



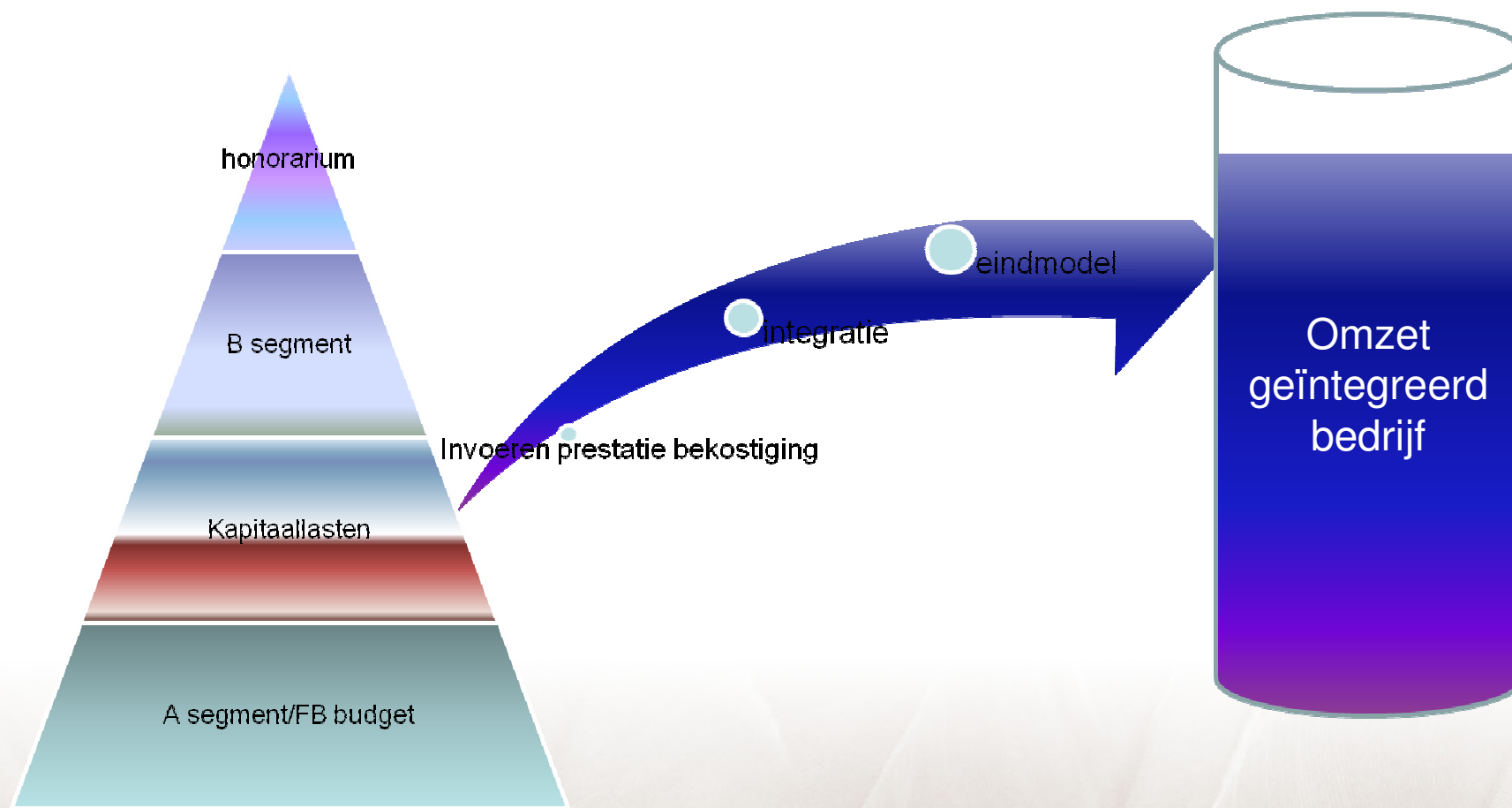
# Invoering budgettering honoraria medisch specialisten

Consultatie veldpartijen naar aanleiding van  
voorhang aanwijzing VWS d.d. 26 april 2010  
NZa, mei 2010

## Achtergrond: Waarom honorariumbudgettering?

- Ervaringen van afgelopen jaren zijn forse overschrijdingen op het honorariumdeel, huidige overheidsfinanciën maken rem op uitgaven noodzakelijk;
- Honorariumbudgettering lijkt een stap terug in de regulering van curatieve zorg maar is in deze fase een logische stap:
  - Ontwikkelingen bekostiging specialisten en bekostiging ziekenhuizen lopen nu uit de pas. Dit moet eerst weer gelijk worden getrokken.
  - Vervolgens kan een stap richting integrale prestatiebekostiging worden gezet.

# Achtergrond: Eindplaatje



## Inhoud consultatie

- A. Vertrekpunt
- B. Budgettering honorariumomzet
- C. Reikwijdte budgettering: ZBC's
- D. Gevolgen budgettering voor bekostigingsmodel en prestatieprikkels
- E. Keuzes t.b.v. budgetmodel
- F. Budgetsystematiek
- G. Onderling verkeer instelling en specialist
- H. Positie verzekeraars
- I. Invoering per 2011
- J. Overige juridische aspecten

## A. Vertrekpunt

1. Voorhangbrief beheersingsmodel medisch specialisten (26-4-10)
2. Verzoek technische uitwerking beheersmodel medisch specialisten (26-5-10)

## A.1. Kernpunten Voorhangbrief beheersingsmodel

- Budgettering als begrenzing honorariumomzet (macro en per aanbieder).
- Het totaal van de honorariabudgetten moet passen binnen het BKZ.
- Bij overschrijding van het honorariumbudget moet de instelling het meerdere afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds.
- De WMG schrijft voor dat de medisch specialist uitsluitend *aan* de instelling kan declareren (het *via* declareren van de medisch specialist vervalt).
- Budgetmodel biedt een zekere mate van vrijheid voor instelling en medisch specialist om onderling de hoogte en vorm van het honorarium te regelen.
- Onder de budgettering vallen in ieder geval vrijgevestigde specialisten werkzaam in ziekenhuizen en specialisten werkzaam in ZBC's.

