

Consultatiedocument

Honorarium medisch specialisten DOT 2012

Berekening honorariumcomponent per
zorgproduct

januari 2011

Inhoud

1. Inleiding	5
2. Proces	7
3. Achtergrond en aanleiding	9
4. Uitgangspunten, criteria en reikwijdte	11
5. Nieuwe systematiek op hoofdlijnen	13
5.1 De nieuwe methodiek op hoofdlijnen	13
5.2 Verschil nieuwe en huidige methodiek	14
5.3 Overwegingen	15
6. Nieuwe systematiek in detail	17
6.1 Methodiek in 4 stappen	17
6.2 Berekening beschikbare capaciteit	17
6.2.1 Capaciteitsbepaling	17
6.2.2 Beschikbare middelen voor medisch specialisten	18
6.2.3 Berekening macro capaciteit	18
6.3 Berekening productie	20
6.4 Opstellen verdeelsleutels	21
6.5 Berekenen honorariumcomponenten	22
6.6 Consistentie en impactanalyses	23
7. Planning	25
8. Consultatie	27
Bijlage 1. Criteria methodiek	29

1. Inleiding

De invoering van het DBC-systeem in 2005 had tot doel de vraagsturing te bevorderen. Hierbij hebben de zorgverzekeraars een regierol om de zorgvraag van de consument optimaal te vertegenwoordigen. De afgelopen jaren is gewerkt aan de invoering van een verbeterd DBC-systeem, met minder producten die niet langer specialisme specifiek zijn. Dit alles zou de inkooprol van de zorgverzekeraars verder moeten ondersteunen. De invoering van dit verbeterde DBC-systeem, ook wel DBC's Op weg naar Transparantie (kortweg: DOT) genaamd, staat gepland op 1 januari 2012. De vaststelling van het totale DOT-pakket staat gepland op 1 juli 2011.

De DBC-prestaties kennen een onderscheid in een kostencomponent, ter dekking van de ziekenhuiskosten en een honorariumcomponent, ter vergoeding van de inzet van de medisch specialist. In dit document gaan we in op de berekening van de honorariumcomponent van de DOT-producten. Het gaat hierbij om de tarieven die de zorgverleners declareren aan de zorgverzekeraars of de patiënt.

In dit document worden de hoofdlijnen van de methodiek die gehanteerd wordt aan u voorgelegd. Partijen worden uitgenodigd om mee te denken over de vormgeving van de toepassing van de methodiek.

Het is duidelijk dat het traject binnen een beperkte beschikbare tijd moet worden uitgevoerd. Bekeken moet worden hoe een zo maximaal mogelijke zorgvuldigheid gerealiseerd kan worden binnen de beschikbare tijdslijnen.

In het volgende hoofdstuk wordt de methodiek op hoofdlijnen beschreven. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beschrijft hoe zij de veldpartijen wil betrekken bij de toepassing van de methodiek en welke planning zij daarbij hanteert.

2. Proces

Hieronder gaat de NZa in op de opzet en het plan van aanpak om tot DOT-honorariumcomponenten te komen. Om tot betrouwbare en geaccepteerde uitkomsten te komen, stelt de NZa een klankbordgroep in. De betrouwbaarheid van de berekeningen van de DOT-honorariumcomponenten wordt op voorhand geborgd door de maximale inzet van technische en medisch inhoudelijke deskundigheid van veldpartijen. Voor de acceptatie van de uitkomsten is betrokkenheid en transparantie van de totstandkoming van de honorariumcomponent essentieel. Daarnaast zal de NZa brancheverenigingen en onderhoudspartijen hierbij betrekken.

De volgende partijen zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de klankbordgroep:

- Orde van Medisch Specialisten (Orde);
- Wetenschappelijke verenigingen (WV'en) van alle specialismen met normtijd (poorter en ondersteuner);
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ);
- Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU);
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De functie van de klankbordgroep is drieledig:

- partijen informeren over de methodiek die gehanteerd wordt (de keuze voor de methodiek op hoofdlijnen staat niet ter discussie);
- in gesprek treden met partijen over de keuzes in de uitwerking van de methodiek en het gebruik van data hierbij;
- optimaliseren van de toepassing van de methodiek binnen de randvoorwaarden.

De klankbordgroep kan suggesties doen voor het gebruik van brondata voor de toedeling van het BKZ naar specialismen (op dit onderdeel wordt nader ingegaan in hoofdstuk 6.2). De uitkomsten van berekeningen worden door de NZa ter reactie voorgelegd aan de klankbordgroep. De klankbordgroep heeft een adviserende rol ten aanzien van de toepassing van de methodiek.

De NZa is voornemens de vergaderstukken en de zakelijke verslagen van de klankbordgroepvergaderingen te publiceren op haar website (www.nza.nl), zodat iedereen kennis kan nemen van de voortgang in het dossier en de overwegingen die worden gewisseld. Individuele belanghebbenden kunnen desgewenst individueel reageren dan wel hun inbreng via de brancheorganisaties leveren.

De vragen en discussies tijdens de klankbordgroepbijeenkomsten zullen door de NZa worden genotuleerd en samen met de presentaties worden gepubliceerd op de website. Zodoende is het berekeningsproces maximaal transparant en wordt geborgd dat de input van de leden van de klankbordgroep adequaat wordt geadresseerd. Ook krijgen belanghebbenden die niet in de klankbordgroep vertegenwoordigd zijn op deze manier inzicht in de ontwikkelingen. Individuele partijen zijn hierdoor desgewenst in de gelegenheid om direct contact op te nemen met de NZa of de koepelorganisaties van input te voorzien.

Voor acceptatie van de uitkomsten is naast betrokkenheid van veldpartijen ook politieke betrokkenheid nodig. Met name ten aanzien van de bepaling van het bedrag dat maatschappelijk beschikbaar wordt

gesteld voor deze zorg. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stuurt de NZa daarom een aanwijzing.

Over de uitvoering van de methodiek wordt nauw overleg gevoerd met DBC-Onderhoud. De verantwoordelijkheid voor de technische uitwerking van de honorariumcomponenten ligt bij DBC-Onderhoud, waarvoor de NZa de capaciteitsgegevens aanlevert. DBC-Onderhoud is om die reden ook als toehoorder aanwezig bij de klankbordgroep bijeenkomsten die de NZa organiseert.

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is de NZa eindverantwoordelijkheid voor het opstellen van prestaties en tarieven in de gezondheidszorg. De honorariumcomponenten voor medisch specialisten maken hier onderdeel van uit. Dat betekent dat de NZa – gemotiveerd – de adviezen van de klankbordgroep in overweging neemt en besluit wat hiermee te doen.

