

**Uitvoeringstoets**  
**Budgettering honoraria**  
**medisch specialisten**

Een stap naar beheerste groei



## Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Budgethouderschap</b>	<b>13</b>
1.1 Inleiding	13
1.2 Ziekenhuis als budgethouder	13
1.3 Medisch specialisten als budgethouder	14
1.4 Randvoorwaarden model	15
1.5 Fiscale positie vrijgevestigd medisch specialisten en risico voor de overheid	15
1.6 Advies NZa	16
<b>2. Reikwijdte reguleringsmodel</b>	<b>17</b>
2.1 ZBC's en solopraktijken	17
2.2 Specialisten in loondienst	18
2.3 Overige categorieën	19
2.4 Uitvoeringsgevolgen	19
2.5 Advies NZa	19
<b>3. Gevolgen budgettering voor productieprijken</b>	<b>21</b>
3.1 Invloed budgetplafond	21
3.2 Relatie tussen ziekenhuisbudget en honorariumbudget	21
3.3 Lange termijn perspectief bekostiging medisch specialistische zorg	22
3.4 Advies NZa	23
<b>4. Budgetsystematiek</b>	<b>25</b>
4.1 Vaststellen van de hoogte van het budget	25
4.2 Budget op basis van historische omzet	25
4.3 Normatief budget	26
4.4 Gevolgen budgetinvoering en mogelijke noodzaak tot toepassen van een overgangsregime	28
4.5 Gegevensuitvraag en keuze voor grondslag budgettering	28
4.6 Budgetplafond of budget met onder- en bovengrens	29
4.6.1 Omzetplafond zonder vangnet	29
4.6.2 Garantie aan de onderkant (vangnet)	30
4.6.3 Omzetplafond en Z-waarde model	30
4.6.4 Conclusie en advies	31
4.7 Budgetmutaties	31
4.7.1 Wijzigingen in productieniveau	31
4.7.1.1 FB- en B-segment (2011)	32
4.7.1.2 Transitie-model bij invoering prestatiebekostiging	34
4.7.2 Budgetmutaties als gevolg van capaciteitswijzigingen of functie-uitbreiding/-afstoting	34
4.8 Advies NZa	35
<b>5. Regulering onderling verkeer instelling en specialist</b>	<b>37</b>
5.1 Inleiding	37
5.2 Vrij tarief en/of vrije prestatie	37
5.3 Mogelijke effecten van vrijgeven van tarieven voor onderlinge declaraties	38
5.4 Andere mogelijkheden van regulering	40
5.5 Private of publieke raamovereenkomsten	41
5.6 Advies NZa	42
5.6.1 Escalatiemodel	42

5.6.2	Ontwikkelmodel	43
<b>6.</b>	<b>Positie verzekeraars</b>	<b>45</b>
6.1	Algemeen	45
6.2	Rol verzekeraars in bestaande bekostiging	45
6.3	Belang verzekeraars bij budgettering honoraria	45
<b>7.</b>	<b>Tijdpaden</b>	<b>49</b>
7.1	Kritieke pad voor invoering in 2011	49
7.2	Tijdpad voor invoering in 2012	50
	<b>Bijlage 1. Verslag consultatiebijeenkomst</b>	<b>51</b>

## Vooraf

Op verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoek gedaan naar de technische uitwerking van een beheersingsmodel waarmee stappen worden gezet naar integrale bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten onder gelijktijdige beheersing van de uitgaven aan honoraria van de medisch specialisten. De uitkomsten van het onderzoek staan beschreven in deze uitvoeringstoets 'Budgettering honoraria medisch specialisten'. De uitvoeringstoets geeft weer hoe en onder welke voorwaarden een budgetmodel voor de honoraria van medisch specialisten kan worden ingevoerd.

Voor deze uitvoeringstoets is gebruik gemaakt van informatie uit gesprekken met individuele zorgaanbieders, zorgverzekeraars en brancheorganisaties. Wij bedanken iedereen die heeft meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

Voor de belangrijkste bevindingen verwijzen we naar de managementsamenvatting.

De Nederlandse Zorgautoriteit,



mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

Deze uitvoeringstoets is opgesteld op verzoek van de minister van VWS. De minister is voornemens om in 2011 een beheersingsmodel voor de uitgaven aan honoraria van medisch specialisten in te voeren. In de zogenaamde voorhangbrief van 27 april jl. aan de Eerste en Tweede Kamer staan de uitgangspunten van dit beheersingsmodel. De minister heeft de NZa gevraagd te bezien of invoering van het beheersingsmodel per 2011 technisch haalbaar is en hierover uiterlijk 28 juni advies te geven. Ook vraagt hij de NZa in de uitvoeringstoets in te gaan op een aantal aandachtspunten.

Aan deze uitvoeringstoets ligt een interne analyse van de NZa en een consultatie van de sector ten grondslag. De belangrijkste onderwerpen van dit advies zijn:

- het budgethouderschap dat bij de instelling komt te liggen;
- de reikwijdte van de budgettering;
- de gevolgen van budgettering voor productieprikkel;
- de budgetgrondslag;
- de mutatie van het budget;
- de regulering van het onderlinge verkeer tussen de instelling en de medisch specialist;
- de positie van de zorgverzekeraars;
- het kritieke pad voor invoering in 2011.

Het verslag van de consultatiebijeenkomst is als bijlage bij dit advies opgenomen.

### *Ziekenhuis als budgethouder*

De voorhangbrief gaat uit van het ziekenhuis als budgethouder. Dit is anders dan de huidige praktijk waarin de vrijgevestigde specialist doorgaans 'via' het ziekenhuis aan de patiënt/verzekeraar declareert. Ziekenhuizen gaan als gevolg van deze verandering mogelijk risico lopen over de honorariumomzet (over- of onderdekking). Om het budgethouderschap bij het ziekenhuis te beleggen, moet worden geregeld dat het ziekenhuis als enige declaratierecht heeft jegens de verzekeraar of patiënt. Ook zullen ziekenhuizen en specialisten hun overeenkomsten moeten herzien, voor zover die nu uitgaan van het 'via' declareren en/of onverenigbare 'loonafspraken' bevatten.

Als het zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigd medisch specialist komt te vervallen kan diens fiscale positie veranderen, waardoor de praktijkwaarde kan afnemen en ziekenhuizen belast kunnen worden met werkgeverspremies en loonheffing. De NZa adviseert om op voorhand duidelijkheid te creëren over de fiscale positie van de specialist. Aanhoudende onzekerheid over de fiscale status zal de invoering van het budgetmodel frustreren.

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) heeft eerder dit voorjaar informeel een alternatief model voorgesteld. Daarin richten de toegelaten vrijgevestigd specialisten per ziekenhuis een rechtspersoon of een stafmaatschap op. Deze rechtspersoon of stafmaatschap fungeert als budgethouder, declareert via het ziekenhuis en verdeelt de honorariumomzet onder de deelnemende specialisten (hierna 'het OMS model'). De NZa ziet als grootste nadeel van het OMS model dat er binnen de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) geen mogelijkheden zijn om de daarvoor vereiste overeenkomsten dwingend voor te schrijven. Het OMS model zou volgens de NZa overigens wel 'achter de voordeur' kunnen functioneren als het ziekenhuis het beheer

van het budget mandateert aan een stafmaatschap of rechtspersoon van de specialisten, zolang het ziekenhuis publiekrechtelijk aansprakelijk blijft voor (eventuele overschrijdingen van) het budget. Nadeel van die variant is naar de mening van de NZa dat in feite geen rechtstreekse zakelijke relatie tussen Raad van Bestuur van het ziekenhuis en de specialisten tot stand komt zolang de verdeling van middelen aan de stafmaatschap wordt overgelaten. Voor een beperkte overgangperiode zou het wel een aanvaardbaar model kunnen zijn. Een kanttekening hierbij is dat het nog onduidelijk is of deze constructie niet in strijd is met de Mededingingswet. Dit hangt af van de feitelijke omstandigheden en de uitleg die de NMa daaraan geeft.

#### *Reikwijdte van budgettering*

De NZa adviseert om ZBC's net als ziekenhuizen onder de honorariumbudgettering te brengen. Hiervoor is vereist dat alle circa 200 ZBC's individueel een budget en een beschikking krijgen. Indien ZBC's niet onder de honorariumbudgettering zouden vallen ontstaat een verder verschil in de bekostiging van ziekenhuizen en ZBC's wat strategische substitutie van ziekenhuizen naar ZBC's zou stimuleren.

In beginsel zou aanbodssubstitutie ook kunnen ontstaan van ziekenhuizen en ZBC's naar solopraktijken en privéklinieken.<sup>1</sup> Om dat te voorkomen zouden deze twee typen zorgaanbieders eveneens onder de honorariumbudgettering moeten worden gebracht. De NZa acht de uitvoeringslasten daarvan echter zo groot dat dit praktisch niet uitvoerbaar is. Voor zover substitutie wel ontstaat kan dit tot minder toegankelijke medisch specialistische zorg in ziekenhuizen en ZBC's leiden, maar de NZa acht dit risico beperkt voor het merendeel van de specialismen.

De honorariumomzet in het B-segment is zowel voor vrijgevestigde specialisten als voor specialisten in loondienst volumeafhankelijk. Dit betekent dat ook de omzet die door medisch specialisten in loondienst in het B-segment wordt gegenereerd onder de honorariumbudgettering moet worden gebracht.

#### *Budgettering en productieprikkel*

Een vast budget biedt de beste mogelijkheden voor de uitgavenbeheersing op korte termijn maar is nadelig voor de productiviteit, zoals ook uit de lange wachtlijsten uit het recente verleden blijkt. Momenteel zijn de productieprikkel van ziekenhuis en medisch specialist wel gelijkgericht maar niet even groot. De kosten van de A-segment productie zijn voor ziekenhuizen gebudgetteerd, terwijl de honoraria voor specialisten geheel productieafhankelijk zijn. De NZa acht deze ongelijke prikkels onwenselijk. Een mogelijk eindperspectief voor de bekostiging van medisch specialistische zorg is vraaggestuurde prestatiebekostiging op basis van integrale tarieven. Met het oog op dit eindperspectief is het opnieuw budgetteren van de honoraria van medisch specialisten een verdedigbare tussenstap. De consistentie tussen de bekostiging van ziekenhuis en medisch specialist neemt daardoor toe. De medisch specialistische zorg kan dan als geheel de transitie naar integrale prestatiebekostiging maken. Aangezien de ziekenhuisbekostiging deels productieafhankelijk is, is de NZa van

---

<sup>1</sup> Privéklinieken zijn behandelcentra zonder WTZi toelating (Wet toelating zorginstellingen) die zorg verlenen waarop geen aanspraak bestaat ingevolge artikel 6 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet. Bovendien betreft het alleen behandelcentra waarin BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren werkzaam zijn die handelingen verrichten als bedoeld in artikel 36 van de Wet BIG (definitie die wordt gehanteerd door de IGZ).



mening dat ook het honorariumbudget, in gelijke mate als de ziekenhuisomzet, moet meebewegen met het productieniveau.

#### *Budgetsystematiek*

Het honorariumbudget kan in theorie worden gebaseerd op de historische omzet of op een normatief bedrag per fte.

Als voor historische omzet als budgetbasis wordt gekozen zal de historische omzet moeten worden gelijkgetrokken met het beschikbare BKZ (budgettair kader zorg). De tariefkortingen die de NZa zal vaststellen in verband met de BKZ overschrijdingen moeten als gevolg van een gerechtelijke uitspraak en de aanwijzing van de minister van 7 mei 2010 zo mogelijk per specialisme worden gedifferentieerd. Dat compliceert de vaststelling van de historische omzet per ziekenhuis omdat deze gecorrigeerd zal moeten worden voor de specifieke korting die voor de individuele specialismen van toepassing is. Daarnaast is de historische omzetbenadering niet toepasbaar op nieuwe toetreders.