## A.2. Verzoek technische uitwerking beheersmodel

Specifieke aandachtspunten die VWS in verzoek heeft opgenomen:

- Reikwijdte van het model; hoe omgaan met specialisten in loondienst, in solopraktijken en in categorale instellingen.
- Specialisten in ZBC's; hoe en op basis van welke gegevens kan het budget voor ZBC's worden bepaald.
- De wijze van budgetvaststelling voor 2011 op instellingsniveau.
- De wijze van de mutatiesystematiek.
- De wijze van de verwerking van de gedifferentieerde tariefkorting.
- De wijze van vaststelling van overschrijding van het budget op instellingsniveau en de afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds.
- De concrete uitwerking van flankerend beleid om specialisten en instellingen t.b.v. de onderhandelingen te faciliteren.
- De informatiebehoefte t.b.v. een nadere invulling van het model.

## B. Budgettering honorariumomzet

1. Uitgangspunten budgettering volgens voorhang aanwijzing
2. Alternatief voorstel van Orde van Medisch Specialisten
3. Noodzakelijke regelingen
4. Risico's



## B.1. Uitgangspunten budgettering cf. voorhangbrief

- Budgettering als begrenzing van de honorariumomzet (macro en per aanbieder).
- Omzetbegrenzing moet publiekrechtelijk verankerd worden.
- Honorariumdeclaraties worden onderdeel van de omzet en het resultaat van de instelling.
- De instelling wordt financieel verantwoordelijk voor de honorariumomzet en voor het terugbetalen van de budgetoverschrijdingen.

## B.2. Alternatief voorstel OMS

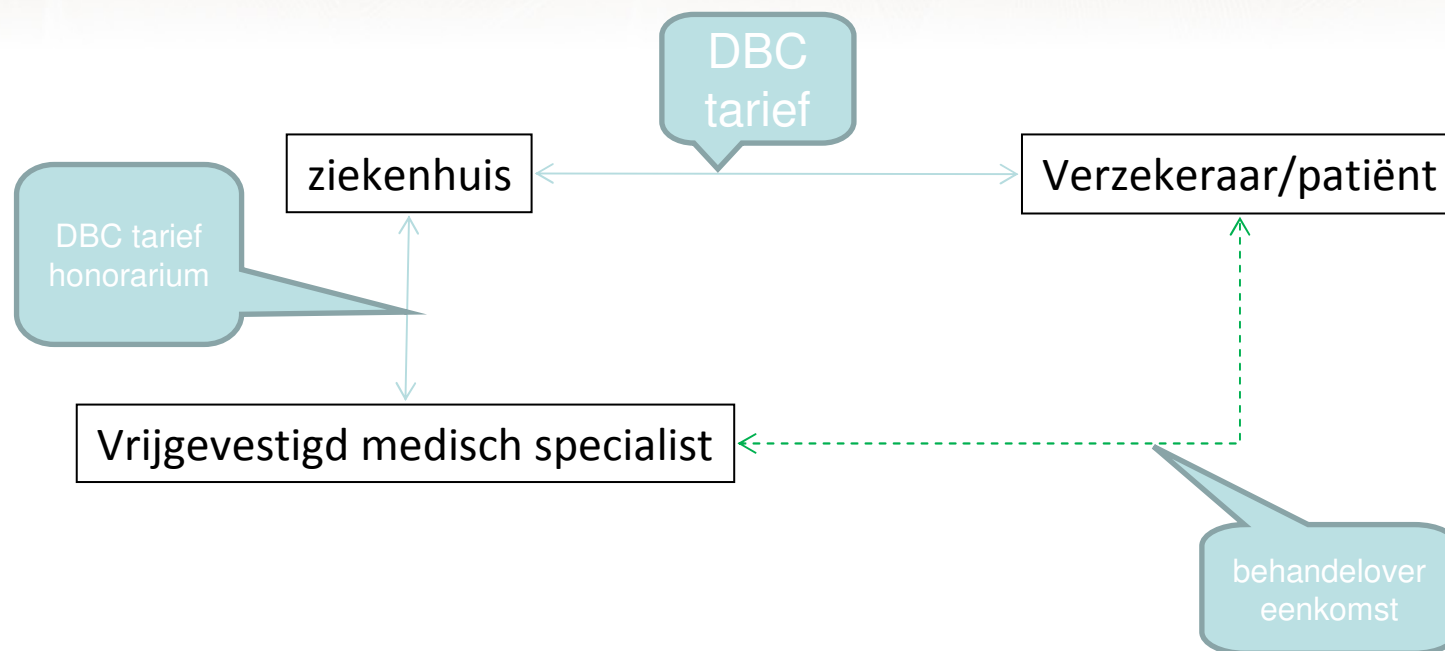
- De OMS stelt als alternatief model voor om de honoraria budgetten in beheer van medisch specialisten te brengen en de beheersing op basis van vrijwillige maximale omzet overeenkomsten tussen de maatschappen.
- Dit model is niet afdwingbaar, past niet in het systeem van de WMG en biedt onvoldoende zekerheid t.a.v. uitgavenbeheersing.
- Met het oog op het eindmodel van geïntegreerde tarieven is het niet wenselijk om de budgetverantwoordelijkheid t.a.v. kosten en honoraria gescheiden te houden (tussen instelling en medisch specialisten).

## B.3. Noodzakelijke wijzigingen (1 / 2)

- Voor de invoering van het nieuwe beheersingsmodel zijn wetswijzigingen en beleidsregelaanpassingen noodzakelijk.
  - Het *via* declareren afschaffen, uitsluitend nog *aan* de instelling declareren (zie de volgende sheets).
  - De betaling van het DBC tarief door patiënt/verzekeraar moet (uitsluitend) bij instelling terechtkomen.
- Het wetsvoorstel tot wijziging van de WMG voorziet hierin: na aanwijzing van de minister kan de NZa bepalen dat alleen bepaalde zorgaanbieders (instellingen) het DBC tarief bij patiënt/verzekeraar in rekening kunnen brengen.