In het nu voorliggende document wordt beschreven welke keuzes de NZa maakt bij de voorgestelde systematiek, welke alternatieven de NZa heeft overwogen, wat de geplande uitvoering van het project is en welke consultatievragen de NZa heeft bij deze inhoudelijke en projectmatige uitwerking. De methodiek wordt nader uitgewerkt, mede op basis van de reacties van de klankbordgroep en de overige reacties die aan de NZa gezonden worden. De NZa zal op grond van de input van partijen de methodiek aanpassen of gemotiveerd aangegeven waarom de door partijen aangedragen suggesties niet worden overgenomen.

3. Achtergrond en aanleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de afgelopen jaren de honorariumcomponenten zijn berekend. Aanvankelijk is dit gedaan aan de hand van normtijden en het uurtarief.

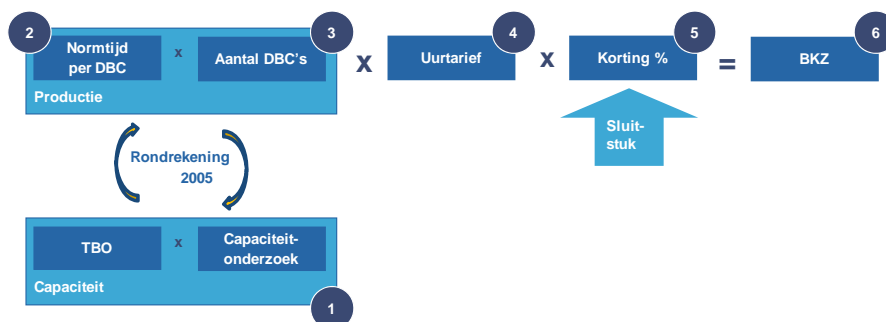
De normtijden kwamen tot stand op grond van tijdsregistraties en een rondrekening met de productie. Hierbij werden de werkelijke gewerkte uren in verband gebracht met de hoeveelheid zorg die in die periode is geleverd. Door een zogenaamde rondrekening worden doelmatigheidsontwikkelingen die in de tijd zijn ontstaan verwerkt in de tariefstelling. Dit is in figuur 2.1 grafisch weergegeven met de bolletjes 1 tot en met 3.

De laatste rondrekening die is toegepast heeft betrekking op gegevens over het jaar 2005. Ontwikkelingen in de benodigde tijd voor zorgverlening door medisch specialisten zijn sinds 2005 niet vertaald in de normtijden. Het gevolg is dat de tijd die gedeclareerd kan worden niet meer overeen komt met de tijd die voor de behandelingen nodig is. Daarom is een grondig onderhoud noodzakelijk.

In de jaren 2010 en 2011 is aan deze elementen een kortingsfactor toegevoegd. Aanleiding was de geconstateerde overschrijding van het budgettair kader medisch specialisten (BKZ MS) over het jaar 2008. De kortingsfactor is in 2010 en 2011 geïntroduceerd op aanwijzing van de minister van VWS. Doel van de kortingsfactor is om de honorariumomzet weer aan te laten sluiten bij het budgettair kader.

In hoofdstuk 5 wordt de voorgenomen methodiek besproken. In dit hoofdstuk wordt de huidige situatie nader toegelicht.

Figuur 2.1. Componenten van de tariefberekening 2010 en 2011



Figuur 2.1. geeft op vereenvoudigde wijze weer hoe de honorariumcomponenten 2010 en 2011 tot stand zijn gekomen. Het toepassen van een korting was noodzakelijk om aansluiting te zoeken bij de beschikbare middelen in het BKZ MS. Elk bolletje wordt hieronder puntsgewijs toegelicht:

– Ad 1

De grondslag van de totstandkoming van de huidige normtijden is verouderd. Hiervoor zijn capaciteitsdata van 2005 en de jaren daarvoor betrokken. Zo dateert het onderzoek naar het aantal werkzame uren per specialist per dag (het tijdbestedingonderzoek) uit 2002 en 2003 en het onderzoek naar het aantal werkzame dagen per

- specialist per jaar uit 2005. Sindsdien is er geen capaciteit- of tijdbestedingsonderzoek meer uitgevoerd.
- Ad 2
Normtijden behoren een weerspiegeling te zijn van de gemiddelde benodigde inzet die een medisch specialist levert. De relatie tussen de huidige normtijden en de oorspronkelijke vastgestelde normtijden is niet meer transparant door het grote aantal wijzigingen in de productstructuur. Daarnaast zijn de normtijden niet meer actueel. De laatste rondrekening van de normtijden heeft plaatsgevonden in 2007 over het gegevensjaar 2005.
 - Ad 3
De NZa constateert in de afgelopen jaren een toename in de productie van DBC's, zeker wanneer de huidige productie wordt afgezet tegen de productiegegevens die bij de totstandkoming van de normtijden in 2005 zijn gebruikt. Een deel van de productiestijging komt voort uit technologische ontwikkelingen en innovatie die niet of beperkt in de normtijden zijn verwerkt. Zo kan de productie van medisch specialisten toenemen, zonder dat de tijdsbesteding van medisch specialisten (in dezelfde mate) toeneemt.
 - Ad 4
Het uniforme uurtarief is in 2008 ingevoerd en sindsdien alleen geïndexeerd. Het convenant dat VWS met de specialisten heeft afgesloten met betrekking tot het uurtarief is in 2009 door VWS opgezegd. In de berekening van de honorariumcomponenten van 2010 en 2011 is het uurtarief nog wel gehanteerd.
 - Ad 5
In 2008 en 2009 is het macro kader medisch specialisten overschreden. Vanwege het uniforme uurtarief, de vastgestelde normtijden (op basis van relatief oude productie- en capaciteitsdata) en de variabele productie vindt het in lijn brengen van de honorariumomzet met het beschikbare macrokader plaats via een korting. Dit zijn de kortingen die per specialisme door de NZa zijn vastgesteld om een overschrijding van het macro kader 2010 en 2011 te voorkomen. Achtergrondinformatie over deze berekeningen is te vinden op de website van de NZa.

Uit bovenstaande blijkt dat de normtijden zoals berekend in 2007 over het gegevensjaar 2005 gedateerd zijn. Dit maakt het wenselijk om groot onderhoud te plegen aan de honorariumcomponenten. De wenselijkheid tot herziening van de honorariumcomponenten wordt versterkt door de overgang van DBC's op DOT zorgproducten.

Het berekenen van DOT honorariumcomponenten kan op verschillende manieren. Een optie zou zijn om de bekende methodiek van tijdsmetingen en rondrekeningen te herhalen. Hier wordt echter niet voor gekozen. De methodiek die de NZa wel voor ogen heeft wordt in het volgende hoofdstukken beschreven evenals de overwegingen om te kiezen voor deze nieuwe methodiek.

