetverschuivingen tussen 2011 en 2012 combineren met de absolute omzet per FTE in 2012 zien we dat slechts 4 vakgroepen op basis van beide criteria opvallen.



**Figuur 35: analyse uitbijters in dienstverband per zorginstelling**

Deze vakgroepen zijn verdeeld over 3 instellingen, waarbij één instelling zowel een vakgroep heeft met een absolute omzet per FTE lager dan € 80.000 als een vakgroep met een omzet per FTE hoger dan € 20.000.

## 6.4 Omzet DOT en omzetplafonds

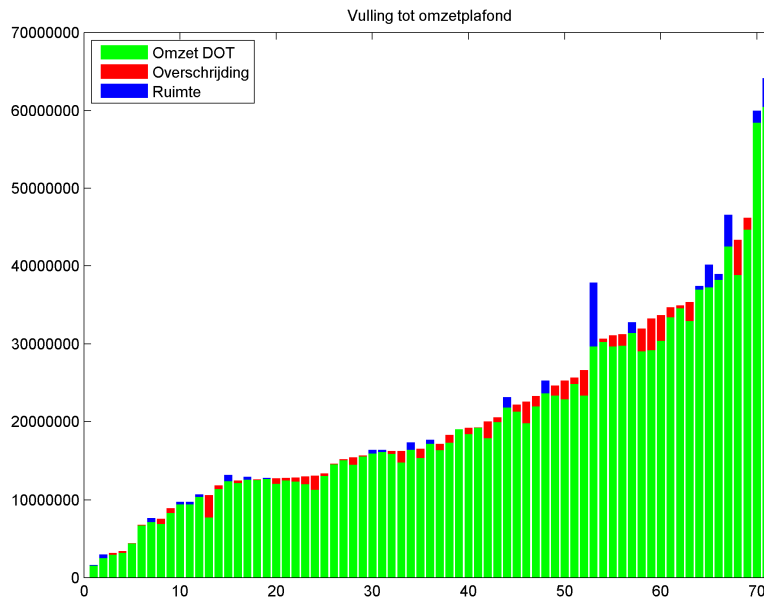
Op dit moment zijn de omzetplafonds van het beheersmodel nog niet beschikbaar. De omzetplafonds zijn in concept berekend op basis van voorlopige gegevens. Met deze voorlopige gegevens is gewerkt in deze paragraaf. Naar verwachting zullen er hoogstens nog kleine verschillen optreden met de definitieve omzetplafonds.

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

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

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





**Figuur 36: honorariumomzet DOT 2012 en concept omzetplafond**

De omzetplafonds gaan uit van het BKZ bedrag dat is opgenomen in het convenant (prijsniveau en volume niveau 2012). De tariefberekening is uitgevoerd met volume niveau 2009 en prijsniveau 2012. In de bovenstaande figuur is bij de berekening van de DOT honorariumomzet 2012 rekening gehouden met een groei van € 2,3M in 2010 en 2,5% per jaar in 2011 en 2012<sup>4</sup>. Dit is een totale groei van 9,17% tussen 2009 en 2012.

<sup>4</sup> Het betreft de productiestijging tussen 2009 en 2012 waar het ministerie van VWS meer rekent. Zie de brief van VWS van 20 mei 2011 – kenmerk: CZ/IPZ/3065857 die is verstuurd aan de klankbordgroep op 25 mei 2011 door de NZa.



## 7. Conclusie

### 7.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 is beschreven dat het doel van de impactanalyses is om de gevolgen van de honorariumtarieven voor zorgaanbieders in beeld te brengen aan de hand van vier doelen:

1. Verifiëren van de toepassing van de uitgangspunten in de honorariumtarief berekening;
2. In beeld brengen van de spreiding en verschuiving in de verwachte omzet op het niveau van de zorginstelling;
3. In beeld brengen van de spreiding en verschuiving in de verwachte omzet op het niveau van het medische specialisme;
4. In beeld brengen van de verhouding tussen de verwachte omzet en de omzetplafonds.