## B.3. Noodzakelijke wijzigingen (2 / 2)

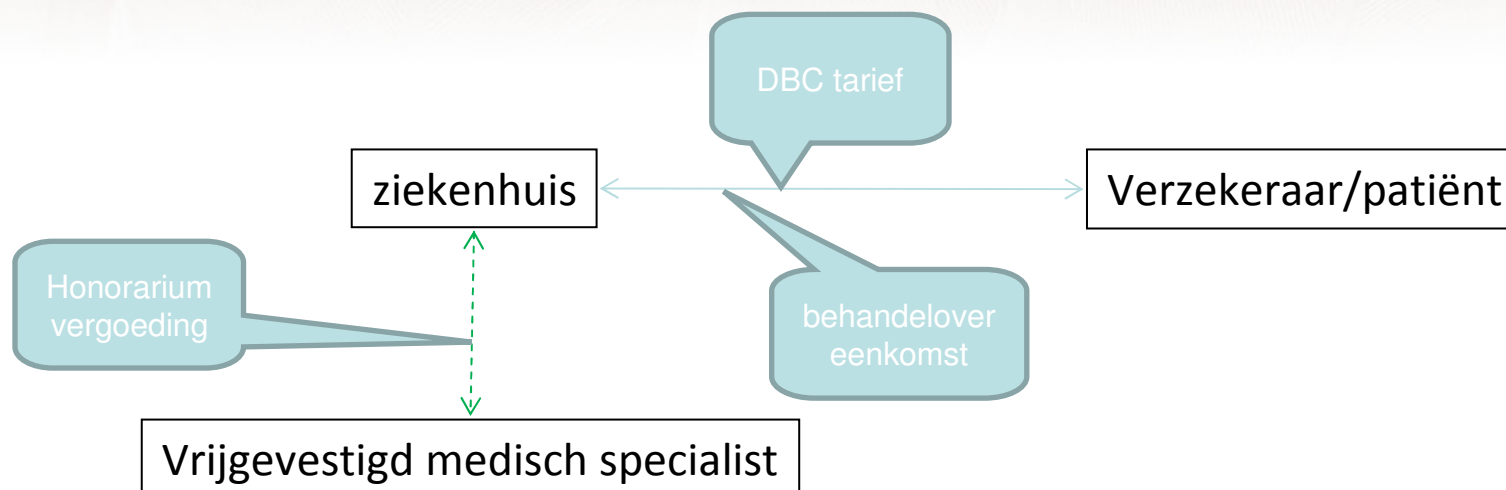
- De individuele toelatingsovereenkomsten moeten worden aangepast:
  - niet meer *via* declareren;
  - beperking van de aanspraak jegens het ziekenhuis tot het aandeel in het honorariumbudget.
- De honorariumomzet en de gedeclareerde opbrengsten moeten in de jaarrekening van de instelling worden verantwoord.
- Materieel lopen de declaratiestromen op dezelfde wijze als nu.

B.3. Het *via* declareren

↔ Werkelijke geldstroom

↔ (Fictieve) declaratie, behandelovereenkomst

### B.3. Het *aan* declareren



Declaratie aan verzekeraar, volume/prijs afspraak, contract, behandelovereenkomst



Declaratie, contract met ziekenhuis

## B.4. Risico's

- Onzekerheid over de fiscale status van medisch specialisten. De fiscus heeft tot nu toe geen harde uitspraak gedaan, maar zal nieuwe contracten en feitelijk handelen achteraf beoordelen.
- Indien de MTO's en de daarvan afgeleide individuele contracten niet tijdig worden aangepast, ontstaat een juridisch schemergebied in de relatie tussen specialist en ziekenhuis.
- Invoering van honorariumbudgettering op instellingsniveau vereist tijdige wetswijzigingen. Het tijdpad daarvoor is krap. Na de wetswijzigingen zullen lokaal contracten moeten worden aangepast hetgeen ook tijd vergt.

## C. Reikwijdte budgettering

1. Solopraktijken niet onder budgettering
2. ZBC's wel onder budgettering
3. Waarom ZBC's onder budgettering
4. Hoe ZBC's onder budgettering
5. Uitvoeringslasten
6. Risico's
7. Advies NZa



## C.1.Solopraktijken niet onder budgettering

- Uitgangspunt van de voorhangbrief is dat alle medisch specialisten onder het model vallen tenzij dit niet kan, zoals in het geval van de extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk (EMS).
- Risico op ontwijking/productieverlegging als EMS buiten de budgettering blijven is klein; het merendeel van de specialismen kan om redenen van kwaliteitseisen niet in een solopraktijk worden uitgeoefend.

## C.2. ZBC's wel onder budgettering

- De voorhangbrief schaaft ZBC's als instelling onder de honorariumbudgettering.
- ZBC's hebben ook bijgedragen aan bovenmatige groei van de honoraria uitgaven.

### C.3. Waarom ZBC's onder budgettering

- De tarieven voor honorarium zijn voor specialisten in ziekenhuizen en in ZBC's hetzelfde, beide dragen bij aan het probleem en beide worden onder dezelfde oplossing geschaard.
- Daarnaast zou er een risico ontstaan als ZBC's niet en ziekenhuizen wel onder de honorariumbudgettering worden gebracht:
  - De WTZi maakt geen onderscheid tussen beide aanbieders, het zijn allebei instellingen voor medisch specialistische zorg.
  - Er ontstaat een risico dat specialisten of ziekenhuizen de productie gaan verleggen naar ZBC's ('reguleringsarbitrage') om op die manier onder de omzetbeperking uit te komen.

## C.4. Hoe ZBC's onder budgettering

- Het is de eerste keer dat de ZBC's onder een vorm van omzetregulering/individuele beschikkingen worden gebracht.
- Momenteel heeft de NZa geen totaal overzicht van de productie van ZBC's.
- Om ZBC's te kunnen budgetteren:
  - Dienen ZBC's de historische omzet en fte's op te geven;
  - NZa stelt vervolgens een budget vast en verstrekt een tariefbeschikking die een ZBC toestaat om te declareren;
  - Het declaratierecht van een ZBC wordt dus gekoppeld aan het budget.
- Voor ZBC's gelden t.a.v. de budgettering dezelfde regels en procedures als voor ziekenhuizen, d.w.z. individueel per instelling.

## C.5. Uitvoeringslasten

- ZBC's moeten honorariumomzet opgeven en er zal verrekening met het budget moeten plaatsvinden.

## C.6. Risico's

- Mogelijke pogingen om via verschillende constructies de beperkingen van budgettering te omzeilen.
- Organisatiestructuur van ZBC's (verhoudingen ZBC – specialist) naar verwachting divers.

## C.6. Advies NZa

- NZa adviseert om geen extra reguleringsverschillen tussen ziekenhuizen en ZBC's te creëren en dus ZBC's ook onder budgettering te laten vallen.
- Het declaratierecht van ZBC's koppelen aan honorariumbudget.

## D. Gevolgen voor bekostigingsmodel en prestatieprikkels

1. Diversiteit productieprikkels
2. Uiteenlopende productieprikkels
3. Relatie met het macrokader (BKZ)
4. Relatie met het eindmodel



## D.1. Diversiteit productieprijken

- De invoering van een beheersingsinstrument voor de specialistenhonoraria leidt tot uiteenlopende prikken voor ziekenhuis en specialisten.
- De invoering van het honorariumbudget samen met het FB budget (A segment) en het B segment bij de ziekenhuizen leidt tot diversiteit aan productieprijken (zie het schema op hiernavolgende sheet).
- Uit het hiernavolgende schema blijkt dat bij invoering volgens de aanwijzing van VWS nogal uiteenlopende bekostigingsmodellen en declaraties gaan ontstaan per segment en per aanbieder.