4. Uitgangspunten, criteria en reikwijdte

In dit hoofdstuk worden de uitgangspunten en criteria beschreven die de NZa hanteert bij het opstellen van een methodiek om tot honorariumcomponenten DOT te komen. Daarnaast wordt dit project afgebakend van een ander project waar de NZa op het gebied van de bekostiging van de medisch specialisten aan werkt, te weten: het beheersmodel medisch specialisten.

In de door de NZa uitgewerkte methodiek is het BKZ leidend. Het is een methodiek waarbij een grootschalig tijdsbesteding- en capaciteitsonderzoek achterwege kan blijven. De normtijd fungeert als een middel om de beschikbare middelen zo goed mogelijk over de zorgproducten te verdelen.

Uitgangspunten van de nieuwe methodiek

- Bijstelling van de honorariumcomponenten binnen de kaders van het BKZ.
- Invoering van de bijstelling bij de introductie van DOT in 2012; uitlevering van de honorariumcomponenten per 1 juli 2011.
- Bijstelling van de honorariumcomponenten van alle zorgproducten waarvan de onderlinge verhoudingen adequaat de verhoudingen in werklust weerspiegelen.

Criteria van de nieuwe methodiek

Om tot een zorgvuldige afweging te komen op welke wijze de normtijden kunnen worden herijkt met inachtneming van de drie centrale doelstellingen heeft de NZa een aantal criteria opgesteld¹. De methodiek moet aan de volgende criteria voldoen:

- De methodiek moet tot betrouwbare uitkomsten leiden.
- De methodiek moet haalbaar en realistisch uitvoerbaar zijn.
- De administratieve lasten moeten worden beperkt (denk hierbij aan hergebruik van de herallocatie van normtijden voor DOT zoals uitgevoerd in 2010 (RS05 honorarium honorariumcomponenten); daarnaast moet een arbeid- en kostenintensieve tijdsbesteding- en capaciteitsonderzoek voorkomen worden).

Reikwijdte – afbakening van het beheersmodel medisch specialisten

VWS is voornemens in 2012 een beheersmodel voor medisch specialisten² in te voeren. De NZa stelt in dit kader per instelling een omzetplafond vast. Indien meer honorariumomzet wordt gedeclareerd dan het omzetplafond, vindt verrekening plaats. De hoogte van de honorariumcomponenten van de zorgproducten is bepalend voor de snelheid waarmee het omzetplafond bereikt wordt. Met het oog hierop is het noodzakelijk dat de honorariumcomponenten op een betrouwbare wijze worden berekend. Discussies met betrekking tot het beheersmodel vallen buiten de scope van dit project. We beperken ons hier tot de berekeningen van de DOT-honorariumcomponenten voor medisch specialisten.

¹ In de bijlage zijn de subcriteria bij deze uitgangspunten uitgewerkt en gedefinieerd.

² Zie de onderhandelingsovereenkomst tussen het Ministerie van VWS, de Orde en ZN bij brief van de Minister aan TK d.d. 15 december 2010.

Reikwijdte – relatie met de traject normtijden DOT van DBC-O

Voor toepassing van de voorgenomen methodiek zijn verdeelsleutels benodigd die de relatieve inzet van de medisch specialisten voor de verschillende zorgproducten weergeven. Deze verdeelsleutels worden afgeleid van de normtijden die de medisch specialisten invoeren in het tool dat DBC-Onderhoud in de periode tussen 15 februari en 7 april 2011 openstelt.

In 2010 is dit zogenaamde 'normtijdentool' door de specialisten gebruikt ten behoeve van de normtijdherallocatie van de huidige productstructuur naar de DOT productstructuur (RS05). De normtijden die in 2010 zijn ingegeven vormen het vertrekpunt voor de vaststelling van de verdeelsleutel voor honoraria van poortspecialismen ten behoeve van de DOT honorariumcomponenten 2012 (RS08).

De wijzigingen die door zijn gevoerd in de productstructuur en voorschrijdend inzicht vormen mogelijk aanleiding voor de medisch specialisten om de eerdere ingegeven verdeelsleutel te herzien. Deze bijstelling van de verdeelsleutels wordt ondersteund door DBC-O.

De totstandkoming van de verdeelsleutels als zodanig valt buiten de directe scope van de klankbordgroep van de NZa. Voor nadere informatie over het opstellen van verdeelsleutels en het gebruik van het tool om de verdeelsleutels in te geven, kunt u terecht bij uw contactpersoon van DBC-O.

Relevant is wel dat de NZa met de verdeelsleutels zoals die door de medisch specialisten in zijn gegeven op 1 maart 2011 de honorariumcomponenten in concept gaat berekenen en met deze concept honorariumcomponenten analyses gaat uitvoeren (zie ook hoofdstuk 6.6). Het betekent dat alle wijzigingen die in de periode tussen 15 februari en 1 maart 2011 door de medisch specialisten worden ingevoerd door de NZa bij de analyses zullen worden betrokken.

5. Nieuwe systematiek op hoofdlijnen

Dit hoofdstuk beschrijft de voorgestelde methodiek voor de berekening van de honorariumcomponent per zorgproduct per specialisme met ingang van 2012.

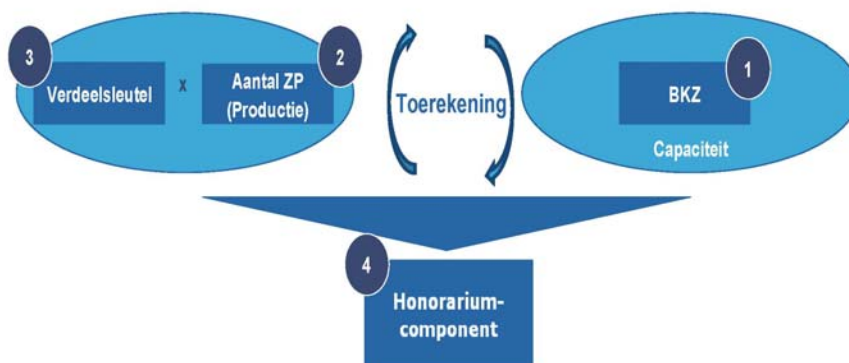
Eerst wordt de nieuwe systematiek op hoofdlijnen uiteengezet. De volgende twee paragrafen beschrijven de uitwerking van methodiek. Achtereenvolgens worden de elementen capaciteit en productie en de verdeelsleutels besproken. Daarna wordt de finale stap van het berekenen van de honorariumcomponenten toegelicht, met ook daarin de overwegingen van de NZa en consultatievragen. De laatste paragraaf gaat in op de bewaking van de consistentie in de berekeningen. Dit zijn de aspecten die de individuele stappen in de berekening overstijgen.