Aan de variant van een normatief bedrag per fte, kleeft een aantal nadelen. Zo is voor het begrip 'fte' geen eenduidige definitie te geven. Ook wordt er geen eenduidige registratie van het werkzame aantal fte medisch specialisten gehanteerd. Beide punten leiden naar verwachting tot een aanzienlijke herverdeling van middelen ten opzichte van de historische omzet. Als voor een normatief bedrag per fte wordt gekozen moet ook een normatief bedrag worden vastgesteld dat op het BKZ geënt zal moeten worden.

Om de gevolgen voor de omzet van de invoering van honorariumbudgetten in kaart te brengen, heeft de NZa gegevens nodig per ziekenhuis en per ZBC waarover zij nu nog niet beschikt. Als de gevolgen op individueel niveau sterk uiteenlopen, moet wellicht aan een overgangsregime worden gedacht. Om meer inzicht te verkrijgen in de gevolgen en de haalbaarheid van de twee mogelijke budgetgrondslagen zal de NZa bij ziekenhuizen (ca. 100) en bij ZBC's (ca. 200) de benodigde gegevens moeten uitvragen. De NZa zal deze gegevensuitvraag opstarten als zij van de Minister de opdracht hiertoe heeft gekregen.

#### *Mutatie van het budget*

De budgetten kunnen van jaar tot jaar muteren op basis van productieveranderingen en capaciteitsveranderingen (als gevolg van aantrekken of afstoten van individuele medisch specialisten of als gevolg van het uitbreiden of afstoten van delen van het zorgaanbod). Gedurende de transitiefase is het wenselijk om wijzigingen in het productieniveau te verwerken in de budgetten om nog enige productieprikkel te houden.

Een mogelijk werkbaar alternatieve basis voor de budgetmutatie op basis van productieveranderingen is een weging van de verandering van het FB-budget (exclusief de kapitaallastenmutatie en de mutatie voor loonkosten specialisten in loondienst) en de B-segment omzet. Hierbij kan worden gekozen of het honorariumbudget één op één of juist gedempt meebeweegt met de gewogen verandering van het FB-budget en de B-omzet. Andere alternatieven, gericht op gedifferentieerde groei per specialisme, lijden al snel tot zeer gedetailleerde en complexe berekeningen en hoge administratieve lasten.

Als in enig jaar het transitie-model naar invoering van prestatiebekostiging (het 'Z-waarde model') wordt ingevoerd dan ligt het voor de hand om het honorariumbudget aan te laten grijpen bij het ziekenhuistransitie-model. Dit betekent dat de budgetten met een

dempingsfactor meebewegen met de DOT-zorgproductie. Voorwaarde hierbij is wel dat de DOT-zorgproducten onderbouwde tarieven kennen met herijkte honorariumcomponenten die aansluiten bij de daadwerkelijke (gemiddelde) inspanning van specialisten per zorgproduct. De vervolgstap richting het eindmodel kan dan zijn het bij elkaar voegen van de gelijk lopende kosten- en honorariumbudgetten tot een integraal budget.

Bij een adequate budgetmutatie op basis van productieverandering is mutatie op basis van capaciteitsverandering niet nodig, omdat capaciteitsveranderingen leiden tot productieveranderingen die tot de vereiste budgetmutatie leiden. Als de honorariumbudgetten echter op een normatief bedrag per fte worden gebaseerd en de budgetmutatie op basis van productieveranderingen volstaat niet, moet ook met capaciteitsveranderingen rekening worden gehouden.

Voor de mutatie van de honorariumbudgetten kan tenslotte worden gedacht aan een model waarin onderlinge overdracht van omzetrechten tussen instellingen wordt toegestaan. Als het ene ziekenhuis of ZBC extra budgetruimte hoger waardeert dan een ander ziekenhuis of ZBC, kunnen de instellingen onderling budgetruimte overdragen. Op deze manier kan een herverdeling van productie plaatsvinden bij een in beginsel vast budget.

#### *Onderling verkeer ziekenhuis – medisch specialist*

Als het ziekenhuis de budgethouder van het honorariumbudget wordt dan gaat het ziekenhuis over de verdeling tussen de specialismen. De specialisten leveren en declareren in dat geval de productie aan het ziekenhuis. De voorhangbrief gaat hierbij uit van een vrij tarief. Op grond van de Wmg is wel een door de NZa vastgestelde prestatie vereist. Dat kunnen de bestaande DBC's, de losse zorgactiviteiten, een algemene prestatie of een lokaal overeen te komen prestatie zijn. Indien een algemene prestatie omschrijving wordt ingevoerd hebben partijen de vrijheid om binnen de prestatieomschrijving onderling nadere inhoudelijke afspraken te maken.

Een vrij tarief voor het onderlinge verkeer zet verdere druk op het nieuwe risico dat het ziekenhuis als honorariumbudgethouder loopt. Ook betekent een vrij tarief dat het ziekenhuis en de medisch specialisten onderling afspraken moeten maken over de beprijzing van het onderlinge verkeer. Dit is een fundamentele beleidswijziging waarbij een einde wordt gemaakt aan een regime dat decennialang de declaraties van honoraria en de verhouding tussen ziekenhuis en specialisten heeft bepaald. Mede met het oog op behoorlijk bestuur is het de vraag of een dergelijke verandering zonder overgangsregeling verantwoord is. Daarbij is ook van belang dat uit het NZa visiedocument marktimperfecties en het RVZ advies over het loslaten van de numerus fixus blijkt dat in de verhouding tussen specialisten en ziekenhuis geen sprake is van evenwichtige marktverhoudingen.<sup>2</sup> Een eventuele overgangsregeling zou gericht kunnen zijn op het gefaseerd introduceren van het budgetniveau en/of een tijdelijke vorm van tariefregulering van het onderlinge verkeer.

Gelet op de risico's voor met name de ziekenhuizen, is de NZa van mening dat de invoering van honorariumbudgettering niet zonder adequate overgangsmaatregelen kan worden ingevoerd. Als uiteindelijk eindmodel heeft de NZa de voorkeur voor een situatie waarin

---

<sup>2</sup> Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg; Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden? Februari 2010.

ziekenhuizen en specialisten onderling afspraken maken over de vergoeding van de inzet van de medisch specialisten.

De NZa stelt om dit eindmodel te realiseren, het volgende model voor:

- Bij invoering van het budgetmodel is sprake van gereguleerde tarieven voor de onderlinge declaraties. Dat is niet de klassieke tariefregulering op DBC-niveau, maar een bandbreedte tarief voor de algemeen omschreven prestatie 'onderlinge dienstverlening'. De bandbreedte geeft de grenzen aan voor de verdeling van de honorariumomzet tussen ziekenhuis en specialisten en tussen specialisten onderling.
- Er komt een mogelijkheid om ontheffing van de tariefregulering te verkrijgen, indien aan een aantal nader vast te stellen voorwaarden is voldaan. Die voorwaarden worden in een beleidsregel van de NZa vastgelegd. Daarmee wordt tevens richting gegeven aan de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en specialisten.
- Indien voldoende ziekenhuizen ontheffing hebben aangevraagd en de verhoudingen tussen specialisten en ziekenhuizen meer in evenwicht zijn, kan de regulering algemeen worden losgelaten.

#### *Positie van de zorgverzekeraars*

Honorariumbudgettering zet een rem op de schadelast voor verzekeraars. Als het honorariumbudget wordt gebaseerd op een normbedrag per fte kunnen de daaruit volgende herverdelingseffecten onder instellingen ook effecten hebben voor de verzekeraars. Naar verwachting middelt dit uit voor de grote verzekeraars maar voor kleine regionale verzekeraars mogelijk niet. Een ander punt van aandacht is de verrekening van eventuele opbrengstoverschotten (als de honorariumdeclaratie hoger ligt dan de budgetruimte). Deze verrekening kan via de individuele verzekeraar geschieden of rechtstreeks via het zorgverzekeringsfonds. Rechtstreekse verrekening heeft de voorkeur van de NZa omdat lokale opbrengstovereenkomsten geen toegevoegde waarde hebben uit oogpunt van controle.

Een gevolg van het neerleggen van het budgethouderschap bij het ziekenhuis, is dat het declaratierecht van de specialist overgaat op het ziekenhuis. Materieel heeft dit voor verzekeraars geen gevolgen aangezien ze in de praktijk nu ook met het ziekenhuis onderhandelen (het ziekenhuis kan er voor kiezen om de medisch specialist aan te laten schuiven bij de onderhandeling).

Vanuit de zorgplicht bezien is een eventuele productiestagnatie als gevolg van de honorariumbudgettering een rechtstreeks belang voor de verzekeraars. In dergelijke gevallen kan de verzekeraar een alternatieve aanbieder zoeken of samen met de instelling een verzoek tot budgetverhoging indienen.

#### *Standpunten van geconsulteerde partijen*

De NZa heeft de beleidsvoornemens en de mogelijke uitwerking daarvan voorgelegd aan de veldpartijen. Alle betrokken partijen zijn van mening dat het gaat om een ingrijpende maatregel, met veel uitvoeringstechnische knelpunten. Daarnaast zijn zowel ziekenhuizen als specialisten van mening dat weliswaar afspraken in de privaatrechtelijke sfeer over betalingen de voorkeur verdienen, maar dat met de introductie van de budgettering een vorm van publiekrechtelijke regulering van het onderlinge verkeer gewenst is.

#### *Invoering van beheersingsmodel per 2011 niet mogelijk*

Op basis van voorliggend advies zal de minister van VWS een besluit nemen over de invoering van het beheersingsmodel. De minister zal de NZa vervolgens een opdracht moeten geven om de gegevensuitvraag op te starten die noodzakelijk is voor de nadere technische uitwerking van

het budgetmodel. Het uitvragen van de benodigde gegevens en de analyse van die gegevens zal naar verwachting een doorlooptijd van vier maanden hebben. Dit betekent dat de NZa op zijn vroegst in november 2010 over de benodigde informatie beschikt om budgetten vast te kunnen stellen. Voor zorginstellingen, medisch specialisten en zorgverzekeraars is dit te laat voor de aanpassing van de MTO's, de aanpassing van de individuele contracten tussen instelling en medisch specialist en de contractering met de zorgverzekeraars.

Daarnaast zullen ziekenhuizen pas starten met het aanpassen van de contracten als (redelijk) zeker is dat budgettering doorgang vindt en als duidelijk is welke wettelijke bepalingen van toepassing zijn op de behandelovereenkomst. Het is vooralsnog onduidelijk wanneer de Tweede Kamer het wetsvoorstel gaat behandelen. De NZa is van mening dat partijen voor de aanpassing van de MTO en toelatingscontracten aan de nieuwe situatie een redelijke termijn moeten krijgen van zes maanden na wetwijziging. Zes maanden is een algemeen gehanteerde redelijke overgangstermijn voor grote stelselwijzigingen.

Het voorgaande betekent dat het niet haalbaar is om het beheersmodel per 1 januari 2011 in te voeren. Tijdens de consultatie is dat ook door partijen onderschreven. De NZa adviseert dan ook om de budgettering in te voeren op 1 januari 2012.

# 1. Budgethouderschap

## 1.1 Inleiding

De voorhangbrief gaat uit van een aantal maatregelen ten aanzien van de omzet van de honorariumdeclaraties:

- Er wordt per instelling een (maximale) omzet of honorariumbudget vastgesteld.<sup>3</sup>
- De gedeclareerde opbrengsten die het vastgestelde honorariumbudget te boven gaan, worden verrekend.
- De budgethouder loopt risico over het honorariumbudget: het honorariumbudget stelt een grens aan de omzet, de budgethouder is er voor verantwoordelijk dat zijn uitgaven (de aan medisch specialisten te betalen vergoeding) binnen de grenzen van het honorariumbudget blijven.

In deze paragraaf wordt nader uiteengezet welke gevolgen dit heeft voor de ziekenhuizen en andere aanbieders van medisch specialistische zorg en onder welke randvoorwaarden dit model kan worden ingevoerd.