## D.1. Diversiteit productieprikkels na invoering

		A-segment		B-segment	
		<i>Bekostiging</i>	<i>Declaratie</i>	<i>Bekostiging</i>	<i>Declaratie</i>
<b>Ziekenhuis</b>	<i>Kosten</i>	FB-budget	Vaste DBC tarieven ter dekking FB-budget	Prestatie-bekostiging met vrije prijzen	Vrij onderhandelbare DBC prijzen
	<i>Honoraria loondienst</i>	Loondienst vergoeding FB budget (AMS) of via h-budgetten	DBC met gereguleerde h-component ter dekking FB of h-budget	Honorarium-budget	DBC met gereguleerde h-component ter dekking h-budget
	<i>Honoraria vrijgevestigd</i>	Honorarium-budget	Vaste DBC tarieven ter dekking h-budget	Honorarium-budget	DBC met gereguleerde h-component ter dekking h-budget
<b>ZBC</b>	<i>Kosten</i>	Prestatie-bekostiging met maximumtarieven	Maximum DBC tarieven	Prestatie-bekostiging met vrije prijzen	Vrij onderhandelbare DBC prijzen
	<i>Honoraria</i>	Honorarium-budget	Vaste DBC tarieven ter dekking h-budget	Honorarium-budget	DBC met gereguleerde h-component ter dekking h-budget

(h-component = honorarium component, h-budget = honorariumbudget)

## D.2. Uiteenlopende productieprijken

- De hiernavolgende sheet toont productieprijken als gevolg van verschillende combinaties van de bekostigingsmodellen.
- In het algemeen is het wenselijk om productieprijken voor ziekenhuis en specialist parallel te laten lopen. Sinds het afschaffen van de lumpsum in 2008 is dat niet het geval in het A segment van de ziekenhuizen. In feite bestaat daar sinds 2008 de situatie van voor invoering van de lumpsum.
- Een bekostigingsmodel waarin productieprijken voor ziekenhuizen en specialisten tegengesteld zijn is naar mening van de NZa niet toekomstbestendig. Parallele prikken voor ziekenhuizen en specialisten vergemakkelijkt de samenwerking.

## D.2. Uiteenlopende productieprikkels (schema)

		omzet ziekenhuis		
		prestatie- bekostiging 100% variabel	vast-variabel	vast
<b>Honorarium- budget en/of specialisten- vergoeding</b>	100% variabel (pb)	>>	>>	><
	vast-variabel	>>	>>	><
	vast	><	><	>>

- >> Gelijk gerichte financiële productieprikkels
- >< Ongelijk gerichte financiële productieprikkels

## D.3. Relatie met het macrokader (BKZ)

	Kader medisch specialisten	Kader ziekenhuizen	Onder beheersingsmodel
Omzet vrijgevestigd medisch specialisten (A /B)	X		ja
Specialisten in loondienst, ziekenhuis heeft vergoeding in FB budget (A/B segment)		X	•Niet in aanwijzing •Voorstel NZa: ja
Specialist in loondienst, ziekenhuis heeft geen vergoeding in budget	X		ja
Specialisten in ZBC	X		ja

- Het beheersingsmodel dient volgens de voorhangbrief aan te sluiten bij verschillende kaders.

## D.4. Relatie met het eindmodel (1 / 2)

- Een definitief besluit over het eindmodel van de bekostiging van medisch specialistische zorg is nog niet genomen.
- Vooralsnog is invoering van prestatiebekostiging en invoering van DOT zorgproducten als instrument daarvoor het streven.
- Het transitie­model voor ziekenhuizen is echter uitgesteld, zodat voor 2011 voor het ziekenhuis­deel de huidige bekostiging FB/B segment wordt voortgezet. Een nieuw kabinet zal een besluit moeten nemen over de invoering van prestatiebekostiging en een eventueel transitie­model.
- De budgettering van specialistenhonoraria kan ook worden uitgevoerd in combinatie met een transitie­model. In dat geval wordt de overgang naar variabele bekostiging met integrale DOT producten vormgegeven.

## D.4. Relatie met het eindmodel (2 / 2)

- In een dergelijk model onderhandelen ziekenhuizen met verzekeraars over een deel van de prijzen en declareren het integrale tarief. De specialisten blijven aan het ziekenhuis declareren, conform de voorliggende aanwijzing.
- Indien wordt besloten tot een vast model voor de honoraria, kan dat ook worden ingevoerd naast de prestatiebekostiging voor het ziekenhuis. Een deel van de integrale tarieven blijft dan als dekking van dat budget dienen.
- Als het honorariummodel vast wordt en het ziekenhuis een productieafhankelijke omzet heeft, dan krijgen we de situatie dat de prikkels in de bekostigingsmodellen niet gelijk gericht zijn.

## E. Keuzes t.b.v. budgetmodel

1. Loondienst
2. Praktijkeigendom bij ziekenhuis
3. Onderlinge dienstverlening
4. Derde compartimentzorg
5. Advies NZa



## E.1. Loondienst

- De omzet in het A segment wordt beperkt door het budget, c.q. de normvergoeding die in het budget is opgenomen.
- In het B segment is de honorariumomzet vrij.
- Voor vrijgevestigde specialisten geeft de aanwijzing aan dat alle honoraria (A en B) onder budget moeten vallen.
- Logisch om dat ook voor B omzet bij loondienstsituaties te doen.
- Dit is te bewerkstelligen door de schoning van de loondienstcomponent van het B segment ongedaan te maken, de loondienstvergoeding wordt weer integraal onderdeel van het ziekenhuisbudget voor het A segment.
- Alle honorariumdeclaraties zijn dan ter dekking van het budget. In sommige gevallen kan dat een omzetverlaging voor het ziekenhuis tot gevolg hebben.

## E.2. Loondienstvariant: Praktijkeigendom bij ziekenhuis

- Vergelijkbaar met loondienstsituaties in het B segment.
- Het ziekenhuis declareert honorariumomzet en betaalt de specialisten (die in loondienst zijn) een salaris.
- Het ziekenhuis loopt dus risico over de omzet.
- Volumestijgingen leiden tot hogere omzet voor het ziekenhuis.
- Deze omzet moet dus ook onder het budgetmodel worden gebracht.