5.1 De nieuwe methodiek op hoofdlijnen

In de opgestelde methodiek worden de in het budgettaire kader beschikbare middelen zo goed als mogelijk over de zorgproducten verdeeld. De normtijden worden niet, zoals in het verleden, gevalideerd door een rondrekening op basis van een gemeten tijdsbesteding. Daarentegen gaan de normtijden als een verdeelsleutel fungeren. Hierdoor verandert het karakter van de normtijd. De absolute hoogte van de normtijden van de verschillende producten is niet langer relevant. Het gaat slechts om de verhouding waarin de producten ten opzichte van elkaar genormeerd worden. Feitelijk kan er niet langer van een normtijd worden gesproken. In het vervolg van dit document gebruiken we daarom de term 'verdeelsleutels'.

Figuur 5.1 geeft op vereenvoudigde wijze de vergelijking tussen productie en capaciteit voor een specialisme weer. De daadwerkelijke uitwerking is uiteraard aanmerkelijk complexer.

Figuur 5.1. Nieuw model op hoofdlijnen (per specialisme)



De toelichting op de figuur is als volgt.

– Ad 1

In de opgestelde methodiek worden de macro beschikbare middelen toegedeeld aan de producten. De beschikbare middelen in het BKZ zijn daarmee leidend voor de berekening van de honorariumcomponent (HC) per DOT-Zorgproduct (ZP). Het BKZ

- (euro's) vervangt daarmee het tijdsbestedings- en capaciteitsonderzoek (tijd) en het uurtarief (euro's).
- Ad 2
De productie beslaat het aantal declarabele producten (zorgproducten of zorgactiviteiten) in de DOT-productstructuur. De DBC's in de dataset wordt daarvoor getransformeerd naar het aantal DOT-zorgproducten. Hierbij wordt de meest recent beschikbare dataset gebruikt.
 - Ad 3
De waarde van de productie (= totaal aantal euro's) wordt bepaald door de honorariumcomponent, die per DOT-zorgproduct wordt vastgesteld. De honorariumcomponent (= euro's per zorgproduct) is de samenvoeging van de normtijden en het normatieve uurtarief.

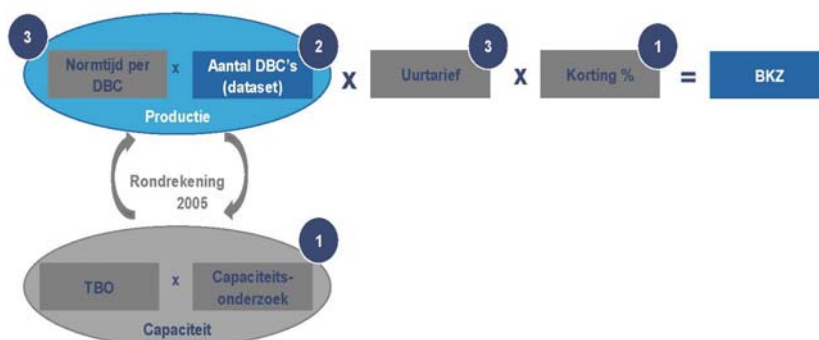
5.2 Verschil nieuwe en huidige methodiek

In de vorige paragraaf is de nieuwe methodiek beschreven. De nieuwe methodiek en de huidige methodiek nemen beiden het BKZ als uitgangspunt. In 2010 en 2011 is het BKZ op een indirecte wijze als randvoorwaarde gehanteerd. Aansluiting wordt in 2010 en 2011 gerealiseerd door tariefskortingen. In de opgestelde methodiek wordt het budgettair kader direct als bron voor de tariefberekening gebruikt.

Voor de duidelijkheid is hieronder in figuur 5.2 de oude systematiek weergegeven, met daarin de elementen die zijn vervallen of veranderd. De bouwstenen voor de honorariumcomponenten 2010 en 2011 zijn de normtijden, het uniforme uurtarief en de gedifferentieerde korting. In de nieuwe methodiek worden deze elementen terzijde geschoven en vervangen door het bkz per specialisme en binnen een specialisme door de verdeling over de producten.

De berekening van de capaciteit op basis van tijdsbestedings- en capaciteitsonderzoek onder medisch specialisten vervalt. Hiermee wordt voorkomen dat normtijden op basis van relatief oude data de oorzaak zijn voor overschrijdingen op het BKZ. Ook de kortingen 2010 en 2011 komen hiermee te vervallen. De elementen normtijd en uurtarief zijn samengevoegd tot de honorariumcomponent. De honorariumcomponent en het dataset vormen samen de nieuwe definitie van productie.

Figuur 5.2. Veranderingen ten opzichte van oude systematiek



De grijze blokken in figuur 5.2 komen te vervallen bij de overgang van de oude methodiek naar de nieuwe methodiek.

Met andere woorden; in de huidige honorariumcomponenten spelen dezelfde elementen een rol als in de voorgestelde methodiek. Er wordt echter een directere relatie gelegd met het BKZ en de status van de normtijden verandert.

In de volgende paragrafen worden de eerste twee elementen die resteren, te weten: capaciteit en productie, nader uitgewerkt. Hierbij wordt aangegeven wat de overwegingen zijn in het licht van de uitgangspunten/criteria die in hoofdstuk 3 zijn geformuleerd. Tevens wordt een aantal alternatieve methoden gepresenteerd en de overwegingen van de NZa om deze niet te toe te passen in de methodiek. Vervolgens wordt de berekening van het derde element: de honorariumcomponent, uiteengezet.

5.3 Overwegingen

Tot op heden is het uitgangspunt geweest dat de normtijden de werkelijk benodigde tijd voor het leveren van de zorg moeten weergeven. Daarom is in het verleden gepoogd de werkelijke bestede tijd zo goed mogelijk in beeld te brengen. Voor de capaciteitsgegevens is bij de laatste tariefbijstelling voor een deel uitgegaan van onderzoeken die uit zijn gevoerd in de jaren 2002 en 2003 (het tijdsbestedingsonderzoek) en 2005 (het capaciteitsonderzoek naar de werkzame dagen).

Capaciteitsmetingen hebben als nadeel dat zij onvoldoende garanties bieden voor een objectieve weergave van de werkelijkheid. Nadeel van metingen is dat ze mogelijk te beïnvloeden zijn. De mate van beïnvloedbaarheid kan beperkt worden, maar niet worden uitgeschakeld. Aan beheersmaatregelen zit de nodige doorlooptijd en kosten verbonden.