In paragraaf 7.2 gaan we in op de verificatie van de uitgangspunten. De punten 2 en 3 worden samengevat in de paragrafen 7.3 en 7.4, waar respectievelijk de spreiding en verschuiving worden samengevat. Aangezien ten tijde van dit schrijven nog geen nog geen definitieve omzetplafonds beschikbaar zijn, is aan korte beschouwing van punt 4 (zoals beschreven in paragraaf 6.3) geen conclusie te verbinden. Alle berekeningen en conclusies zijn onder de aanname van gelijkblijvende productie.

### 7.2 Verificatie uitgangspunten

Aan de vier hoofdvoorwaarden van de tariefberekening is voldaan.

- a. Elk product heeft één honorariumtarief (ook in het geval van specialisme overstijgende producten);
- b. Er is een uniform honorariumtarief voor prestaties uitgevoerd door zowel specialisten werkzaam in loondienst als in vrije vestiging;
- c. De totale verwachte omzet voor vrijgevestigde specialisten is gelijk aan het totale beschikbare BKZ MS;
- d. Ongeacht het specialisme is de gemiddelde omzet per FTE vrijgevestigde specialist gelijk (gemiddelde omzet oogarts = gemiddelde omzet kno-arts, etc.).

### 7.3 Spreiding verwachte omzet per FTE

In deze paragraaf wordt de conclusies weergegeven over de analyse van de spreiding van de omzetten per FTE per type specialist.

#### 7.3.1 Specialisten in vrij vesting

Als hoofdvoorwaarde is vastgesteld dat voor elk medisch specialisme de landelijk gemiddelde omzet per FTE voor vrijgevestigde specialisten gelijk moet zijn aan € 270.000. Per specialisme is een spreiding rond dit bedrag te zien. Doordat de verdeling van de omzet een sterke gelijkennis vertoont met de normale verdeling, wordt de mate en aarde van de omzetspreiding als beperkt en verklaarbaar beoordeeld. Bijna alle zorginstellingen zijn in staat om gemiddeld genomen minimaal € 270.000 per FTE vrijgevestigd medisch specialist<sup>5</sup> te declareren in 2012.

---

<sup>5</sup> Dit bedrag is de normomzet 2011 die ten grondslag ligt aan het uurtarief 2011.

### 7.3.2 Specialisten in dienstverband

Ook voor de medisch specialisten in dienstverband (exclusief academische centra) is de spreiding van de omzetten per FTE geanalyseerd. Hieruit komt naar voren dat 81% van de instellingen zich binnen de bandbreedtes bevinden, wat meer is dan op basis van een normale verdeling verwacht kan worden.

### 7.3.3 Specialisten in academische centra

Tot slot is voor specialisten in dienstverband in academische centra de spreiding van de omzetten per FTE onderzocht. Hieruit blijkt dat de spreiding van gemiddelde omzet per FTE tussen academische instellingen van normale omvang is. Hieruit concludeert de NZa dat in academische centra zich geen structurele effecten voordoen waarvoor de honorariumtarieven gecorrigeerd dienen te worden.

## 7.4 Omzeteffecten op instellingsniveau

Deze paragraaf beschrijft de omzeteffecten op instellingsniveau voor de verschillende typen specialismen. Alhoewel de mate van spreiding van de gemiddelde honorariumomzet op instellingsniveau een indicatie is voor de redelijkheid van de honorariumtarieven, is vooral de omzetverschuiving van een instelling ten opzichte van de huidige situatie bepalend voor de impact van de nieuwe honorariumtarieven op instellingen en specialisten.