## E.3. Onderlinge dienstverlening

- Onderlinge dienstverlening valt bij het ziekenhuis niet onder de budgettering, maar onder vrije omzet.
- Tarieven voor onderlinge dienstverlening zijn vrij (prestaties niet, voor zover het zorgprestaties betreft).
- Voor specialisten is de onderlinge dienstverlening wel gereguleerd.
- Als onderlinge dienstverlening buiten de budgettering wordt gehouden, betekent dit dat per ziekenhuis omzet aan dienstverlening voor derden op de budgetten moet worden gecorrigeerd (zowel bij aanvragend als bij uitvoerend ziekenhuis).
- Dit leidt (eenmalig) tot hoge uitvoerings- en administratieve lasten.
- Onderlinge dienstverlening buiten de budgettering houden geeft een prikkel om meer productie onder onderlinge dienstverlening te brengen. Dit is onwenselijk want het leidt tot ontduiking van de regulering.

## E.4. Derde compartimentzorg

- Derde compartimentzorg valt bij het ziekenhuis niet onder de budgettering, maar onder vrije omzet.
- Het is de vraag hoe dit zich tot honorariumbudgettering verhoudt.

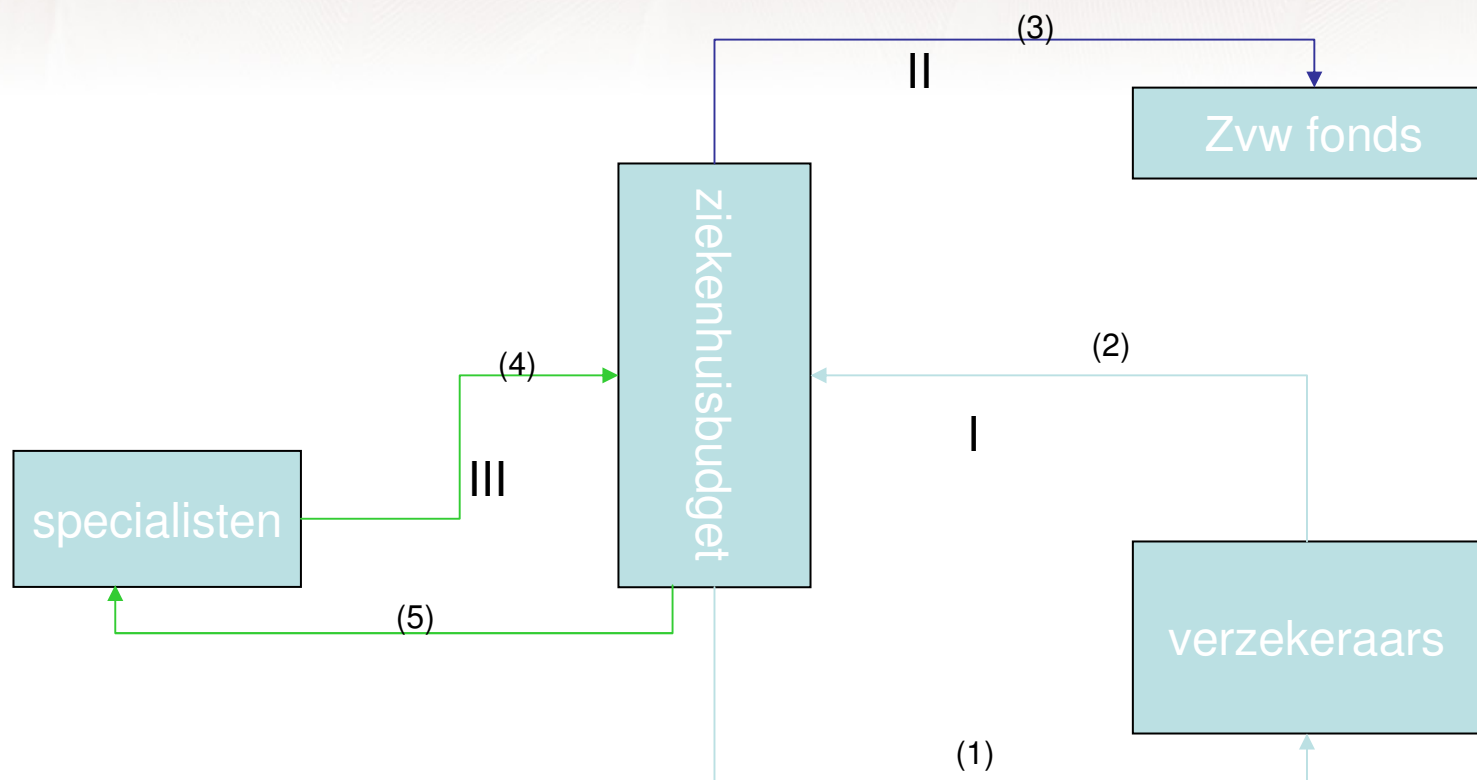
## E.5. Advies NZa

- Omzet in het B segment ook voor loondienstsituaties en ziekenhuispraktijken onderbrengen in het honorariumbudget.
- Omzet onderlinge dienstverlening ook opnemen in de honorariumbudgetten.

## F. Budgetsystematiek

1. Geldstromen
2. Vaststelling basisbudget
3. Mutatie van het budget
4. Optie: Quotahandel honorariumbudget
5. Opbrengstverrekening
6. Substitutie
7. Uitvoeringslasten
8. Risico's
9. Advies NZa

## F.1. Geldstromen



## F.1. Geldstromen (toelichting)

- Er zijn in feite 3 gescheiden financiële circuits
  - I. Ziekenhuis - Verzekeraars o.b.v. prijs-volume afspraken
    1. declaraties (overeengekomen/ vastgestelde tarief)
    2. betalingen
  - II. Ziekenhuis - Zvw fonds
    3. afdracht opbrengstoverschot
  - III. Ziekenhuis - Specialististen
    4. declaratie afgesproken tarief
    5. betalingen
- De wettelijke basis voor de geldstromen verschilt:
  - Publiekrechtelijk (WMG): I en II
  - Privaatrechtelijk: II (als een contract tot stand komt) en III
- Het risico dat het ziekenhuis gaat lopen:  $2 - 3 < 5$



## F.2. Vaststelling basisbudget

- Bij de vaststelling van het basisbudget kan worden gekozen voor:
  - a. Historische omzet in een basisjaar
  - b. Normatieve opbouw (normbedrag per fte, of andere parameter)

## F.2.a. Basisbudget o.b.v. historische omzet

- Omzetcorrectie voor de overschrijding van het macrokader 2008/2009.
- Tariefkortingen die de NZa nu uitwerkt worden per specialisme gedifferentieerd (rechterlijke uitspraak: differentiëren want niet ieder specialisme heeft in gelijke mate bijgedragen aan de overschrijding).
- Budget per ziekenhuis maakt differentiatie ongedaan, tenzij in het budget ook differentiatie per specialisme wordt verwerkt.
- Instellingen wijken onderling sterk af (samenstelling omzet, loondienst/vrije vestiging etc.)
- Differentiatie op instellingniveau vergt dus gedetailleerde gegevensuitvraag en complexe berekeningen.