De NZa onderzoekt hoe het kostprijsmodel dat gehanteerd wordt voor de kostencomponenten van de tarieven doorontwikkeld kan worden. De NZa is voornemens de honorariumcomponent op termijn ook onderdeel van dit kostprijsmodel te laten uitmaken. Het gaat hierbij om de methodiek van berekenen en niet om het vraagstuk of de het onderscheid tussen honorariumcomponenten en kostentarieven moet vervallen (integrale tarieven).

De vergoeding voor de inzet van medisch specialisten gaat dan net als de vergoeding voor de verpleegkundigen, laboranten en ander personeel, evenals de materiële kosten en de kapitaallasten, een onderdeel van de tariefberekening uitmaken. Mogelijk kan deze methodiek binnen enkele jaren worden toegepast.

6. Nieuwe systematiek in detail

6.1 Methodiek in 4 stappen

Anders gezegd en wat meer in detail, komt de nieuwe methodiek op het volgende neer. Toerekening van capaciteit aan productie door middel van verdeelsleutels, leidt tot de nieuwe honorariumcomponenten. Dit is weergegeven in de onderstaande figuur.

Figuur 6.1. Nieuw model in detail (per specialisme)



6.2 Berekening beschikbare capaciteit

6.2.1 Capaciteitsbepaling

Zoals reeds beschreven, zijn de beschikbare middelen in het Budgettair Kader Zorg de basis voor de berekening van de honorariumcomponent per DOT-Zorgproduct.

VWS hanteert twee kaders die voor het bepalen van de capaciteit relevant zijn:

Het budgettair kader medisch specialisten, een afzonderlijk kader voor een deel van de medisch specialisten, namelijk voor de specialismen die tot en met 2007 werden vergoed op grond van een lumpsumvergoeding en de specialisten die vrijgevestigd waren zonder lumpsum.

De specialisten in loondienst worden overwegend bekostigd vanuit het budgettair kader ziekenhuizen.

Zowel in het budgettair kader medisch specialisten als in het budgettair kader ziekenhuizen is financiële ruimte opgenomen voor de medisch specialisten. In de methodiek van het normeren van honorariumcomponenten voor DOT-producten moet op basis van (een combinatie van) beide kaders de macro beschikbare capaciteit worden bepaald. Hier gaan we in het navolgende verder op in.

6.2.2 Beschikbare middelen voor medisch specialisten

Voor de honorering van de werkzaamheden van medisch specialisten zijn in twee financiële kaders middelen beschikbaar gesteld door VWS. Het betreft het budgettair kader medisch specialisten en het budgettair kader ziekenhuizen. Dit is inzichtelijk gemaakt in de onderstaande figuur.

Figuur 6.2. Herkomst beschikbare middelen medisch specialisten



BKZ medisch specialisten

Het BKZ Medisch Specialisten (BKZ MS) is de financiële ruimte die het kabinet aan het begin van een kabinetsperiode aanvaardbaar acht voor de medisch specialistische zorg. Het BKZ MS heeft een plafond functie.

BKZ ziekenhuizen

De specialisten die in loondienst van het ziekenhuis werken, in het algemeen niet bekostigd vanuit het budgettair kader medisch specialisten, maar uit het budgettair kader ziekenhuizen³. Vanuit het budgettair kader ziekenhuizen worden alle kosten van het ziekenhuis bekostigd. De medisch specialisten in loondienst maken daar een niet afzonderlijk geormerkt onderdeel vanuit. Om de middelen in het BKZ ziekenhuizen te bepalen, moet daarom een benadering gezocht worden.

6.2.3 Berekening macro capaciteit

In de voorgestelde systematiek om de beschikbare capaciteit per specialisme te berekenen, zijn drie stappen te onderscheiden:

- Stap 1: Het BKZ als uitgangspunt.

³ Voor een gedetailleerde beschrijving van de opbouw van het budgettair kader medisch specialisten voor de verschillende categorieën (loondienst en specialisten in vrije vestiging), verwijzen we naar de brief 'onderbouwing van de overschrijding BKZ 2009' van 15 november 2010 van VWS met kenmerk CZ-IPZ 3034892. Deze is te vinden op de website van de NZa:

http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/medisch_specialisten/korting_honoraria_medischspecialisten

- Stap 2: Het bepalen van de totale beschikbare capaciteit op macroniveau: het opschalen van het BKZ MS voor specialisten in loondienst.
- Stap 3: Het toedelen van de totale beschikbare BKZ-middelen voor medisch specialisten op macroniveau naar specialisme.

Ad 1. Het BKZ als uitgangspunt kiezen.

Het BKZ MS is een door het Ministerie van VWS vastgesteld gegeven en reeds beschikbaar en dient ter bekostiging van de specialisten die in het verleden vanuit de lumpsum werden bekostigd en de vrijgevestigde zonder lumpsum.

Aangezien de productie die gebruikt wordt in de berekening, betrekking heeft op het jaar 2009, ligt het voor de hand om het BKZ medisch specialisten 2009 als uitgangspunt te kiezen.

Ad 2. Het opschalen van het BKZ medisch specialisten met de beschikbare middelen uit het kader voor specialisten in loondienst.

Het BKZ MS is door het Ministerie van VWS alleen gespecificeerd voor het totaal van de vrijgevestigde specialisten, de ZBC's en de extramurale specialisten. De beschikbare middelen voor de specialisten waarvoor geen ruimte is opgenomen in het budgettair kader medisch specialisten, worden bekostigd vanuit het budgettair kader ziekenhuizen. Het betreffen de meeste specialisten die in loondienst werkzaam zijn.

Aan de kant van de productie wordt geen onderscheid gemaakt tussen zorg geleverd door vrijgevestigde medisch specialisten en de medisch specialisten in loondienst. Voor een zuivere berekening is het nodig dat de macro beschikbare middelen voor beide groepen bepaald worden. Zoals aangegeven maakt de beschikbare ruimte voor de medisch specialisten in loondienst een niet afzonderlijk geormerkt onderdeel uit van het budgettair kader ziekenhuizen. Om de middelen in het BKZ ziekenhuizen te bepalen, moet daarom een benadering gezocht worden.