## 1.2 Ziekenhuis als budgethouder<sup>4</sup>

De voorhang gaat uit van het ziekenhuis als budgethouder. In de huidige situatie maken de gedeclareerde honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten geen deel uit van de ziekenhuisomzet. De vrijgevestigd specialist declareert via het ziekenhuis aan de patiënt/verzekeraar. Het ziekenhuis treedt op als administratiekantoor voor de medisch specialist. In de budgetten van de ziekenhuizen zijn de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten niet opgenomen. De tarieven die de specialisten declareren zijn zowel in het A als B-segment gereguleerd.

Aangezien het ziekenhuis declareert aan de verzekeraar, ligt het voor de hand om het ziekenhuis als budgethouder aan te wijzen. Dat heeft tot gevolg dat de omzet (de gedeclareerde honorariabedragen uit de DBC) deel gaat uitmaken van de ziekenhuisomzet. Het ziekenhuis kan hier eventueel een resultaat op behalen (het resultaat is het verschil tussen het budget en de uitgaven aan medisch specialisten) en zal de omzet in de jaarrekening moeten verantwoorden. Die verantwoording is hoe dan ook essentieel om eventuele overschrijdingen van het budget te kunnen verrekenen.<sup>5</sup>

De NZa merkt op dat met de budgettering niet het inkomen van de individuele medisch specialist wordt bepaald. Dat zal vooral worden bepaald door de afspraken van de specialist met het ziekenhuis. Te verwachten is wel dat de maatregel inkomensgevolgen heeft. Immers, de totale beschikbare ruimte zal lager liggen dan de huidige omzet. De Wmg biedt echter geen wettelijke mogelijkheden om inkomensbeleid te voeren. Het is wel mogelijk om de omzet van een individuele aanbieder

<sup>3</sup> In het vervolg van dit advies hanteren we de term honorariumbudget om het onderscheid te maken met het huidige FB-budget van de ziekenhuisbesteding.

<sup>4</sup> In dit advies wordt met ziekenhuizen bedoeld: de algemene en academische ziekenhuizen die nu een vorm van (FB-) budgettering kennen. In hoofdstuk 2 wordt meer in detail op de reikwijdte van de budgetteringsmaatregel ingegaan.

<sup>5</sup> Onder bepaalde voorwaarden is het wellicht mogelijk om de honorariumomzet in de jaarrekening buiten de ziekenhuisomzet te houden. Dat kan voordelig zijn voor een instelling. E.e.a. vergt nadere afstemming met de Raad voor de jaarverslaglegging (RJ) en de regeling jaarverslaggeving zorginstellingen.

(het totaal van de in rekening te brengen tarieven) aan een grens te binden. Dat is echter in het geval van de medisch specialisten praktisch onuitvoerbaar.

### **1.3 Medisch specialisten als budgethouder**

De Orde van medisch specialisten heeft eerder dit voorjaar in een informeel ambtelijk overleg een ander model gesuggereerd. In dat model wordt er per ziekenhuis door de toegelaten vrijgevestigd specialisten een rechtspersoon of een stafmaatschap opgericht die als budgethouder fungeert. Deze rechtspersoon of stafmaatschap declareert via het ziekenhuis en verdeelt de omzet over de deelnemende specialisten.

Het model lijkt op de lokale initiatieven (lumpsumovereenkomsten) die tot 2008 in de meeste ziekenhuizen een vorm van honorariumbudgettering vormden. De lokale initiatieven waren echter een vrijwillige overeenkomst (tussen ziekenhuis, specialisten en verzekeraars). Er was geen sprake van een publiekrechtelijke verplichting, maar van vrijwillige overeenkomsten. Niet alle ziekenhuizen deden mee en in een aantal ziekenhuizen bleven maatschappen buiten de overeenkomst. De NZa ziet dat ook als grootste nadeel van dit alternatief: er zijn geen mogelijkheden binnen de Wmg om een overeenkomst zoals de Orde voorstelt dwingend voor te schrijven. Om die reden is de NZa geen voorstander van deze mogelijkheid.

Een model waarbij het ziekenhuis als het ware het beheer van het budget mandateert aan een stafmaatschap of rechtspersoon van de specialisten, moet in ieder geval niet door de regelgeving worden belemmerd. In een dergelijk model blijft het ziekenhuis publiekrechtelijk aansprakelijk voor het budget en eventuele overschrijdingen, maar wordt de verdeling in eigen huis aan de specialisten overgedragen.<sup>6</sup> Voordeel hiervan is dat het ziekenhuisbestuur niet rechtstreeks betrokken is bij de verdeling van middelen. Dit is tevens aan te merken als een nadeel omdat daarmee de facto geen wijziging wordt gebracht in de relatie tussen specialist en bestuur van het ziekenhuis. Voor de korte termijn beperkt het model echter de transactiekosten van de onderhandelingen. Om die reden zou het als tijdelijk alternatief kunnen worden geaccepteerd.

De stafmaatschap is niet aan te merken als een zorgaanbieder in de zin van de Wmg en kan dan ook niet rechtstreeks als budgethouder worden aangewezen.<sup>7</sup> Het ziekenhuis wordt en blijft, ook bij toepassing van dit model, in publiekrechtelijke zin aanspreekbaar op het budget en voor de verrekening van overschrijdingen van het budgetniveau.

Bij een mandaatmodel zal ook geen sprake zijn van substitutie tussen ziekenhuisbudget/-omzet en de honoraria. Op dit aspect wordt in hoofdstuk 5 nader ingegaan.

---

<sup>6</sup> Met de NMa moet nog worden afgestemd of het niet in strijd is met de Mededingingswet.

<sup>7</sup> Wel is de stafmaatschap zorgaanbieder in de zin van factormaatschappij. De plichten van de factormaatschappij zijn echter afgeleid van die van de medisch specialisten zelf, zodat er geen grondslag is om aan de stafmaatschap een eigen budget af te geven. Een rechtspersoon zou als zorgaanbieder (niet zijnde factormaatschappij voor specialisten) wel een eigen budget kunnen krijgen. Maar dan moet die rechtspersoon ook daadwerkelijk de zorgaanbieder worden die zorg levert c.q. waarmee de patiënten contracteren, i.p.v. met de specialisten. Dit leidt reguleringstechnisch tot een complexe situatie omdat er een extra schakel ontstaat in het declaratieproces (het ziekenhuis declareert, de rechtspersoon declareert als die eigen budget zou hebben, en de vrij gevestigde specialisten declareren ook aan de rechtspersoon).

## 1.4 Randvoorwaarden model

Om een model met het ziekenhuis als budgethouder mogelijk te maken, moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan. De belangrijkste daarvan is dat het ziekenhuis als enige declaratierecht heeft jegens de verzekeraar of patiënt. Op dit moment heeft de vrijgevestigd medisch specialist een zelfstandig declaratierecht, respectievelijk een 'recht op loon' jegens de patiënt/verzekeraar. Dit declaratierecht vloeit voort uit het BW. Achtereenvolgens zijn hiervoor de volgende stappen vereist:

- Een wetsaanpassing; er moet wettelijk geregeld zijn dat de specialist geen zelfstandig declaratierecht meer heeft jegens de verzekeraar/patiënt. Dat betekent dat het 'via' declareren wordt verboden.
- Een aanwijzing van de Minister aan de NZa. Daarmee zal de NZa de declaratiebepalingen voor specialisten wijzigen.
- Als uitvloeisel van de vorige twee stappen, zullen ziekenhuizen en specialisten hun toelatingsovereenkomsten moeten herzien, voor zover die nu uitgaan van het 'via' declareren.

Hiermee zou zijn geregeld dat het ziekenhuis als enige een declaratierecht heeft voor zowel de ziekenhuiskosten als de honoraria. Vervolgens dient een budget per instelling te worden vastgesteld op grond waarvan de omzet van het ziekenhuis aan gedeclareerde honoraria wordt beperkt. Die budgettering kan op grond van de Wmg worden ingevoerd.

Op 1 juni 2010 is het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging Wmg (AIB Wmg) aangeboden aan de Tweede Kamer. Er is nog geen datum bekend waarop de wetwijziging wordt behandeld. De NZa merkt op dat invoering van het budgetmodel met het ziekenhuis als budgethouder alleen mogelijk is indien de wetwijziging is doorgevoerd. Het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging Wmg vormt ondermeer de wettelijke grondslag voor het budgetmodel medisch specialisten.

## 1.5 Fiscale positie vrijgevestigd medisch specialisten en risico voor de overheid

De vrijgevestigd medisch specialisten hebben in de huidige situatie een (fiscale) status als ondernemer.<sup>8</sup> Het zelfstandig declaratierecht is één van de criteria die door Financiën worden gehanteerd om te beoordelen of sprake is van vrij ondernemerschap of niet.

De wijze van regulering zou niet moeten dwingen tot een bepaalde organisatievorm. Indien echter de keuze voor een publiekrechtelijke regulering zou leiden tot verlies van de status van vrij ondernemer, dan ziet de NZa daarbij de volgende risico's:

- De ziekenhuizen kunnen alsnog worden aangemerkt als werkgever van de specialist en krijgen op grond daarvan een navordering voor loonheffing en sociale verzekeringspremies; wijziging in de fiscale positie kan daarnaast consequenties hebben voor vergoedingen die de ziekenhuizen nu ontvangen van specialisten voor administratieve diensten en andere faciliteiten.
- De specialist verliest de fiscale voordelen van het vrije ondernemerschap.
- De waarde van de praktijken zal dalen (goodwill).

<sup>8</sup> Brief Financiën, 'Fiscale positie medisch specialisten', DGB 2010-672, 15 maart 2010.

Of de specialist de status van vrij ondernemer behoudt, wordt vooral bepaald door de inhoud van de overeenkomsten met de ziekenhuizen en door het feitelijk handelen van de contractanten. Aangezien het daarbij gaat om privaatrechtelijke overeenkomsten, is er vanuit de Wmg niets te zeggen over de gevolgen van de regulering voor de fiscale status.

## **1.6 Advies NZa**

De NZa heeft geen directe bevoegdheden als het gaat om de fiscale positie van de specialisten. Keuze voor het vrije beroep, loondienst of andere contractvorm is aan specialist en ziekenhuis. Het risico echter dat achteraf door de Inspecteur voor belastingen of het Ministerie van Financiën een specialist niet meer als vrije beroepsbeoefenaar zou worden aangemerkt, is een knelpunt in de invoering van het budgetmodel en daarmee een afbreukrisico voor het beleid. De NZa adviseert daarom om op voorhand duidelijkheid te verschaffen omtrent de fiscale positie van de specialist. Aanhoudende onzekerheid over de fiscale status zal de invoering van het budgetmodel frustreren.



## 2. Reikwijdte reguleringsmodel

### 2.1 ZBC's en solopraktijken

Behalve in ziekenhuizen wordt medisch specialistische zorg ook aangeboden door ZBC's en extramuraal werkzame specialisten in een solopraktijk. Voorts zijn er nog de privéklinieken die uitsluitend niet verzekerde zorg aanbieden.

De ZBC's hebben een toelating op grond van de WTZi.<sup>9</sup> In tegenstelling tot de ziekenhuizen zijn zij niet gebudgetteerd voor het A-segment met geregleerde prijzen. ZBC's hanteren dezelfde DBC-tarieven (met een geregleerd honorariumtarief) als de ziekenhuizen, zij het dat die tarieven voor de ZBC's als maximumtarief gelden.

Indien de ZBC's buiten het budgetmodel voor de honoraria worden gehouden, heeft dat een ongewenst verschil in regulering tot gevolg. Het kan dan voor de specialisten gunstig zijn om de productie te verschuiven van ziekenhuis naar ZBC. Om die reden zal het model ook van toepassing moeten zijn op ZBC's. Op de uitvoeringsgevolgen wordt hierna verder ingegaan.