## F.2.b. Normatieve opbouw basisbudget (1 / 2)

- Alternatief is een normatief budget, bijvoorbeeld o.b.v. fte per instelling x normbedrag.
- Aantal fte bepalen:
  - Vrijgevestigd: toelatingsovereenkomsten (bijv. op basis van het aantal dagdelen);
  - Loondienst: arbeidsovereenkomsten.
- In de toekomst zou in het jaardocument een opgave moeten komen van het aantal fte specialisten, naast de gedeclareerde omzet.
- De vraag is wat een eenduidig toepasbare definitie van fte is.

## F.2.b. Normatieve opbouw basisbudget (2 / 2)

- Normatief bedrag per fte kan gebaseerd worden op:
  - Norminkomen gehanteerd voor berekening uurtarief en DBC tarieven. Op prijsniveau 2009 ca. € 226.000;
    - Overeenkomst VWS en Orde over uurtarief (incl. norminkomen), is door VWS beëindigd;
    - Leidt tot stijging macrouitgaven (want stijging t.o.v. status quo loondienstvergoeding). Stijging bij UMC's ca. €140 mln.
  - Loondienstvergoeding opgenomen in de budgetten (ca. €187.000);
    - Komt overeen met de inkomenscomponent uit het norminkomen, lagere praktijkkostenvergoeding;
    - Bedrag is afgeleid van AMS salarisschalen.
  - (Gewogen) gemiddelde van beide vergoedingen;
    - Macroneutraal, maar leidt tot herverdeling middelen.

## F.2.c. Gegevensuitvraag nodig t.b.v. keuze

- De NZa verwacht dat het vaststellen van een basisbudget o.b.v. historische omzet met differentiatie op instellingniveau naar de individuele specialismen complex is.
- De NZa verwacht dat het basisbudget o.b.v. fte x normbedrag wellicht beter uitvoerbaar is.
- Om meer inzicht te krijgen bij deze keuze volgt spoedig een eerste (oriënterende) gegevensuitvraag bij het veld;
  - Historische omzet uitgesplitst per specialisme;
  - Aantallen fte's en capita.

## F.3. Mutatie van het budget

- Te onderscheiden zijn:
  - a. Mutaties als gevolg van wijzigingen in productievolume (bijv. als gevolg van selectieve inkoop);
  - b. Mutaties als gevolg van capaciteitswijzigingen (in- / uitstroom specialisten, inkrimpen / uitbreiden van functies, concentratie van specialismen of productie bij bepaalde ziekenhuizen etc.)

## F.3.a. Productiemutatie

- Aansluiting zoeken bij de omzet van het ziekenhuis of ZBC ligt voor de hand.
  - Honorariumbudget kan (gedeeltelijk) muteren met de omzet van het ziekenhuis
    - in 2011: gewogen procentuele mutatie o.b.v. mutatie FB-budget A-segment en groei omzet B-segment;
      - $\text{Budget}_{(t+1)} = \text{budget}_{(\text{hist})} + X * \% \text{ groei (FB+B-segment)}_{(t)}$
    - Vanaf invoering prestatiebekostiging ziekenhuizen: aansluiting bij gedeclareerde DOT-productie.
      - $\text{Budget}_{(t+1)} = z * \text{budget}_{(\text{hist})} + (1-z) * \text{werkelijke omzet}_{(t)}$
  - Omzet ZBC's varieert uitsluitend met DBC omzet.

## F.3.b. Capaciteitsmutatie (1 / 2)

- De capaciteit volgt de productie trapsgewijs.
- Het budget wordt aangepast op basis van de opgave van het ziekenhuis, de capaciteit moet ook in het jaardocument worden vermeld.
- In de uitwerking zal een nadere definitie van fte's moeten worden opgenomen. Hier blijft een zekere mate van interpretatievrijheid en daarmee onnauwkeurigheid onvermijdelijk.



## F.3.b. Capaciteitsmutatie (2 / 2)

- Functie uitbreiding of afstoting:
  - Indien een ziekenhuis nieuwe functies aantrekt of juist afstoot zal het ziekenhuis aan moeten geven welk deel van de capaciteit aan specialisten daarmee gemoeid is. Hier is echter weinig controle op mogelijk, aangezien naar verwachting zelden hele specialismen worden afgestoten.
  - Hetzelfde probleem doet zich voor als het budget op de historische omzet wordt gebaseerd.

## F.4. Optie: Quotahandel honorariumbudget (omzetrechten)

- Risico van invoering budgettering is dat marktdynamiek vermindert.
- Mogelijke oplossing: NZa kan toestaan dat instellingen onderling de individueel toegekende honorariumbudgetten (omzetrechten) verhandelen.
- Systeem gelijkend op melkquota handel.
- Instellingen A en B kunnen onderling quota verhandelen als de marginale waarde van de "laatste euro" honorariumbudget voor instelling A hoger is dan voor instelling B.
- Het zou niet worden verplicht (dus geen extra opgelegde administratieve lasten).
- Het biedt instellingen ruimte om veranderingen in productie of capaciteit onderling flexibel op te vangen (voorbeeld: specialist transfer van ziekenhuis A naar B).

## F.5. Afdracht van overschrijding

- De financieel verantwoordelijke zal de overschrijding van het budget moeten afdragen.
- De hoogte van de overschrijding wordt vastgesteld op basis van de jaarrekening.
- Voor de afdracht zijn twee mogelijkheden:
  - Per verzekeraar;
    - aansluiten bij de huidige systematiek van opbrengstverrekening die voor ziekenhuizen voor het FB deel geldt;
  - Rechtstreeks met zorgverzekeringsfonds;
    - MvT WMG na wetswijziging noemt deze mogelijkheid;
    - heeft de voorkeur omdat het tot minder uitvoeringslasten leidt.