In de voorgestelde systematiek past de NZa een procentuele opschaling toe op basis van de verhouding vrijgevestigde specialisten en medisch specialisten in dienstverband. De procentuele opschaling vindt haar basis in recent onderzoek van Vektis, uitgevoerd in het kader van de differentiatiemethodiek Honoraria medisch specialisten. Hieruit blijkt dat 85,67% van de totale schadelast met betrekking tot de honoraria van medisch specialisten ten laste gebracht dient worden van het BKZ MS.⁴

In de voorgestelde systematiek wordt het BKZ MS uitgebreid voor de medisch specialisten in dienstverband. Zo komen we tot de totale beschikbare capaciteit op macroniveau ten behoeve van de berekening van de honorariumcomponenten voor de DOT zorgproducten. Deze factor wordt bepaald door de totale schadelast met betrekking tot de honoraria van medisch specialisten (100%) te delen door het aandeel van de totale schadelast met betrekking tot de honoraria van medisch specialisten ten laste gebracht dient worden van het BKZ MS (85,67%). De totale capaciteit op macroniveau wordt nu:

Totaal beschikbare capaciteit = BKZ MS 2009 * opschalingsfactor, waarbij

$$\text{Opschalingsfactor} = \frac{100}{85,67} = 1,167$$

⁴ Zie voor dit onderzoek de website van de NZa: http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/149587/Aandeel_schadelast_ten_laste_van_BKZ_MS_Vektis.pdf

Dit is rekentechnisch een zeer eenvoudige methodiek gebaseerd op een verdedigbare en geauditeerde bron (auditrapport van Berk Accountants NV⁵).

Alternatieven:

Berekenen van het BKZ-kader dienstverbanders op basis van budgetten ziekenhuizen en omzet B segment. In het BKZ ziekenhuizen is in de vergoedingen voor de specialisten in loondienst geen praktijkkosten vergoeding opgenomen. De reden hiervoor is dat specialisten in loondienst die kosten niet hebben. De beschikbare middelen per specialist zijn in het budgettair kader ziekenhuizen naar alle waarschijnlijkheid lager dan ruimte per specialist in het budgettair kader medisch specialisten.

Ad 3. Het differentiëren van het BKZ naar specialisme

In de laatste stap wordt de totale beschikbare capaciteit tijd verdeeld onder de verschillende vakgroepen. Als uitgangspunt voor de differentiatie van de beschikbare middelen over de specialismen, hanteert de NZa de verdeling van het totaal aantal fte's over diezelfde vakgroepen. In lijn met het opgeschaalde BKZ, beslaat het totaal aantal fte's zowel de vrijgevestigde specialisten als de specialisten in dienstverband.

Er zijn meerdere bronnen waarin informatie over het aantal fte's per specialisme per instelling is opgenomen. De bronnen zijn echter niet één op één met elkaar vergelijkbaar. Zo bevatten niet alle bronnen informatie over zowel de loondiensters als de vrijgevestigde medisch specialisten. Ook de term fte is aanleiding voor discussie. De bronnen worden zo vergelijkbaar mogelijk gemaakt door de verschillen duidelijk in beeld te brengen en waar mogelijk weg te nemen. Wanneer de informatie uit de verschillende bronnen zo vergelijkbaar mogelijk zijn gemaakt kunnen we op basis van elke bron een verdeelsleutel berekenen om de totaal beschikbare middelen over de specialismen te verdelen.

Aan mogelijke bronnen wordt gedacht aan de informatie waar Dutch Hospital Data (DHD) over beschikt, informatie waar de Orde van Medisch Specialisten of de WV-en over beschikken of andere bronnen.

Op basis van een vergelijking van de verschillende bronnen kan een definitief aandeel bepaald worden. Dit kan door een leidende bron aan te wijzen of door de uitkomsten van de verschillende individuele bronnen (deels) mee te laten wegen.

6.3 Berekening productie

De tweede centrale doelstelling van de NZa betreft de toepassing van deze bijstelling op de productstructuur DOT. Hiervoor moet de productiedataset, in termen van aantal afgesloten DBC's 2009 (casemix) en zorgprofielen, en de normtijden worden vertaald naar de DOT-productstructuur.

Op hoofdlijnen zijn twee stappen te onderscheiden

- Ad 1. Het vaststellen van de te gebruiken dataset.
- Ad 2. Het transformeren van DBC-productstructuur naar de DOT-productstructuur.

⁵ Zie ook: http://www.nza.nl/104107/105763/105857/Accountants_Berk_-_accountantsverklaring.pdf

Ad 1. het vaststellen van de te gebruiken dataset

Het uitgangspunt voor de NZa voor de te gebruiken dataset is het DIS, zoals dat voor alle prijsberekeningen toe nu toe het geval is geweest. Het DIS is ook de enige databron met zorgprofielen, die nodig zijn om een dataset te transformeren naar de DOT-productstructuur.

De betrouwbaarheid van DIS is veelvuldig onderwerp van discussie. De aanlevering aan DIS van met name zelfstandig gedeclareerde producten zoals overige trajecten, ondersteunende verrichtingen en overig (OVP's) en de productie van ZBC's zou onvolledig zijn aangeleverd aan het DIS. Het risico van een onvolledige dataset is dat de productie te laag wordt ingeschat, en dat daardoor de honorariumcomponenten te hoog worden vastgesteld.

Komende weken wordt onderzocht hoe de productiedataset die gehanteerd wordt bij de tariefberekening, zo optimaal mogelijk bepaald kan worden. Hierbij spelen een hoge mate van volledigheid en representativiteit een belangrijke rol. In de volgende klankbordgroepen gaan we hier nader op in.

Ad 2. het transformeren van DBC-productstructuur naar de DOT-productstructuur

DBC-Onderhoud heeft een omgeving gecreëerd (in vakjargon: 'de grouper' genaamd) waarmee DBC's met bijbehorende zorgprofielen, kunnen worden vertaald naar de DOT-zorgproducten. Deze transformatie techniek is bekend in het veld vanwege het herallocatietraject van normtijden in 2010.

6.4 Opstellen verdeelsleutels

De laatste variabele die benodigd is om honorariumcomponenten te kunnen berekenen, zijn de verhoudingen waarin de verschillende zorgproducten inzet van de medisch specialist vergen. In deze stap dient als basis voor de derde centrale doelstelling, namelijk het berekenen van de honorariumcomponenten van alle zorgproducten zodat de onderlinge verhoudingen adequaat de verhoudingen in werklust weerspiegelen.

Figuur 6.4. Fictief voorbeeld totstandkoming verdeelsleutels

Zorgproducten	Aantal	Verdeelsleutel absoluut	Aandeel in totaal
Zorgproduct A	100	10	17%
Zorgproduct B	50	50	42%
Zorgproduct C	80	30	41%
Totaal	230	90	100%

DBC-Onderhoud heeft in 2010 in samenwerking met de WV'en de herallocatie van normtijden uitgevoerd vanwege de voorgenomen invoering van DOT in 2012. In technische termen wordt dit ook wel de RS05 release van DOT genoemd. De WV'en gebruikten hiervoor een normtijdentool gebruikt zodat ze zelfstandig een verfijning konden aanbrengen van de technisch door DBC-Onderhoud berekende normtijden. Deze tool is door TNO voor deze exercitie gebouwd.