De NZa heeft in haar uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie' van oktober 2009 geadviseerd om geen budgetmodel voor de kosten in te voeren voor de ZBC's, ook niet als transitie-model naar prestatiebekostiging. Invoering van een honorariumbudget betekent echter dat de situatie ontstaat dat er een budgetsysteem geldt voor de honoraria in combinatie met een volledig variabele omzet voor de kosten (in wezen de omgekeerde situatie als nu voor de ziekenhuizen in het A-segment). Het zou dan meer voor de hand liggen om, in afwijking van de uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie' zowel de kosten als de honoraria uit de ZBC omzet onder het transitie-model te brengen.

Binnen de ZBC's zijn verschillende modellen gangbaar voor de verhouding tussen instelling en specialist. Zowel loondienst als vrije vestiging komt voor, daarnaast is een aanzienlijk aantal specialisten eigenaar van de ZBC.

Solopraktijken zouden in beginsel om dezelfde reden onder de budgetteringsmaatregel moeten worden gebracht. De NZa acht dat praktisch niet uitvoerbaar. Gegeven de omstandigheid dat een groot deel van de medisch specialistische zorg om redenen van kwaliteit niet buiten instellingen kan worden aangeboden, is het weglekrisico beperkt. Echter, de NZa verwacht dat aanbieders met verschillende constructies zullen trachten de budgetteringsmaatregel te ontwijken. Dat zal door regelgeving, adequaat toezicht en handhaving moeten worden ondervangen.

Behalve ZBC's en solopraktijken zijn er naast de ziekenhuizen ook 'privéklinieken'. In deze klinieken wordt uitsluitend niet verzekerde zorg geleverd. De bestaande tariefregulering is formeel ook van toepassing op de niet verzekerde zorg.

Onder de budgettering brengen van deze privéklinieken zal juridisch en uitvoeringstechnisch erg lastig zijn. Onduidelijk is of en zo ja in welke

---

<sup>9</sup> Vrije beroepsbeoefenaren hebben ook een toelating ex WTZi, maar krijgen een toelating zonder aanvraag/toetsing.

mate zij hebben bijgedragen aan de BKZ overschrijding. Bovendien kennen zij, evenals de ZBC's, op dit moment geen vorm van individuele tariefbeschikkingen, waardoor het aantal klinieken en de omzet per kliniek niet bekend zijn. Hierbij wordt opgemerkt dat vanaf 29 mei 2010 alle privéklinieken zich verplicht moeten inschrijven in het zorgregister van de IGZ. Hiermee komt de vrijwillige registratie bij de IGZ voor privéklinieken te vervallen.

Om praktische redenen verdient het de voorkeur om privéklinieken niet bij de budgetregulering te betrekken. Dat heeft echter het nadeel dat er een risico op weglekken van capaciteit ontstaat omdat het financieel aantrekkelijker wordt om in een privékliniek te werken dan in een gereguleerd ziekenhuis.

## **2.2 Specialisten in loondienst**

Behalve vrijgevestigd specialisten, zijn er ook specialisten in loondienst van het ziekenhuis. Bij de UMC's zijn alle specialisten in loondienst.<sup>10</sup> Bij algemene ziekenhuizen waar specialisten in loondienst zijn, komen twee situaties voor:

- loondienst waarvoor het ziekenhuis een budgetvergoeding ontvangt;
- loondienst waarvoor het ziekenhuis geen budgetvergoeding ontvangt, maar waar het ziekenhuis de loonkosten van de specialisten betaalt uit de gedeclareerde opbrengst (zonder budgetmaximum), de ziekenhuispraktijken.

In het B-segment vormen de gedeclareerde honorariumtarieven voor de specialisten in loondienst omzet voor de ziekenhuizen zonder dat sprake is van een budgetmaximum. Op korte termijn zal daarom in ieder geval de B-omzet voor de ziekenhuizen met specialisten in loondienst ook onder de honorariumbudgettering gebracht moeten worden. Hier bedoelen we specifiek de ziekenhuizen die in het A-segment een loondienstvergoeding krijgen voor de specialisten in loondienst. Voor de ziekenhuizen die nu geen loondienstvergoeding (meer) in het budget hebben, moet de gehele honorariumomzet onder de honorariumbudgettering worden gebracht (A en B-segment).

Bij de ziekenhuizen met een loondienstvergoeding in het budget zijn er verschillende mogelijkheden om de B-omzet honoraria onder de honorariumbudgettering te brengen:

- Het ongedaan maken van de budgetverlaging van de loondienstvergoeding in het ziekenhuisbudget die is uitgevoerd toen het B-segment werd ingevoerd /uitgebreid. Daarmee wordt voor loondienstsituaties de oude genormeerde vergoeding in ere hersteld.
- De B-omzet honoraria opnemen in het ziekenhuisbudget op basis van historische omzet.

Voor de B-omzet ligt de historische omzet als basis voor het budget het dichtst bij de huidige situatie. Wanneer de FB-budgettering wordt afgeschaft, zal overheveling van de loondienstvergoeding van het ziekenhuisbudget naar het honorariumbudget moeten plaatsvinden. In hoofdstuk 4 van dit advies gaat de NZa nader in op de uitvoering van de budgetsystematiek en het vaststellen van de grondslagen voor het budget.

---

<sup>10</sup> Bij categorale ziekenhuizen (revalidatie o.a.) is in het algemeen sprake van loondienst. Deze categorie blijft in dit advies buiten beschouwing, aangezien zij geen DBC's met een apart honorariumtarief declareren.

## 2.3 Overige categorieën

Er is binnen de ziekenhuisbekostiging behalve de DBC-omzet nog een aantal andere vormen van omzet van medisch specialistische zorg, die hierna achtereenvolgens worden genoemd.

### *Kaakchirurgie*

De kaakchirurgen declareren nog geen DBC's en waren ook niet betrokken bij het uurtarief. In de lumpsumovereenkomsten tot 2007 hebben zij ook nooit geparticipeerd. Voor de budgettering kunnen zij buiten beschouwing blijven.

### *Revalidatie*

In de revalidatie-instellingen zijn de revalidatieartsen in loondienst. Er is geen aparte declaratie van honoraria, de loondienstvergoeding is integraal onderdeel van de budgetparameters. Dat geldt ook voor de revalidatie die in ziekenhuizen wordt uitgevoerd. Deze maakt geen deel uit van het B-segment. De NZa stelt voor om deze vergoedingen vooralsnog ongewijzigd te laten en niet in de honorariumbudgettering te betrekken.

### *Zelfstandige radiotherapeutische centra*

Er is tenminste één centrum met vrijgevestigde radiotherapeuten. De centra zijn gebudgetteerd en leveren geen zorg in het B-segment.

### *Onderlinge dienstverlening*

De onderlinge dienstverlening van instellingen kent vrije tarieven en maakt geen onderdeel uit van de instellingsbudgetten. De honoraria kennen geen vrij tarief. Het is uitvoeringstechnisch gecompliceerd om de honoraria van de onderlinge dienstverlening buiten de budgettering te houden en de NZa stelt dan ook voor om die omzet onderdeel van het budget te laten zijn.

### *Niet verzekerde zorg (3<sup>e</sup> compartiment)*

Hiervoor gelden geen vrije honorariumtarieven. De omzet van 3<sup>e</sup> compartimentzorg in de ziekenhuizen zou dan ook onderdeel moeten zijn van het budget. In sectie 2.1 is al ingegaan op de positie van de privéklinieken.

## 2.4 Uitvoeringsgevolgen

ZBC's kennen nu geen budgetten of individuele tarieven. Om budgettering van de ZBC's uit te kunnen voeren, dienen ze individueel een budget en een beschikking te krijgen. Alle ZBC's met een toelating die daadwerkelijk actief zijn en dat willen blijven, zullen zich bij de NZa moeten melden en een beschikking vragen waarin het honorariumbudget is vermeld. Het gaat om een kleine 200 instellingen.

## 2.5 Advies NZa

Samengevat adviseert de NZa om de volgende aanbieders van somatische medisch specialistische zorg onder de werking van het budgetmodel te brengen:

- algemene ziekenhuizen (inclusief Oogziekenhuis, St Maartenskliniek en NKI/AvL);
- zelfstandige radiotherapeutische centra;
- UMC's;
- ZBC's.

Daarmee blijven de volgende categorieën buiten de budgettering:<sup>11</sup>

- solopraktijken;
- privéklinieken die uitsluitend niet verzekerde zorg leveren;
- revalidatie-instellingen;
- kaakchirurgen.

---

<sup>11</sup> De (vrijgevestigde) psychiaters vallen niet onder het budgetmodel.

### 3. Gevolgen budgettering voor productieprikkel

#### 3.1 Invloed budgetplafond

Met invoering van honorariumbudgettering wordt teruggegrepen op het model van omzetmaximering dat voor de ziekenhuizen nog steeds voor de omzet in het gereguleerde segment geldt. In het verleden heeft het budgetstelsel voor de ziekenhuizen in combinatie met opeenvolgende budgetkortingen geleid tot verstarring en zijn er bij de aanbieders wachtlijsten ontstaan. Die wachtlijstproblematiek leidde vervolgens tot aanvullende ad hoc maatregelen.

Het honorariumbudget zoals dat onder de lokale initiatieven werd toegepast leidde ook tot een sterk verminderde groei in de gedeclareerde productie. Tot aan 2000 was sprake van vaste, productie onafhankelijke budgetten. Dat gold zowel voor de honorariumlumpsum als voor de ziekenhuisbudgetten. Algemeen wordt dit gezien als een van de oorzaken van het ontstaan van wachtlijsten.

In het algemeen gaat van een vast budget geen prikkel uit tot hogere productie. Als sprake is van een omzetplafond (dat wil zeggen zonder gegarandeerde omzet aan de onderkant) dan zal de productieprikkel aanwezig zijn tot aan het omzetplafond. Extra productie boven het omzetplafond levert immers geen extra omzet meer op. Om die reden zijn de FB-budgetten en de lumpsum bedragen vanaf 2000 gedeeltelijk variabel gemaakt.

Een hiermee verbonden knelpunt is dat toetreding van nieuwe aanbieders (ZBC's) wordt bemoeilijkt. Met een budgetstelsel en een BKZ als grenzen voor de omzet, zal toetreding vrijwel altijd moeten leiden tot herverdeling van middelen.<sup>12</sup> Een individuele limiet aan omzetgroei is met name voor startende aanbieders een knelpunt. Bovendien kunnen lopende investeringsprojecten in de knel komen. Er is dus sprake van een uitruil tussen uitgavenbeheersing via omzetplafonds en dynamiek in de markt.

Er zal dan ook een afweging gemaakt moeten worden tussen uitgavenbeheersing en productieprikkel. In hoofdstuk 4 van dit advies wordt dit verder uitgewerkt.

#### 3.2 Relatie tussen ziekenhuisbudget en honorariumbudget

Met het afschaffen van de lumpsumsystematiek en de invoering van volledige DBC-bekostiging voor de medisch specialisten ontstonden in het A-segment verschillende bekostigingsmodellen voor in wezen dezelfde productie. Immers, ziekenhuizen zijn gebonden aan het budgetmodel, terwijl de specialisten per DBC betaald krijgen.

Voor de invoering van de lumpsum (in 1995) werden specialisten per verrichting betaald en was het ziekenhuis gebonden aan productieafspraken en een budget. In de periode 1995-2000 waren de

---

<sup>12</sup> een mogelijke oplossing is om in het BKZ op voorhand een bedrag te 'reserveren' voor toetreders.

lumpsummen vast en waren de budgetten dat ook.<sup>13</sup> In 2000-2007 was in zowel het A als B-segment sprake van productievollgende bekostiging. In het A-segment is de situatie van voor 1995 in feite in 2008 hersteld als gevolg van het afschaffen van de lumpsummen.

Met de invoering van honorariumbudgettering kunnen in het A-segment weer vergelijkbare prikkels worden ingevoerd voor ziekenhuis en specialisten. Voorwaarde is dan wel dat het honorariumbudget meebeweegt met de productie.