### 7.4.1 Specialisten in vrije vesting

Per 2012 wordt de verdeling van de honorariumomzet voor de vrijgevestigde medisch specialisten binnen de zorginstelling begrensd door de invoering van het beheersmodel. Het beheersmodel faciliteert een verdeling van de honorariumomzet binnen de zorginstelling tussen de specialismen. Omdat verdeling van de honorariumomzet achter de voordeur mogelijk is, wordt bij de beoordeling van de gevolgen van de invoering van honoraria DOT gekeken naar de effecten op een zorginstelling als geheel. In de analyses is beschreven welke instellingen grote omzetverschuivingen kunnen verwachten tussen 2011 en 2012. Voor zes instellingen heeft de omzet van vrijgevestigde specialismen grote verschuivingen als gevolg. De instelling met de laagste omzet per FTE presteert juist beter in termen van DOT 2012 beter dan in DBC 2011. Bij deze instelling kan dus niet geconcludeerd worden dat ongewenste effecten veroorzaakt worden door de honorariumberekening. De NZa vindt het percentage uitschieters aanvaardbaar. Temeer omdat er verschillende oorzaken denkbaar zijn die in de praktijk niet of minder tot omzetproblemen leiden, zoals registratieproblemen.

### 7.4.2 Specialisten in loondienst

Bij de beoordeling van de effecten voor de specialisten in dienstverband, wordt eveneens naar de gevolgen voor de instelling als geheel gekeken. Het ziekenhuis loopt immers een financieel risico op het geheel van de specialisten in dienstverband. De inkomsten voor de instellingen worden bepaald door de honorariumomzet die de specialisten in dienstverband als geheel genereren.

Uit analyse blijkt dat de verwachte omzetverschuivingen van specialisten werkzaam in dienstverband voor instellingen voor drie van de 76 instellingen verder uitschieten dan de gestelde bandbreedte. Voor overige instellingen geldt dat de verschuivingen binnen de

standaardafwijkingen vallen, terwijl de meeste instellingen onder de grens van € 170.000 juist een beweging naar boven maken.

### 7.4.3 Specialisten in academische centra

Gezien de geconstateerde verschillen tussen de specialisten in dienstverband in de algemene ziekenhuizen enerzijds en in de academische centra anderzijds, is in de analyse onderscheid gemaakt tussen deze verschillende typen instellingen. Het verschil tussen de twee groepen is evident wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde omzet per FTE. Waar deze in algemene ziekenhuizen net boven € 200.000 ligt, komen de academische centra uit op de helft: € 100.000. Deze verschillen zijn verklaarbaar aangezien voor UMC's geen onderscheid gemaakt kan worden tussen de zorgfunctie en opleidingsfunctie. In de praktijk wordt de opleidingsfunctie via een andere geldstroom bekostigd. De uitkomsten van de impactanalyses voor de UMC's moet met dit gegeven in het achterhoofd bekeken worden.

De analyses tonen aan dat de omzetten gemiddeld redelijk gelijk blijven, waarbij opgemerkt dient te worden dat er voor twee instellingen wel sprake is significante verschuivingen. Echter vallen alle 6 de instellingen binnen de bandbreedtes.

## 7.5 Algehele conclusie

De impactanalyse heeft de gevolgen van de nieuwe honorariumtarieven voor zorgaanbieders en zorginstellingen in beeld gebracht. Alles overziend ontstaat het beeld dat de DOT honorariumtarieven 2012 de zorginstellingen in staat stellen om een redelijk geachte omzet te realiseren. De impactanalyse laat zien dat de spreiding op het niveau van de vakgroepen groter is dan op het niveau van de zorginstelling. De spreiding op het niveau van de zorginstelling dempt hierdoor de verschillen tussen vakgroepen.

Op basis van de gemiddelde omzet per FTE concludeert de NZa dat alle typen specialisten in staat zijn om een gemiddeld norminkomen te behalen. Ook de waargenomen verwachte verschuiving van omzetten is beperkt en daar waar de gemiddelde omzetten per FTE onder de gestelde norm zakt lijkt dit veelal geen ongewenst effect van de nieuwe productstructuur en honorariumtarieven.

De oorzaak van uitschieterende specialismen of instellingen is daarnaast divers. Dit betekent dat waargenomen effecten enigszins genuanceerd dienen te worden, aangezien niet alle effecten toe te schrijven zijn aan de overgang van DBC's naar DOT zorgproducten (zoals de informatieaanlevering van veldpartijen).

De NZa concludeert dat de impactanalyse geen aanleiding biedt om de berekende honorariumtarieven niet vast te stellen en uitleveren aan veldpartijen.