## F.6. Substitutie

- Kosten- en honorariumbudget zijn voor rekening/risico van instelling.
- Redenen om de budgetten apart te houden:
  - Andere opbouw en budgetspecificatie
  - Regulering onderling verkeer ziekenhuis – specialist (zie onderdeel G van deze presentatie)
  - Afwijkend tijdpad t.a.v. overstap van bekostigingsvorm (transitiemodel of prestatiebekostiging) voor honorariumdeel en kostendeel.
  - Overigens lijkt een afwijkend tempo onwenselijk. Verschillende bekostiging van specialisten en ziekenhuizen heeft de afgelopen jaren slecht gewerkt.
- Als de budgetten apart worden gehouden betekent dit dat geen substitutie plaatsvindt.

## F.7. Uitvoeringslasten

- De opbrengstverrekening kan meelopen in de bestaande nacalculatie, mits de honorariumomzet in het jaardocument wordt verantwoord.
- Voor instellingen betekent het meer administratieve lasten.
- De invoering van budgettering vereist aanpassing van de MTO en individuele contracten. Dit kan:
  - in onderling overleg tussen instellingen en specialisten;
  - doordat NZa voorschriften geeft m.b.t. de inhoud van deze overeenkomsten en daarbij een termijn stelt voor aanpassing van de overeenkomsten. Niet naleving van de voorschriften leidt uiteindelijk tot nietigheid van de niet-aangepaste bepalingen.

## F.8. Risico's

- Capaciteitsopgaven zijn vrijwel niet te verifiëren. De methode is weliswaar eenvoudig, maar biedt interpretatieruimte.
- Er ontstaat een prikkel om uitbreidingen van de capaciteit sneller te melden dan inkrimpingen.
- Ook bij het volgen van de capaciteit is een reële macro raming van de instroom noodzakelijk (groei van het aantal fte 2007-2008 ca. 4%)
- AMS norm voor loondienst betekent voor de gemiddelde vrijgevestigde specialist een forse inkomensdaling (gemiddelde omzet 2008 ca. € 300.000, AMS norm € 187.000).
- Aanpassen van de hoogte van de norm kan tot juridische procedures leiden.

## F.9. Advies NZa

- Een gegevens-uitvraag is nodig t.b.v. de keuze waarop het basisbudget moet worden gebaseerd (historische omzet versus fte \* normvergoeding);
- Indien voor fte x normvergoeding wordt gekozen, trek dan de normvergoeding loondienst en vrijgevestigde gelijk;
- Honoraria B segment integraal onder het honorariumbudget brengen, dus ook voor loondienstsituaties;
- Ook bestaande loondienstsituaties uit het FB budget meenemen, want op fte niveau is geen splitsing in A en B te maken;
- Indien in de toekomst prestatiebekostiging voor ziekenhuizen wordt ingevoerd, breng dan zowel honorariumomzet als ziekenhuiskosten onder in hetzelfde transitie-model.

## G. Onderling verkeer ziekenhuis en specialist

1. Geen tariefregulering
2. Voor- en nadelen geen tariefregulering onderling verkeer
3. Overige vormen van regulering
4. Flankerend beleid
5. Risico's



## G.1. Geen tariefregulering (1 / 2)

- Status quo is volledige regulering van tarieven en prestaties voor de declaraties van de medisch specialist;
- De voorhangbrief gaat uit van zo min mogelijk reguleren, liefst vrije tarieven voor declaraties van de specialist aan het ziekenhuis;
- De gedachte achter de voorhangbrief is een algemene prestatieomschrijving (zoals bijv. "onderlinge dienstverlening").
- In de voorhangbrief genoemde afspraken t.a.v. vergoeding kosten, kwaliteitsbeleid etc. kunnen alleen vorm krijgen via prijsafspraken binnen vastgestelde prestaties.

## G.1. Geen tariefregulering (2 / 2)

- Vrij tarief met algemeen geformuleerde prestatie;
  - Cf. aanwijzing;
  - Prestatie bijv. "onderlinge dienstverlening".
- Biedt ruimte aan instelling / specialisten om de prestatie binnen de algemene prestatieomschrijving nader te specificeren.
- Het maken van afspraken op basis van kwaliteit etc. vergt het vastleggen van criteria voor de beoordeling en afrekening. Er zijn geen algemene criteria voor handen. Het is aan de individuele zorgaanbieder om dit in te vullen.

## G.2. Voor- en nadelen geen tariefregulering

- Voordelen geen tariefregulering:
  - Lokale flexibiliteit;
  - Geen financieel risico overheid;
  - Stap richting eindmodel;
  - Geen administratieve lasten.
- Nadelen geen tariefregulering:
  - Geen overgangsregime mogelijk;
  - Hoge transactiekosten;
  - Financieel risico bij instellingen;
  - Weinig tijd voor contractafspraken.

## G.3. Overige vormen van regulering

- Contractvoorwaarden (artikel 45 WMG);
  - De NZa kan eisen stellen aan de inhoud van de onderlinge contracten tussen aanbieders. (Delen van) contracten kunnen nietig worden verklaard.
- AMM instrumentarium;
  - Dit instrument kan alleen per individuele situatie worden toegepast.
- Wellicht verbod voor ziekenhuizen om meer honorarium te betalen dan het beschikbare honorariumbudget.

## G.4. Flankerend beleid (1 / 3)

- De aanwijzing noemt de mogelijkheid van 'flankerend beleid' indien de marktverhoudingen daartoe aanleiding geven. Onder 'flankerend beleid' kan worden verstaan:
  - Richtsnoeren;
  - Toetsingskader / visiedocumenten;
  - Modelcontracten;
  - Richtprijzen.
- Flankerend beleid leidt niet tot verplichtingen
- Op de hiernavolgende sheet wordt dit nader toegelicht.

## G.4. Flankerend beleid (2 / 3)

- Richtsnoeren;
  - Door te publiceren wat wel en niet in onderlinge afspraken kan worden overeengekomen kan de sector op voorhand houvast krijgen.
- Toetsingskader / visiedocumenten;
  - De NZa kan een kader opstellen voor contracten tussen ziekenhuizen/ZBC's en specialisten.
- Richtprijzen;
  - Om ziekenhuizen en ZBC's te faciliteren tijdens de onderhandelingen kan de NZa richtprijzen publiceren voor de specialistenhonoraria.

## G.4. Flankerend beleid (3 / 3)

- Modelcontracten;
  - Ter ondersteuning van ziekenhuizen en ZBC's kan de NZa voorbeeldcontracten opstellen waarin contractvoorwaarden ten behoeve van het budgetmodel zijn opgenomen.
  - Bij het opstellen van voorbeeldcontracten worden de NVZ, ZKN en OMS betrokken.
  - Voorbeelden van 'nieuwe contractvoorwaarden':
    - Beperking van aanspraak op vergoeding voor specialist als de instelling geen vergoeding van de verzekeraar ontvangt.
    - Terugvorderingsrecht van instelling jegens specialisten indien het totaal van declaraties het ziekenhuisbudget overschrijdt.