In de huidige situatie stijgen de budgetten weliswaar met de productie, maar alleen met de variabele kosten. De honorariumomzet neemt niet evenredig met de ziekenhuisomzet toe omdat de honorariumtarieven een andere onderlinge weging kennen dan de FB-parameters.

### 3.3 Lange termijn perspectief bekostiging medisch specialistische zorg

Om te bezien of budgettering van de honoraria structureel in overeenstemming is te brengen met de ziekenhuisbekostiging, zal ook gekeken moeten worden naar de vervolgstappen in de ziekenhuisbekostiging c.q. het eindperspectief voor de bekostiging van medisch specialistische zorg. In onderstaande tabel zijn zowel de bestaande situatie als de mogelijke vervolgstappen aangegeven.

**Tabel 1. Vervolgstappen bekostiging medisch specialistische zorg**

	2011	2012-2013	2014	2015
Ziekenhuis	FB (A-segment) en DBC (B-segment)	Transitiemodel (budget)	Laatste jaar transitiemodel	Prestatiebekostiging
ZBC	DBC (A en B-segment)	Zorgproducten (transitiemodel) <sup>14</sup>	Zorgproducten (transitiemodel)	Prestatiebekostiging

Bron: NZa

Als bovenstaand stappenplan wordt gevolgd, is invoeren van budgettering van de specialisten als verdedigbare tussenstap te zien. Immers, in het transitiemodel zijn dan zowel honoraria als ziekenhuisomzet gebudgetteerd. De budgettering van de specialisten is dan onderdeel van de transitie naar (echte) integrale tarieven ten behoeve van vraaggestuurde prestatiebekostiging. In wezen is dit een model met meer systeemconsistentie dan de keuze om in 2008 de specialisten als enige categorie aanbieders zonder transitiemodel naar volledige prestatiebekostiging te brengen en de ziekenhuizen daar achter aan te laten lopen. Die anomalie wordt nu als het ware hersteld door tijdelijk weer budgettering in te voeren. Dat is mede van belang vanwege de beoogde invoering van een nieuw tariefsysteem (DOT) in 2012 met opnieuw onvoorspelbare omzetgevolgen.<sup>15</sup>

Als er geen transitiemodel wordt ingevoerd, maar er wordt direct overgegaan op prestatiebekostiging met maximumtarieven en/of vrije tarieven, dan ligt de tussenstap van budgettering van honoraria niet voor

<sup>13</sup> Er werden weliswaar productieafspraken gemaakt, maar er werd in de budgettering niet op gerealiseerde productie afgerekend. Bovendien was een groot deel van het budget vast.

<sup>14</sup> In de uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie' heeft de NZa geadviseerd om voor ZBC's geen transitiemodel in te voeren. Nu echter wel honorariumbudgettering wordt ingevoerd, ligt naar de mening van de NZa een integraal transitiemodel voor de hand.

<sup>15</sup> Zie de eerder aangehaalde uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie'.

de hand; dan gaan immers de bekostigingsmodellen qua prestatieprikkels weer uit de pas lopen. De ervaringen met de DBC-bekostiging bij de specialisten hebben echter getoond dat een dergelijke stap risico's voor de uitgaven kent.

### **3.4 Advies NZa**

Zowel bij verdere stappen richting prestatiebekostiging via een transitie­model als ingeval van handhaven van een vorm van budgettering van de ziekenhuiskosten is de budgettering van de honoraria een logische tussen­stap. Een alternatief in de vorm van tariefregulering zonder omzetbeperking voor de honoraria laat te veel onzekerheden bestaan ten aanzien van de uitgaven­beheersing. De NZa acht het echter van belang dat de productieprik­kels van de ziekenhuis­bekostiging en de honorarium­budgettering parallel lopen.





## 4. Budgetsystematiek

### 4.1 Vaststellen van de hoogte van het budget

De NZa ziet verschillende mogelijkheden om de hoogte van het budget per aanbieder vast te stellen:

- op basis van historische honorariumomzet;
- op basis van het aantal specialisten en een normbedrag;
- een mengvorm van beiden.

Een mengvorm heeft qua uitvoering geen voordelen boven de beide andere varianten. Immers, om een gewogen gemiddeld budget vast te stellen op basis van een normatieve benadering en gerealiseerde omzet, zullen beide moeten worden berekend.

Een theoretische mogelijkheid is nog om terug te vallen op de lumpsumbedragen van 2007, aangevuld met indexering en een toegestane omzetgroei. De NZa ziet daarbij echter een groot aantal uitvoeringstechnische en juridische bezwaren:

- niet alle ziekenhuizen kenden een lumpsum;
- in sommige ziekenhuizen deden niet alle specialismen mee;
- ZBC's waren niet in de lumpsumovereenkomsten betrokken, zodat daarvoor een aparte regeling moet worden gemaakt;
- mutaties als gevolg van verleggen van productie naar ZBC's en capaciteitsuitbreidingen/functieverplaatsing et cetera worden niet meegenomen.

Om die reden gaan we in dit advies niet nader op deze variant in.

### 4.2 Budget op basis van historische omzet

De historische omzet van 2009 of, zo mogelijk, 2010 sluit het beste aan bij de per ziekenhuis gerealiseerde en gedeclareerde DBC-productie. Praktisch gezien zijn 2009 of 2008 de enige jaren die in aanmerking komen als grondslag voor een budget in 2011.<sup>16</sup>

De honorariumomzet van de gerealiseerde productie 2008 en 2009 van alle ziekenhuizen ligt hoger dan het Budgettair Kader Zorg (BKZ) dat VWS als maximum hanteert. De tariefkorting als gevolg van de BKZ overschrijdingen zal dus moeten doorwerken in de hoogte van de budgetten. Dat betekent dus dat er een correctie op de honorariumomzet per ziekenhuis moet worden uitgevoerd, waarbij de budgetten gelijk worden getrokken aan het BKZ.

De tariefkortingen waarvoor de Minister de NZa aanwijzingen heeft gestuurd zijn gebaseerd op een door VWS geconstateerde overschrijding van het BKZ. De Orde heeft bezwaar gemaakt tegen de hoogte van de kortingen en tegen een generieke korting. Als gevolg van een uitspraak van de rechter in deze procedure dient onderzocht te worden of de tariefkorting gedifferentieerd kan worden toegepast, waarbij per specialisme een ander kortingspercentage geldt. Reden hiervoor is dat

<sup>16</sup> Vóór 2008 was nog sprake van lumpsumfinanciering in het A-segment. In 2008 zijn bovendien wijzigingen in de productstructuur ingevoerd. De tariefherziening in verband met het uurtarief is per 2008 ingegaan. Gegevens van 2010 zijn pas in de tweede helft van 2011 beschikbaar.

niet ieder specialisme in dezelfde mate heeft bijgedragen aan de uitgavenstijging.<sup>17</sup>

Als de budgettering wordt ingevoerd leidt een budgetvaststelling zonder toepassing van een specialisme specifieke korting ertoe dat de gedifferentieerde tariefkorting op ziekenhuisniveau ongedaan wordt gemaakt. Dat lijkt, gelet op de uitspraak van de rechter, juridisch riskant.

Een gedifferentieerde korting op ziekenhuisniveau is echter complex en lastig uitvoerbaar. Immers, per ziekenhuis moeten dan de omzetten per specialisme in kaart worden gebracht, gecorrigeerd voor de omzet die is gedeclareerd voor loondienstspecialismen. De omzetgegevens dienen apart te worden opgevraagd bij de instellingen, in de huidige jaarrekeningen zijn ze niet opgenomen. Toepassen van de landelijke kortingspercentages op lokale situaties doet weer geen recht aan de omzetgroei per ziekenhuis. Een zeer gedetailleerd model van budgetberekening kent daarentegen weer hoge administratieve en uitvoeringslasten. De mate waarin dat noodzakelijk is, hangt ook af van het model dat wordt gekozen voor de verdeling van middelen binnen het ziekenhuis. Daarin kunnen partijen een zekere mate van vrijheid krijgen om op lokale productiviteitsverschillen in te spelen.

De NZa merkt voor de volledigheid op dat de B-omzet bij ziekenhuizen met een vergoeding voor specialisten in loondienst, ook gebaseerd wordt op de voor overschrijdingen gecorrigeerde B-omzet. Het honorariumbudget voor die ziekenhuizen bestaat dan uit het huidige budget in het A-segment plus de B-omzet aan honoraria.

Belangrijk nadeel van een historische omzet is dat voor een nieuwe toetreders de grondslag voor het budget ontbreekt. Daar zal een aanvullende regel voor moeten worden vastgesteld, die bijvoorbeeld op een normbedrag vermenigvuldigd met het aantal specialisten kan worden gebaseerd.

### **4.3 Normatief budget**

Een normatief budget kan worden bepaald aan de hand van bijvoorbeeld het aantal fte per instelling en een bedrag per fte. Ten aanzien van het aantal fte merkt de NZa op dat daar geen eenduidige definitie voor bestaat. Vaststelling van het aantal fte per instelling zal dus met een zekere onnauwkeurigheidsmarge worden gedaan. Er zijn geen landelijke overzichten beschikbaar en de aantallen zullen per instelling moeten worden opgevraagd, waarbij een definitie van het begrip fte moet worden bepaald. In de consultatie van de veldpartijen hebben de ziekenhuizen aangegeven dat het vaststellen van het aantal fte problematisch zal zijn. Bij de UMC's en de ZBC's kunnen de aantallen fte's eenvoudiger worden vastgesteld.

---

<sup>17</sup> De NZa heeft een gedifferentieerde tariefkorting uitgewerkt. Deze is door de Orde niet geaccepteerd. Bij het opstellen van dit advies is de besluitvorming over de korting nog niet afgerond.

Als normatief bedrag komen op korte termijn twee in de huidige regulering gehanteerde bedragen in aanmerking:

- De genormeerde praktijkomzet (het 'norminkomen') dat de basis is voor het huidige uurtarief voor de DBC-tarieven.<sup>18</sup>
- De loondienst vergoeding die ziekenhuizen in het budget ontvangen voor specialisten in loondienst.

**Tabel 2. Normomzet en loondienstvergoeding 2006 – 2009**

	Normomzet	Loondienstvergoeding
2006	€ 205.260	€ 169.474
2007	€ 210.227	€ 173.575
2008	€ 218.784	€ 180.640
2009	€ 226.266	€ 186.818

Bron: NZa

Zoals bovenstaande tabel toont, lopen de bedragen uiteen. Als de loondienstsituaties onder de honorariumbudgettering worden gebracht, leidt toepassing van de normomzet als budgetparameter tot een macro kostenstijging. Omgekeerd zal de loondienstvergoeding als maat voor het budget voor vrijgevestigden leiden tot een aanzienlijke omzetzak.<sup>19</sup>

De NZa is van mening dat de vergoedingsbedragen op termijn gelijk getrokken moeten worden; bij de aanvang van de budgettering kan voor loondienst het huidige bedrag worden gehanteerd voor zover het de vergoeding in de budgetten betreft. Voor de B-omzet bij loondienst is er dan de keus tussen historische omzet (zie paragraaf 4.2) en een normatief bedrag. Bij keuze voor de normatieve benadering kan in beginsel de situatie van voor de invoering van het B-segment worden hersteld (integraal budget voor loondienstsituaties).

Vaststellen van de budgetten op basis van een normatieve omzet/vergoeding leidt naar verwachting tot aanzienlijke herverdelingseffecten ten opzichte van de historische omzet. Door met gelijke bedragen per specialist te werken, worden verschillen in productiviteit genivelleerd. De omvang van een dergelijke herverdeling zal in kaart moeten worden gebracht voordat een definitief advies over een keuze voor historische of normatieve omzet kan worden gegeven.