Wat de herallocatie niet beoogde, was om het systeem van de normtijden fundamenteel te herzien. De input voor de herverdeling betrof de uit het DIS en normtijden 2005 afgeleide capaciteit. Juist deze maat voor capaciteit is in dit voorstel vervangen door het BKZ.

Specialisten hebben in het kader van de RS05 tijd geïnvesteerd in het opstellen van normtijden voor de verschillende producten. Hierbij zijn de beschikbare middelen zo goed mogelijk toegekend aan de producten. De veronderstelling is dat de door de specialisten aangegeven normtijden in dat traject een goede basis vormen voor de verdeling van de in het BKZ beschikbare middelen voor dat specialismen over de DOT producten. Van de aangegeven absolute normtijden staan immers in een bepaalde verhouding tot elkaar. Deze kunnen fungeren als verdeelsleutels.

Er is sinds de herallocatie 2010 bij een aantal specialismen een beperkte aanpassing doorgevoerd in de DOT-productstructuur. Daarnaast is het mogelijk dat er voortschrijdende inzichten zijn bij de specialisten die maken dat men de relatieve verhouding van de inzet voor de producten wat wil wijzigen. De medisch specialisten worden daarom in de mogelijkheid gesteld om de eerder aangegeven normtijden te herzien. Benadrukt wordt dat de reeds opgestelde normtijden hierbij als uitgangspunt kunnen dienen. Aangezien de medisch specialisten reeds inzet hebben gepleegd bij de opstelling van de normtijden in het kader van de RS05 is de verwachting dat de benodigde inspanning van de specialisten beperkt kan zijn. Het gaat er men name om, om te bezien of de eerder ingegeven verhoudingen nog actueel worden geacht.

DBC-Onderhoud begeleidt het traject van het opstellen van de verdeelsleutels. De WV'en kunnen beschikken over dezelfde tool die zij in 2010 hebben gebruikt bij de herallocatie van normtijden naar de DOT-productstructuur. Het voordeel hiervan is dat de tool een relatieve korte doorlooptijd mogelijk maakt. De tool geniet – zo heeft de NZa begrepen – breed draagvlak in het veld en is bovendien eenvoudig in gebruik.

De uitkomsten van de het herallocatietraject van normtijden 2010 zal als basis dienen. Specialismen kunnen desgewenst de normtijden, die verdeelsleutels zijn geworden, bijstellen. Voordeel is dat deze aanpak maximaal aansluit bij de technische mogelijkheden voor DBC-Onderhoud en de ervaring van WV'en.

Uitzonderingen in de berekening worden door DBC-Onderhoud zoveel mogelijk vooraf geïdentificeerd en in overleg met WV'en uitgewerkt. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om expertproducten (i.e. zorgproducten die ontbreken in de gebruikte dataset) en uitzonderingen per specialisme (zoals de afwijkende normtijdstructuur van gastro-enterologische scopieën).

6.5 Berekenen honorariumcomponenten

De finale stap in de het opstellen van honorariumcomponenten is de rondrekening van de beschikbare BKZ middelen met de productie. Het is een rondrekening op grond van de productiegegevens, het BKZ en de verhoudingsgetallen.

Het eindresultaat van de voorgestelde berekening is een tabel met daarin:

- alle DOT-zorgproducten van alle specialismen;

- de aantallen zorgproducten die afgeleid (getransformeerd) zijn van de DBC's met einddatum 2009 die in DIS en IZiZ zijn geregistreerd van alle vrijgevestigde en niet-vrijgevestigde specialisten;
- honorariumcomponenten per zorgproduct per specialisme.

6.6 Consistentie en impactanalyses

In deze paragraaf wordt de berekening als geheel gezien. Hierin ligt de toets dat aan alle doelstellingen en rekentechnische criteria wordt voldaan. Doelstellingen 1 en 2 (uitgangspunt BKZ en DOT-productstructuur) zijn reeds geborgd aan de voorkant van de berekeningen. Dan resteert de derde doelstelling en de belangrijkste criteria bij de berekeningen. Dit betekent dat:

- A: de uitgangspunten en brongegevens bij de elementen productie en capaciteit consistent moeten zijn;
- B: de uitkomsten redelijk moeten zijn in vergelijking met huidige inkomsten en een redelijke verhouding in werklust tussen zorgproducten weergeven
- C: de berekeningen moeten juist zijn uitgevoerd en reproduceerbaar zijn;

Hieronder wordt ingegaan op elk van deze drie aspecten.

Ad A. Consistentie

De consistentie moet geborgd zijn bij de confrontatie tussen capaciteit en productie. In de beschrijving van beide elementen in voorgaande paragrafen is op een aantal zaken reeds ingegaan. Hieronder wordt een aantal consistentie-aspecten benoemd.

- Omzetdefinitie: DBC's op basis van einddatum, conform de berekening van het kostendeel van DBC's.
- Jaartal: meest recent beschikbaar in DIS is 2009, dus ook BKZ hanteren 2009 (of budgetbedrag.)
- Type specialisme: alle specialismen die een honorariumcomponent hebben (het betreft alle medische specialismen met uitzondering van revalidatie, klinische genetica, kaakchirurgie, audiologie en psychiatrie).
- Praktijkvorm: alle vakgroepen per specialisme, ongeacht of de specialisten vrijgevestigd of niet-vrijgevestigd zijn.
- Type instelling: de productie van alle specialisten.

Ad B. Impactanalyses

Impactanalyses zijn bedoeld om de gevolgen van de berekening van honorariumcomponenten voor individuele instellingen inzichtelijk te maken. Dit draagt bij aan de transparantie van de berekeningen en biedt de mogelijkheid om ongewenste effecten te corrigeren.

De NZa onderscheidt twee soorten impactanalyse:

- Plausibiliteitscontroles op zorgproductniveau
- Impactanalyses voor zorgaanbieders

De impactanalyses hebben ten doel om te signaleren of er ongewenste omzetteffekten optreden voor bepaalde voor zorgaanbieders.

Belangrijk is om vooraf duidelijk te zijn over wat de te doen met de uitkomsten van de analyses. Hierbij zijn twee zaken essentieel, namelijk:

- Wat zijn acceptatiegrenzen?
- Wat te doen als de uitkomsten buiten de acceptatiegrenzen vallen?

Ad c. Controle op de juistheid en reproduceerbaarheid van berekeningen
Nadat de consistentie aan de voorkant van de berekeningen is geborgd dienen de berekeningen juist en reproduceerbaar te worden uitgevoerd. De NZa is van plan om een audit uit te laten voeren door een extern kantoor op de uitgevoerde berekeningen. Zodoende kan ondubbelzinnig de juistheid van de berekeningen van de honorariumcomponenten worden vastgesteld.