## G.5. Risico's

- Risico dat noodzakelijke wettelijke aanpassing niet tijdig gereed is.
- Vrijlaten onderling verkeer specialist / ziekenhuis leidt tot hogere transactiekosten, geeft mogelijk onrust en onzekerheid bij ziekenhuizen en specialisten maar is op lange termijn wenselijk.
- Gegeven de ingrijpende gevolgen van budgettering op de relatie tussen ziekenhuis en specialisten zullen instellingen MTO's en contracten pas aanpassen nadat wetswijziging en beleidsregels van budgettering bekend zijn.
- Voortdurende onzekerheid over de aard en inhoud van de toekomstige ziekenhuisbekostiging.
- Invoering DOT blijft ook boven de markt hangen.



## H. Positie verzekeraars

1. Gevolgen van honorariumbudgettering voor verzekeraars
2. Rol van de verzekeraars bij honoraria budgetmodel
3. Belang verzekeraars bij budgettering honoraria

## H.1. Gevolgen honorariumbudgettering voor verzekeraars

- Voor verzekeraars verandert weinig in de onderhandelingen met ziekenhuizen bij budgettering van de honoraria. De onderhandelingen vinden nu plaatst met ziekenhuizen (soms incl. specialist), na wetswijziging zijn ziekenhuizen ook formeel hoofdaannemer.
- Het honorariumbudget kan een rem zetten op de productie. Dit vormt een risico voor de verzekeraar i.v.m. de zorgplicht.
- Verzekeraars hebben in het beoogde model geen rol bij de onderlinge declaraties van specialisten aan het ziekenhuis. Zij blijven het integrale tarief betalen.
- Wegens gedifferentieerde toepassing van de korting kan het schadelasteffect per instelling verschillen (macro een beperkt effect).

## H.2. Rol verzekeraars bij honoraria budgetmodel

- In instellingsbudgettering hebben verzekeraars een rol bij de aanvraag voor budgetaanpassing. Collectieve onderhandeling over o.a. volumina in het FB en capaciteitsmutaties (aantallen specialisteneenheden, loondienst vergoeding).
  - Wankele juridische basis voor collectieve onderhandeling;
  - Komt voort uit (wederzijdse) contracteerplicht Zfw;
  - Om pragmatische redenen gedoogd voor de duur van het FB.
- Bij lumpsumovereenkomsten (1995-2008) waren verzekeraars mede partij bij de vrijwillige overeenkomst. Zij betaalden ook de vrijwaring (verschil tussen lumpsum en tariefopbrengst).
- Voor de collectieve onderhandelingen hanteren de verzekeraars het door ZN opgestelde representativiteitsmodel.
- Voor- en nadelen collectieve onderhandelingen bij budgettering honoraria?

### H.3. Belang verzekeraars bij honorariumbudgettering

- Schadelast kan dalen als gevolg van honorariumbudgettering;
- Belang van voldoende productie (zorgplicht);
- Bij opbrengstoverschotten (gedeclareerde honoraria hoger dan het budget) vindt verrekening plaats. Dat kan:
  - rechtstreeks met het Zvw fonds (voorkeur NZa).
  - via de individuele verzekeraars (het huidige model van de ziekenhuisbudgettering). In dat geval zijn verzekeraars formeel partij bij de verrekening.
- Budgetmutaties kunnen leiden tot een hogere of lagere schadelast van individuele verzekeraars.
  - Dat zou gerechtvaardigd zijn bij hogere productie/ afgenomen zorgaanbod.

## I. Invoering per 2011

1. Scenario voorhangbrief
2. Knelpunten tijdpad voorhangbrief
3. Tijdpad 2010 voor invoering per 2011

## I.1. Scenario voorhangbrief

- Het scenario van de voorhangbrief gaat uit van de volgende stappen:
  - Invoeren van budgettering in 2011 (ziekenhuizen & ZBC's);
  - Vrije tarieven voor het onderling verkeer ziekenhuis / specialist per 2011;
  - Beperking van financieel risico van ziekenhuizen door contractafspraken tussen ziekenhuis en specialist.
  - WMG aanpassing regelt *via* declareren en beperking van loonaanspraak.

## I.2. Knelpunten tijdpad voorhangbrief

- Beleidsregels en voorbereiding van beschikkingen lopen vooruit op wetswijziging WMG.
- Om 1 januari 2011 te halen moeten de individuele contracten tussen ziekenhuis en specialist worden aangepast;
- Vereist aanpassing van contracten door lokale partijen vooruitlopend op wetswijziging WMG;
- Vereiste informatie uitvraag bij instellingen (met name ZBC's) moet vóór eind 2010 zijn voltooid en verwerkt in budgetten.

## I.3. Kritieke pad gericht op invoering in 2011

**28 juni  
2010**

- Advies naar VWS

**2 juli  
2010**

- Besluitvorming over invoering budgetmodel per 2011

**Juli  
2010**

- Aanwijzing aan NZa
- Nadere technische uitwerking budgetmodel o.a. mutatiesystematiek
- Start inventarisatie ZBC's
- Start met eerste oriënterende gegevensuitvraag bij het veld; historische omzet, aantal fte's en capita
- Start voorbereiden nadere regels en beleidsregels
- Start met opstellen richtlijnen, richtprijzen en voorbeeldcontracten

**juli  
septem-  
ber  
2010**

- Eventueel een extra gegevensuitvraag bij het veld
- Nadere regels en beleidsregel vaststellen
- Aanpassen DBC-tarieven in paralleltraject

**decem-  
ber  
2010**

- Wetswijziging vastgesteld en gepubliceerd
- Afgeven tariefbeschikking door de NZa
- Start aanpassing MTO's en individuele contracten ziekenhuizen/ZBC's en specialisten

**2010/  
2011  
?**

- Aanpassing MTO's en individuele contracten afgerond



## J. Overige juridische aspecten

- Gegevensverzameling ten behoeve van budgetvaststelling vraagt mogelijk handavingsinspanningen;
- Waar maximumtarieven gelden dient vast te staan welk deel van het maximumtarief als honorarium heeft te gelden voor de verrekening van de opbrengsten met het honorariumbudget.
- De gevolgen van de invoering van de budgettering moeten voldoen aan het eerste protocol EVRM (garandeert ongestoord genot van eigendom);
- Budgettering heeft gevolgen voor accounting bij ziekenhuizen: *via* declaraties geen deel van omzet, *aan* declaraties wel;