Een variant is nog om voor de ondersteunende specialismen een normatieve budgetcomponent te kiezen en voor de poortspecialismen de historische omzet. De redenering daarachter is dat bij de ondersteuners het buitengewoon complex blijkt te zijn om een goed onderbouwd tarief vast te stellen waardoor productiviteitstoename onvoldoende in de tarieven wordt verwerkt. Hierdoor en door problemen in de volumemetingen zijn de overschrijdingen bij ondersteuners het grootst. Deze mogelijkheid zal in de nadere analyse worden meegenomen.

<sup>18</sup> De normatieve omzet bestaat uit een inkomenscomponent en praktijkkosten. De inkomenscomponent bestaat behalve uit inkomen, ook uit sociale lasten en pensioenkosten etc. In de praktijk wordt over 'norminkomen' gesproken, maar de genoemde bedragen zijn geen (belastbaar) inkomen van een specialist.

<sup>19</sup> Dit is de vergoeding die de werkgever ontvangt; het bedrag vertegenwoordigt niet het salaris van de specialist in loondienst.

#### **4.4 Gevolgen budgetinvoering en mogelijke noodzaak tot toepassen van een overgangsregime**

De omzetgevolgen van de invoering van honorariumbudgetten zijn op instellingsniveau nog niet bekend. De NZa heeft gegevens nodig per ziekenhuis per specialisme om te kunnen vaststellen in hoeverre de budgetten zullen afwijken van de huidige omzetten. Indien de omzetverschillen erg groot zijn, moet wellicht een overgangsregime worden overwogen.

Overigens moet er wel een verschil gemaakt worden in de gevolgen en wie die gevolgen ondervinden. Immers het ziekenhuis heeft nu geen omzet aan specialistenhonoraria en loopt daar ook geen risico over. Het ziekenhuis gaat, afhankelijk van de wijze waarop het budgethouderschap wordt ingevuld, mogelijk een financieel risico lopen in het nieuwe model, maar dat is een gevolg van het nieuwe systeem en niet van een wijziging in de omzet. Dat risico staat in beginsel los van het verschil tussen de huidige declaraties en de begrensde omzet en wordt vooral bepaald door het verschil tussen het budget en de declaraties van de specialisten aan het ziekenhuis. Op dat risico wordt in hoofdstuk 5 verder ingegaan.

De specialisten zullen ook gevolgen ondervinden. Die zijn echter niet op voorhand te bepalen. Immers, de maatregelen grijpen niet direct in de inkomens in, aangezien de werkelijke inkomens van de specialisten onder het nieuwe model mede bepaald worden door de afspraken met het ziekenhuis. De maximering heeft echter indirect wel degelijk invloed op de te behalen omzetten en inkomens per maatschap/specialist. De inkomens per specialist zijn nu overigens ook niet bekend. De omzetten uit de honorariumcomponent bestaan immers zowel uit kosten als inkomenscomponenten. Er is op voorhand geen uitspraak te doen over de omzetgevolgen per specialisme per ziekenhuis, laat staan per specialist.

#### **4.5 Gegevensuitvraag en keuze voor grondslag budgettering**

De NZa zal bij ziekenhuizen en bij ZBC's de gegevens over de honorariumomzet 2009 per specialisme moeten opvragen, alsmede de aantallen fte en personen. Op basis daarvan is te berekenen wat de gevolgen zijn van de budgettering op instellingsniveau. De NZa zal deze gegevensuitvraag opstarten als zij van de Minister de opdracht hiertoe heeft gekregen.

De NZa verwacht dat met het verzamelen en analyseren van de gegevens circa vier maanden zijn gemoeid. Op grond van die gegevens zal de NZa definitief adviseren over de keuze voor de historische omzet of een normatieve benadering als grondslag voor de budgetten en over de noodzaak tot en mogelijkheden van een overgangsregime in de vorm van een gefaseerde verlaging ten opzichte van de omzet 2009. Vooralsnog heeft de NZa een voorkeur voor een budgetgrondslag op basis van de historische omzet, omdat deze grondslag waarschijnlijk geringere herverdelingseffecten op instellingsniveau tot gevolg heeft.

## 4.6 Budgetplafond of budget met onder- en bovengrens

### 4.6.1 Omzetplafond zonder vangnet

De huidige ziekenhuisbudgetten in het A-segment kennen zoals bekend enerzijds een omzetbegrenzing en anderzijds een omzetgarantie. De garantie (in feite een garantie dat de semivaste en vaste componenten van het budget gedekt zijn, waarmee de instelling een gegarandeerde vergoeding voor vaste kosten heeft) is de prijs die collectief wordt betaald voor de uitgavengrens aan de bovenkant. De vergoeding voor loonkosten van specialisten in loondienst is ook een semivaste component in het budget.

Specialisten kenden een dergelijke omzetgarantie in het lumpsumtijdperk ook, in de DBC bekostiging sinds 2008 uiteraard niet. Verderop wordt nader in gegaan op de omzetgevolgen voor de specialisten, hier gaat het over het budget voor het ziekenhuis.

Een omzetplafond zonder vangnet/bodem werkt als volgt:

- budget=100, gedeclareerde opbrengst=120, verrekening: -20
- budget=100, gedeclareerde opbrengst=80, verrekening: nihil

In het traditionele budgetmodel zou in de tweede situatie (gedeclareerde opbrengst lager dan budget) een aanvulling tot het budgetniveau plaatsvinden.

Het voordeel van uitsluitend een budgetplafond is dat er sprake is van een sterkere productieprikkel (tot het plafond is bereikt) dan bij een model met een omzetgarantie.

De nadelen van een omzetplafond zonder vangnet zijn:

- Het risico ligt bij het ziekenhuis. Het gaat hier immers om het maximale bedrag dat het ziekenhuis binnenkrijgt van de verzekeraars en waaruit het ziekenhuis de specialisten moet betalen; de kans bestaat dat de declaraties van specialisten aan ziekenhuizen hoger liggen dan het budget (zie ook hoofdstuk 5).
- Meer risico voor ziekenhuis heeft mogelijk nadelige gevolgen voor de financierbaarheid (aantrekken vreemd vermogen) van het ziekenhuis.
- Het plafond heeft geen directe invloed op de prikkels voor de specialist: die worden immers bepaald door de declaraties aan het ziekenhuis.
- In het B-segment komt een plafond redelijk overeen met de prikkels voor de kostenomzet (tot aan het plafond), in het A-segment zijn er verschillen. De budgetgarantie geldt voor de vaste (niet productieafhankelijke) vergoedingen. Daar vallen ook de vergoedingen voor loondienst onder.
- Alleen toepassen van een plafond bemoeilijkt afspraken over beschikbaarheidsvergoedingen, dan wel maakt het noodzakelijk om die in de budgettering te regelen.

Een extra (theoretisch) voordeel van een plafond is dat het de positie van het ziekenhuis tegenover de specialisten versterkt: als er niet geproduceerd wordt komt er geen geld binnen om de specialisten te betalen. Dat gaat echter alleen op als het ziekenhuis de honorariumomzet één op één doorgeeft aan de specialist en in staat is om ook zijn eigen omzetbegrenzing door te vertalen naar de specialisten.

#### 4.6.2 Garantie aan de onderkant (vangnet)

In het A-segment kennen de ziekenhuizen een budgetvergoeding voor de specialisten die in loondienst zijn. Bij de invoering van het B-segment is die loondienstvergoeding verlaagd, maar voor bijvoorbeeld de UMC's zitten de loondienstvergoedingen grotendeels nog in het budget vanwege een relatief klein B-segment. Bij algemene ziekenhuizen kan de loondienstvergoeding per ziekenhuis verschillen.

Als de loondienstvergoedingen onderdeel uit gaan maken van het honorariumbudget dan ligt het voor de hand om een vangnet in het budget toe te passen ter hoogte van de huidige budgetgarantie voor loondienst (zie hoofdstuk 2). Daarmee worden bestaande garanties immers intact gelaten.

De B-omzet kent voor de honoraria geen garantie. In het B-segment is er geen onderscheid tussen vrije vestiging en loondienst voor wat betreft de declaraties en verrekening. De garantie voor loondienst zou dan ook in het nieuwe model alleen betrekking moeten hebben op de bestaande budgetvergoedingen.

Het zal naar verwachting het draagvlak voor de maatregel bij instellingen vergroten als er ook een bodemgarantie voor de overige omzet wordt ingevoerd. Dat beperkt de financiële risico's voor de instelling en dat kan voordelen hebben voor de financiering. Een dergelijke ondergrens kan op het niveau van het budget liggen, maar ook lager. Bovendien is het mogelijk om een garantie te geven die altijd een productieprikkel houdt (aan de marge).

Een voorbeeld ter verduidelijking:

Stel dat het budgetplafond 100 is. Er wordt een ondergrens vastgesteld van 80, met een resterend eigen risico van 10%.

- Budget=100, opbrengst=120, verrekening: -20 (omzet=100)
- Budget=100, opbrengst=90, verrekening: nihil (omzet=90)
- Budget=100, opbrengst=70, verrekening:  $90\% \cdot (80-70) = 9$ , (omzet=79)

Ondanks de garantie blijft er dus een financiële productieprikkel over. De grenzen in dit voorbeeld zijn willekeurig en kunnen op grond van beleidsmatige keuzes op andere niveaus worden bepaald. Het is mogelijk om een garantie voor de loondienst te combineren met een variabel gedeeltelijk vangnet op de overige omzet.<sup>20</sup>

#### 4.6.3 Omzetplafond en Z-waarde model

Het Z-waarde model uit de uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie' is bedoeld als bescherming tegen omzetschommelingen en schommelingen in de macro-uitgaven als gevolg van de invoering van het nieuwe tariefsysteem (DOT-zorgproducten). Er is sprake van omzetbegrenzing naar boven en naar beneden.

In de uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie' van november 2009 zijn de ZBC's en de medisch specialisten buiten de werking van het transitie-model gehouden. Door de invoering van de budgettering van honoraria ontstaat een nieuwe situatie. In hoofdstuk 3 van deze uitvoeringstoets is al ingegaan op de wenselijkheid van vergelijkbare

---

<sup>20</sup> Dat vergt wel dat in de afrekening omzet van specialisten in loondienst apart kan worden verantwoord. Dat komt echter overeen met de huidige systematiek van opbrengstverantwoording in de nacalculatie.

(parallele) productieprikkels voor honorariumbudget en kostenbudget. Dat impliceert naar de mening van de NZa dat het transitie-model ook voor het honorariumbudget moet gelden (en eigenlijk ook integraal voor ZBC's als die onder de honorariumbudgettering worden gebracht).

Het ligt dan niet voor de hand om binnen het transitie-model voor de honorariumomzet alleen een plafond in te stellen. Immers, de invoering DOT betekent voor de integrale omzet een risico dat niet op voorhand kan worden ingeschat. Het is dan mogelijk om het Z-waarde model integraal toe te passen of om voor de honoraria de ondergrens te verhogen en/of het eigen risico aan de marge te verlagen.

#### 4.6.4 Conclusie en advies

Bij invoering van de honorariumbudgettering onder FB- en B-omzet adviseert de NZa om geen bodemgarantie in het honorariumbudget op te nemen voor zover het de omzet voor vrijgevestigde specialisten betreft. Naar de mening van de NZa moet de bestaande garantie voor de loondienstvergoedingen in het A-segment echter intact blijven.

Bij invoering van prestatiebekostiging in combinatie met een transitie-model, zou het transitie-model integraal van toepassing moeten zijn.

### 4.7 Budgetmutaties

We kunnen twee soorten budgetmutaties onderscheiden:

- budgetmutaties als gevolg van wijzigingen in het productieniveau;
- budgetmutaties als gevolg van wijzigingen in capaciteit en als gevolg van het uitbreiden/afstoten van functies.

#### 4.7.1 Wijzigingen in productieniveau

Op langere termijn is een volledig vast budget niet hanteerbaar. Dat leidt tot ondoelmatige verdeling van middelen en het geeft geen prikkel aan instellingen om de productiviteit te verbeteren.