7. Planning

De NZa gaat er vanuit dat de DOT-honorariumcomponenten 2012 op 1 juli 2011 uitgeleverd worden aan het veld. Om deze uitlevering te realiseren is de volgende tijdsplanning opgesteld.

Bijstelling verdeelsleutels in het normtijdentool

Van 15 februari 2011 tot en met 7 april 2011 worden de medisch specialisten in de gelegenheid gesteld om de normtijden van de DOT-producten, die als verdeelsleutel worden gehanteerd bij de berekening van de honorariumcomponenten, te herzien.

Hierbij is van belang is dat de NZa op 1 maart 2011 start met analyses. Het gaat hierbij om het berekenen van de concept honorariumcomponenten en de impactanalyses (zie ook hoofdstuk 6.6). De verdeelsleutels die de relatieve inzet voor de DOT-producten weerspiegelen, zoals ingegeven op 1 maart 2011 worden als input gebruikt voor deze analyses. Wijzigingen die daarna worden doorgevoerd, worden niet in de analyses meegenomen. Het betekent dat alle wijzigingen die in de periode tussen 15 februari en 1 maart 2011 door de medisch specialisten worden ingevoerd door de NZa bij de analyses zullen worden betrokken.

Analyses concept honorariumcomponenten

Vanaf 1 tot en met 25 maart gaat de NZa de impactanalyses uitvoeren. Hiervoor moeten alle berekeningsonderdelen, te weten (1) de productie, (2) het BKZ per specialisme en (3) de verdeelsleutels, beschikbaar zijn. De analyses hebben een betere voorspellende waarde naarmate de variabelen uit de berekening een definitiever karakter hebben. In de planning wordt er vanuit gegaan dat eind februari de productie en het BKZ aandeel per specialisme bepaald is.

De uitkomsten van de analyses kunnen voor de medisch specialisten aanleiding zijn om de verdeelsleutel die de relatieve inzet voor de DOT-producten weerspiegelen, nogmaals te herzien.

Bespreekpunten NZa klankbordgroepvergaderingen

Eerste klankbordgroepvergadering – 20 januari 2011

- 1: Partijen informeren over de opgestelde methodiek
- 2: Mogelijkheid tot reactie op de vragen uit het consultatiedocument tot en met eind januari 2011.

Tweede klankbordgroep vergadering – 7 februari 2011

- 1: Het productiebestand
- 2: De berekening van het BKZ per medisch specialisme

Derde klankbordgroep vergadering – 28 februari 2011

- 1: Bespreking van de nog uit te voeren analyses

Vierde klankbordgroep vergadering – 14 maart 2011

- 1: Uitkomsten bespreken van de uitkomsten van de voorlopige analyses
- 2: Bijstelling van de verdeelsleutels op grond van de analyses

Tot 7 april 2011 zijn de medisch specialisten in de gelegenheid om de verdeelsleutels die de relatieve inzet voor de DOT-producten weerspiegelen, bij te stellen. Vervolgens wordt het DBC-pakket uitgewerkt en op de gebruikelijke wijze na consultatie voorgelegd aan de Raad van Bestuur van de NZa. De planning is erop gericht dat de Raad van Bestuur van de NZa voor 1 juli 2011 besluit over de DOT-honorariumcomponenten 2012.

8. Consultatie

Tijdens de eerste klankbordgroep geeft de NZa een toelichting op de methodiek die gehanteerd wordt bij het opstellen van DOT honorariumcomponenten.

Naar aanleiding van deze toelichting worden partijen in de gelegenheid gesteld om te reageren op de volgende consultatievragen:

Consultatievraag 1
Hebt u opmerkingen bij de toepassing van de methodiek?

Consultatievraag 2
Hebt u suggesties voor het gebruik van gegevens om het BKZ per specialisme te berekenen.

Consultatievraag 3
Kunt u zich vinden in de planning?

Tijdens de eerste klankbordgroep bijeenkomst is er ruimte om een eerste mondelinge reactie te geven. Tot en met 31 januari 2011 worden partijen tevens in de gelegenheid gesteld om ook schriftelijk te reageren op de bovenstaande consultatievragen.

Bijlage 1. Criteria methodiek

De methodiek moet aan de volgende criteria voldoen:

- De methodiek moet tot betrouwbare uitkomsten leiden.
- De methodiek moet haalbaar en realistisch uitvoerbaar zijn.
- De administratieve lasten moeten worden beperkt.

criterium	Toelichting
Betrouwbaarheid	
Betrouwbaarheid van de gebruikte gegevensbron(nen)	De basis voor de betrouwbaarheid van de berekening ligt in de betrouwbaarheid van de gebruikte gegevensbron(nen). Expliciete aandacht moet worden besteed aan het borgen van de juistheid, volledigheid, tijdigheid en consistentie tussen gegevensbronnen.
Transparantie en reproduceerbaarheid	Voor de acceptatie van de uitkomsten is het van belang dat het verwerkingsproces transparant en reproduceerbaar is.
Mogelijkheid tot het uitvoeren van plausibiliteitscontroles	Plausibiliteitscontroles zijn bedoeld om de juistheid van de (specifieke onderdelen van) bronnen en berekeningen te toetsen door vergelijking met andere bronnen.
Beperken van beïnvloedbaarheid	Om de objectiviteit van de totstandkoming van de honorariumcomponenten te vergroten is van belang het berekeningsproces zo veel mogelijk fact based te maken zodat (de schijn van) beïnvloeding door belanghebbenden wordt voorkomen.
Beperken van gevoeligheid van het stelsel	Vastgesteld moet kunnen worden of ogenschijnlijk kleine afwijkingen in honorariumcomponenten een groot macro-effect hebben. Effectberekeningen en sensitiviteitsanalyses moeten het benodigde inzicht bieden.
Haalbaarheid	
Gebruik van bestaande registraties en systemen	Waar mogelijk moet gebruik gemaakt worden van bestaande registraties en systemen. Dit beperkt niet alleen de administratieve lasten van de bijstelling, maar beperkt ook de doorlooptijd van het proces.
Beperken van administratieve lasten	De berekening moet zo laag mogelijke administratieve lasten met zich mee brengen.
Beperken van doorlooptijd	De doorlooptijd van de bijstelling moet mogelijk maken dat de honorariumcomponenten per 1-1-2012 in gebruik genomen kunnen worden.
Draagvlak	De nieuwe normtijden en het proces waarop deze tot stand zijn gekomen moeten draagvlak hebben bij alle betrokken partijen.
Beperken afhankelijkheid van derden	De berekening is zo min mogelijk afhankelijk van externe partijen, zodat de risico's voor de doorlooptijd beperkt zijn.