Bij de budgettering van het ziekenhuis voor de honoraria moet een onderscheid gemaakt worden tussen het budget van het ziekenhuis (de maximale honorariumomzet die het ziekenhuis aan de verzekeraars declareert) en de betalingen aan de specialisten. Het is denkbaar dat bij een vast honorariumbudget, het ziekenhuis bij een stijging van de omzet door substitutie vanuit de ziekenhuiskosten extra betalingen aan de specialisten doet. Door een productiviteitsverbetering kan een ziekenhuis immers extra omzet genereren (binnen de grenzen die de FB daaraan stelt voor zover het A-segment betreft) en als die omzet meer dan kostendekkend is, kan daarin ruimte gevonden worden voor betalingen aan de specialisten. Dat vergt echter volledige mogelijkheid van substitutie tussen honorarium en kostenomzet in combinatie met een evenwichtige marktverhouding tussen het ziekenhuis en de specialisten. In hoofdstuk 5 gaan we in op de verhouding tussen specialisten en ziekenhuis. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een model waarbij sprake is van een gescheiden honorariumbudget.

Een gescheiden honorariumbudget zal in zekere mate met het productieniveau moeten meebewegen. Daarbij is een belangrijk knelpunt dat de bestaande (DBC-)honorariumtarieven geen goede maat zijn voor het productievolume. Daarenboven hebben DBC-omzetten voor het A-segment van de ziekenhuizen geen effect op de omzet; die wordt immers bepaald door de FB-budgetten.

Een model waarbij de productieprikkels voor het honorariumbudget en voor de ziekenhuisomzet parallel lopen, heeft onze voorkeur. Ook in het eindmodel, met volledig integrale tarieven, zou sprake zijn van gelijke prikkels.

De vraag is dus hoe een productieprikkel kan worden opgenomen in zowel het honorariumbudget als de ziekenhuisomzet. Daarbij onderscheiden we twee bekostigingsvormen voor het ziekenhuis:

- De bekostiging 2011 die bestaat uit het FB-budget en de B-omzet met vrij onderhandelbare prijzen.
- De verwachte bekostiging 2012 waarbij sprake is van een transitie-model conform de uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie'. Daarin is sprake van een gewogen gemiddelde van historische omzet en omzet in termen van de nieuwe ('DOT') zorgproducten:  $Z = z*(FB+B) + (1-z)*(DOT\text{-omzet})$ . Daarin is  $z$  een in de tijd afnemende parameter.

#### *4.7.1.1 FB- en B-segment (2011)*

Uitgangspunten:

- De honorariumomzet in het B-segment wordt onder het beheersingsmodel gebracht, de ziekenhuisomzet blijft in het B-segment vrij.

Als uitgangspunt nemen we dat de honorariumomzet van specialisten voor het B-segment niet wordt vrijgelaten en onderdeel wordt van het honorariumbudget. Dat is conform de voorhangbrief, maar ook inhoudelijk logisch. Immers, indien sprake zou zijn van een niet gelimiteerde honorariumomzet in het B-segment zou een groot risico ontstaan op weglekken van productiecapaciteit naar de B-omzet. Het is dan voor specialisten lucratiever om productie te leveren in het B-segment dan in het A-segment. Mogelijke gevolgen daarvan zijn volumestijgingen in het B-segment en wachtlijsten voor de A-segment productie.

- DBC-tarieven zijn geen goede maat voor (rechtstreekse) omzetmutaties in de honorariumomzet.

In 2011 is, als alles volgens plan verloopt, sprake van gekorte tarieven. Er is echter nog geen sprake van een structurele herijking van de normtijden. De tarieven zijn dan ook per 2011 nog geen goede maat voor de productie. Als bovendien de lopende procedures tegen de korting negatief mochten uitpakken voor de overheid, blijven de tarieven op het huidige (te) hoge niveau staan.

Theoretisch is het denkbaar om de mutatie van het honorariumbudget te baseren op de mutatie van de DBC (honorarium-) omzet. De korting van de tarieven wordt mogelijk gedifferentieerd per specialisme uitgevoerd. Dat wijzigt echter niets aan de relatieve verhoudingen van honorariumtarieven binnen een specialisme. Pas wanneer een integrale herijking van normtijden wordt ingevoerd, worden eventuele perverse prikkels door verkeerde normtijden opgelost.<sup>21</sup>

Voorbeeld: het honorariumbudget 2011 wordt vastgesteld op 100. De DBC-omzet 2009 was 150, de DBC-omzet 2011 is 160, het budget voor 2011 wordt uiteindelijk  $160/150*100$ .

---

<sup>21</sup> Als ziekenhuizen de DBC-tarieven hanteren als basis voor de declaratie van specialisten aan ziekenhuizen, zullen eventuele fouten in de normtijden ook voor verkeerde prikkels kunnen zorgen. Het budgetmodel lost dat niet op.



Dit model is echter weer niet mogelijk als de tarieven worden verlaagd. In het voorbeeld is immers het budget van 100 al een lagere omzet dan de gerealiseerde omzet 2009. De tariefcorrectie is al in het niveau van het basisbudget verwerkt.

Geconcludeerd moet worden dat de DBC-tarieven niet bruikbaar zijn als maat voor de budgetaanpassing voor zover het de honoraria betreft. De omzet van de ziekenhuizen neemt in het B-segment toe op basis van onderhandelde DBC-prijzen.

#### *Voorgesteld model voor budgetaanpassing*

De ziekenhuisomzet kan toe- of afnemen door een aantal oorzaken:

- mutaties in de variabele FB-parameters;
- mutaties in de semivaste parameters (capaciteitseenheden);
- mutaties in de kapitaallasten;
- lokale component;
- toe- of afname B-productie.

De kapitaallastenmutatie heeft in het bestaande budgetmodel niets te maken met productieschommelingen, maar wordt alleen bepaald door nacalculatie. Het is een vaste, productieonafhankelijke vergoeding. De loonkostenvergoeding voor ziekenhuizen met specialisten in loondienst varieert in het A segment ook niet met de productie; daarvoor hoeft de mutatiesystematiek niet noodzakelijkerwijs te worden toegepast zolang het bestaande bekostigingsmodel intact blijft.

Een mogelijk model om het honorariumbudget te muteren zou er dan als volgt uit kunnen zien. Stel dat het honorariumbudget (basis) wordt vastgesteld op 100. Het FB-budget exclusief kapitaallasten en vergoeding loonkostenspecialisten in het basisjaar is 400, het B-segment 100.<sup>22</sup> In t+1 is het FB-budget gestegen naar 420, de B-omzet naar 110. De mutatie van het honorariumbudget wordt dan  $(420+110)/(400+100)=1,06$ . Het honorariumbudget (t+1) wordt dan 106. De gewogen gemiddelde procentuele omzetgroei van A en B wordt dus gebruikt als groeipercentage voor het honorariumbudget. Daarmee wordt de verhouding tussen honorariumbudget en kostenomzet constant verondersteld.

Een nadeel kan zijn dat de declaraties van de specialisten aan het ziekenhuis geen gelijke tred houden met de budgetmutatie, met name niet als de bestaande DBC-tarieven daarvoor worden gebruikt.

Bij een productiedaling volgt het honorariumbudget de ziekenhuis omzet, zoals in onderstaande voorbeelden:

$$\text{FB}(t+1)=380, \text{B}(t+1)=80, \text{H}(t+1)= (380+80)/(400+100)*100=92$$

$$\text{FB}(t+1)=380, \text{B}(t+1)=120, \text{H}(t+1)=(380+120)/(400+100)*100=100$$

Dit model gaat uit van een constant aandeel van het honorarium in de omzet, dat bovendien relatief gelijk is voor alle productie. Het is ook mogelijk om het honorarium relatief minder te laten stijgen dan de ziekenhuisomzet; in dat geval wordt op voorhand een productiviteitsstijging van de specialisten in de vergoeding voor het ziekenhuis ingecalculleerd.

Een nadeel van deze benadering is de veronderstelling dat de honoraria in een vaste verhouding met de ziekenhuiskosten muteren.<sup>23</sup> In de DBC-tarieven varieert de verhouding tussen kostencomponent en

<sup>22</sup> Op de loondienstvergoedingen wordt in paragraaf 2.2 ingegaan.

<sup>23</sup> De FB-mutatie is ook voor de kosten niet hetzelfde aangezien de waarde van de (gewogen) FB-parameters varieert per specialisme.

honorariumcomponent per specialisme en per DBC. Bovendien wordt er een gemiddelde groei voor alle specialismen toegepast, waar in werkelijkheid verschillende maatschappen een verschillende groei zullen doormaken.

Het is denkbaar dat een gedifferentieerde groei wordt toegepast. Hiervoor zal een apart model moeten worden ontwikkeld. In de tijd van de lumpsumsystematiek werd een mutatie berekend met specialisme specifieke parameters, waarbij voor de volume ontwikkeling de FB-parameters eerste polikliniekbezoek, dagbehandeling en opname werden gehanteerd. Die systematiek had echter ook beperkingen en is bewerkelijk. Bovendien kan binnen het toegekende budget gesubstitueerd worden tussen specialismen.

Bij de ZBC's kan een vaste verhouding kosten/honorarium tot knelpunten leiden, aangezien ZBC's maar een beperkt aantal specialismen hebben. Dat laat zich het eenvoudigst oplossen door substitutie tussen honoraria en kostendeel toe te staan.

#### **4.7.1.2 Transitie-model bij invoering prestatiebekostiging**

Uitgangspunten:

- In enig jaar wordt variabele prestatiebekostiging met de nieuwe zorgproducten (DOT) ingevoerd.
- Bij de invoering van de prestatiebekostiging wordt het transitie-model ('Z-waarde model') toegepast op de ziekenhuisomzet.

Bij invoering van prestatiebekostiging ligt het voor de hand om het honorariumbudget aan te laten grijpen bij het ziekenhuistransitie-model, mits sprake is van onderbouwde tarieven voor de zorgproducten met herijkte honorariumcomponenten die aansluiten bij de inspanning van de specialisten. Het model komt er dan als volgt uit te zien:

$$Z_t = z * (FB + B)_{basis} + (1 - z) * (DOT) \text{ (ziekenhuiskosten)}$$

$$H_t = z * H_{basis} + (1 - z) * (DOT) \text{ (honoraria)}$$

Beide elementen kunnen bij elkaar worden opgeteld waardoor substitutie mogelijk is. Daarmee is dan de volledige integratie van ziekenhuisomzet en specialistenomzet materieel bereikt.

Overigens kan hier hetzelfde nadeel spelen van een afwijkende kosten/honorarium verhouding bij bepaalde producten.

#### **4.7.2 Budgetmutaties als gevolg van capaciteitswijzigingen of functie-uitbreiding/-afstoting**

Bij een adequaat productievollgend mechanisme is het mogelijk om alleen te volstaan met het vertalen van productiemutaties in het budgetniveau. Capaciteitsuitbreiding/inkrimping en aantrekken of afstoten van functies zal immers in het algemeen gepaard gaan met volumeveranderingen. Ook in het eindmodel van variabele prestatiebekostiging met integrale tarieven zouden geen aparte capaciteitsparameters meer van toepassing zijn.

Als besloten wordt tot een vast model (fte\*normbedrag) dan zijn er verschillende mogelijkheden:

- Een beleidsregel vaststellen op grond waarvan het aantal fte per instelling voor de budgetberekening kan wijzigen.
- De normatieve basis blijft ongewijzigd, er vindt alleen een mutatie plaats op basis van gerealiseerde productie. Daarvoor kan dan een van de hiervoor beschreven modellen worden gebruikt.

Een variant hierop is een model waarin onderling overdraagbare omzetrechten mogelijk wordt gemaakt. Dat werkt als volgt.

**Box 1. Illustratie van onderling overdraagbare omzetrechten**

Stel er zijn twee ziekenhuizen:

Ziekenhuis X heeft een budget van 100, ziekenhuis Y ook 100.

Ziekenhuis X verwacht een omzet te kunnen realiseren van 120, Y denkt slechts 80 te realiseren.

Y zou dan zijn omzetrechten kunnen verkopen aan X. Voor de macro-uitgaven is die transactie neutraal. Op deze wijze kan een herverdeling van productie plaatsvinden bij een in beginsel vast budget.

Dit model werkt alleen bij een omzetplafond. Toepassen van dit model wordt niet verbindend voorgeschreven, maar kan aan de veldpartijen worden toegestaan. Vermoedelijk is het nut van een dergelijk model voor een korte overgangperiode beperkt. Het is echter niet uit te sluiten dat besluitvorming over een vervolgstap vertraging zal oplopen, hetgeen zou betekenen dat de overgangperiode een langere duur dan twee jaar zou kennen. In dat geval biedt de extra vrijheidsgraad als gevolg van het toestaan van budgethandel mogelijk meerwaarde.

#### 4.8 Advies NZa

De NZa adviseert om een omzetplafond in te voeren voor de omzet van vrijgevestigd specialisten. Voor de loondienstsituaties dienen bestaande budgetgaranties intact te blijven. Het omzetplafond zal enigszins met het productievolume moeten meebewegen. De groei van het plafond kan bijvoorbeeld meebewegen met de beschikbare macro groeiruumte. Voor de mutaties adviseert de NZa om het honorariumbudget te koppelen aan de ziekenhuisbudgetten en de mutatie van de ziekenhuisomzet (exclusief kapitaallastenvergoeding en exclusief vergoeding voor de loonkosten van specialisten) als grondslag voor de mutatie van de honorariumomzet te hanteren. Daarnaast stelt de NZa voor om onderling overdraagbare omzetrechten toe te staan. Dit biedt instellingen extra vrijheidsgraden en flexibiliteit, waardoor beter aan herverdeling van budgetrechten tegemoet gekomen kan worden. Ook kunnen eventuele weeffouten bij de vaststelling van het basisbudget door de instellingen zelf ongedaan worden gemaakt.

Bij eventuele invoering van een transitie-model in combinatie met prestatiebekostiging kan zowel voor ziekenhuisomzet als honorariumomzet hetzelfde transitie-model worden toegepast.

Voor ZBC's zou bij invoering van het honorariumbudget volledige substitutie tussen kosten en honorarium kunnen worden toegestaan om eventuele onevenwichtigheid tussen kosten/honorarium in de lokale situatie te kunnen corrigeren.



## 5. Regulering onderling verkeer instelling en specialist

### 5.1 Inleiding

In de huidige situatie is de honorariumcomponent in het DBC-tarief een vast (deel-)tarief voor de declaratie aan de verzekeraar. In het verkeer tussen ziekenhuis en specialist is een afspraak over het honorarium mogelijk binnen een bandbreedte van circa 5%. De voorhangbrief van de Minister spreekt over een vrij tarief voor de declaraties van specialisten aan het ziekenhuis.

In dit hoofdstuk gaat de NZa nader in op verschillende aspecten van dit voornemen en op de vraag of vrijgeven van de tarieven zoals in de voorhangbrief opgenomen mogelijk ongewenste gevolgen heeft. Daarna worden enkele mogelijkheden van regulering beschreven.

### 5.2 Vrij tarief en/of vrije prestatie

De voorhangbrief spreekt van een vrij tarief voor de declaraties van specialisten aan het ziekenhuis. Op grond van artikel 35 Wmg is daarmee nog steeds een door de NZa vastgestelde prestatie vereist. Als prestatieomschrijving ziet de NZa een aantal mogelijkheden:

- bestaande DBC's en OVP's;
- deelprestaties, dat wil zeggen dat de zorgactiviteiten die nu onderdeel van het DBC profiel zijn, als apart declarabele prestatie worden aangemerkt;
- één algemene prestatieomschrijving voor onderlinge dienstverlening;
- vrije prestaties;
- lokaal overeen te komen nieuwe prestaties. Op grond van de Wmg kunnen partijen een verzoek om een prestatie omschrijving ter vaststelling voorleggen aan de NZa.<sup>24</sup>

Hanteren van DBC's en/of de onderliggende zorgactiviteiten sluit aan bij de administratieve praktijk binnen ziekenhuizen. Invoeren van een algemene prestatieomschrijving of vrij overeen te komen prestaties betekent dat partijen een nieuwe administratie moeten opzetten.

Geheel vrijgeven van de prestaties vergt een apart besluit van de Minister. In de voorhangbrief is dat voornemen niet opgenomen.

Bij een vrije tariefsoort en het handhaven van de DBC's als declaratietitel kunnen afspraken over kwaliteit et cetera alleen via prijsafspraken per DBC worden vergoed/gedeclareerd.

Indien een algemene prestatie omschrijving wordt ingevoerd hebben partijen lokaal vrijheid om binnen die algemene omschrijving inhoudelijke afspraken en prijsafspraken te maken.

---

<sup>24</sup> Met en zonder tarief. In het geval van vrije tarieven zou het gaan om een prestatiebeschrijving zonder tarief, te vergelijken met de situatie in de fysiotherapie.

### **5.3 Mogelijke effecten van vrijgeven van tarieven voor onderlinge declaraties**

De invoering van het honorariumbudget betekent dat het ziekenhuis aanspreekpunt wordt voor de budgetoverschrijdingen (los van de vraag welke afspraken hierover tussen ziekenhuis en specialisten tot stand komen). Daardoor wordt een financieel risico bij de instelling gelegd (als onvoldoende zekerheid bestaat dat de declaraties van de specialisten aan het ziekenhuis beneden de budgetgrens blijven).

De tariefregulering tussen ziekenhuis en medisch specialist in één keer afschaffen, in combinatie met een budget op BKZ-niveau, heeft als gevolgen:

- er wordt een financieel risico neergelegd bij het ziekenhuis;
- dat risico wordt vergroot door het loslaten van de tariefregulering;
- dat risico wordt vergroot dat specialisten aanvullende betalingen uit het ziekenhuisbudget eisen of vergoedingen aan het ziekenhuis verlagen.

Daarenboven merkt de NZa op dat hier sprake zou zijn van een fundamentele beleidswijziging waarbij een einde wordt gemaakt aan een regime dat decennialang de declaraties van honoraria en de verhouding tussen ziekenhuis en specialisten heeft bepaald. De vraag is of een dergelijke verandering zonder overgangsregeling als behoorlijk bestuur kan worden gekwalificeerd.

Daar komt bij dat op grond van het NZa visiedocument 'Marktimperfecties' en uit het RVZ advies over de numerus fixus uit februari 2010 blijkt dat in de verhouding tussen specialisten en ziekenhuis geen sprake is van evenwichtige marktverhoudingen.<sup>25</sup> Ook toepassen van de criteria uit het theoretisch kader liberalisering vrije beroepen op de markt tussen specialisten en ziekenhuizen zou moeten leiden tot de conclusie dat die markt thans nog niet voor liberalisering in aanmerking komt.<sup>26</sup>

Er zouden enkele maatregelen mogelijk zijn om het risico voor ziekenhuizen te beperken:

- faseren van het terugbrengen van het budgetniveau;
- een tijdelijke vorm van tariefregulering (met een op voorhand vastgestelde einddatum). De regulering moet er op gericht zijn om het risico op overschrijding van het budget door de specialistendeclaraties te verkleinen;
- andere vormen van publiekrechtelijk bindende regulering;
- toezicht op individueel niveau op marktmacht via AMM;
- combinatie van beide.

De voor- en nadelen van vrije tarieven worden in onderstaande tabel opgesomd.

---

<sup>25</sup> Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg; Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden? Februari 2010.

<sup>26</sup> Gebrek aan transparantie, beperkte markttoegang, hoge transactie/veranderingkosten et cetera.

**Tabel 3. Voor- en nadelen vrije tarieven voor onderling verkeer**

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokale flexibiliteit</li> <li>- Geen uitvoeringslasten en juridisch risico overheid / NZa</li> <li>- Stap richting eindmodel</li> <li>- Geen administratieve lasten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen overgangsregime uitvoerbaar;</li> <li>- Hoge transactiekosten;</li> <li>- Financieel risico bij instellingen;</li> <li>- Weinig tijd voor contractafspraken.</li> </ul>

Bron: NZa

De NZa is van mening dat in het eindmodel geen sprake meer moet zijn van gereguleerde tarieven voor de onderlinge declaraties. Gedurende de overgangperiode kan een vorm van tariefregulering worden overwogen. De voorhangbrief en de opdrachtbrief aan de NZa gaan overigens niet uit van deze mogelijkheid.

Voor tariefregulering zijn verschillende modellen denkbaar:

- Als gedeclareerd wordt in termen van DBC's, kan een sluittarief of verreken tarief worden vastgesteld, waarmee de declaraties van specialisten aan het ziekenhuis niet boven het vastgestelde budget uitkomen dan wel waarbij eventuele overschrijdingen achteraf via de tarieven worden gecorrigeerd.
- Maximumtarieven die lager liggen dan het budgetniveau zijn theoretisch ook mogelijk. Een dergelijk tarief kan worden vastgesteld op een maximumpercentage van het landelijk tarief. Door in dat maximum een gemiddelde volumegroei op voorhand te verdisconteren, wordt het risico dat door volumegroei het budget wordt overschreden, verder verkleind.

Beide modellen sluiten aan bij de bestaande tariefstructuur en prestaties. Hoewel dat enerzijds de administratieve lasten beperkt – er is immers geen nieuwe vastlegging van prestaties vereist – is het nadeel dat nog steeds sprake is van regulering op het gedetailleerde niveau van prestaties, c.q. de DBC's.

Een ander model van tariefregulering is dat een algemeen geformuleerde prestatie voor onderlinge dienstverlening wordt vastgesteld. Het is namelijk niet noodzakelijk om op het niveau van DBC's prijsafspraken te maken of een tarief vast te stellen. De NZa kan (nadat daarover beleidsregels zijn opgesteld) in de vorm van een voorschrift bij de tariefbeschikking de verdeling van het budget onder de specialisten verbindend regelen. Een voorbeeld van een dergelijke vorm van tariefregulering:

- Het honorarium budget van ziekenhuis X bedraagt Y euro.
- Het ziekenhuis verdeelt het honorariumbudget over de toegelaten specialisten. Het budget wordt zodanig verdeeld dat tenminste 80% van het vastgestelde budget naar rato van het aantal toegelaten fte wordt verdeeld en ten hoogste 100%.<sup>27</sup> Per fte specialist geldt daarbij een minimum van 80% van het per fte beschikbare budget en ten hoogste 120%. De bandbreedte voor het tarief per fte c.q. het spiltarief wordt daarbij zodanig vastgesteld dat de som van alle declaraties maximaal Y bedraagt. Indien in bovenstaand voorbeeld wordt gesteld dat het ziekenhuis geen enkel risico mag lopen op een overschrijding van het budget, dan kan bijvoorbeeld ook worden voorgeschreven dat per specialist een beschikbaar budget geldt van ten hoogste 100%. Indien het uitgangspunt is dat het ziekenhuis een beperkt risico mag lopen, dan kan dit percentage voor de specialist

<sup>27</sup> Dan wel een andere nader uit te werken verdeelsleutel. Het verdient de voorkeur dat de verdeelsleutel voor het honorariumbudget dezelfde is als die voor het onderlinge declaratieverkeer.

worden vastgesteld op bijvoorbeeld 105%. Deze redenering is vergelijkbaar met de bandbreedte rondom het huidige uurtarief.

Op deze wijze wordt een bandbreedte tarief voor de prestatie 'onderlinge dienstverlening' vastgesteld die tweezijdig verbindend is, zowel voor de specialisten als voor het ziekenhuis. Dit is een model dat in financiële zin comfort biedt aan het ziekenhuis over het financiële risico en aan de specialist over de omzet.<sup>28</sup> Toch wordt partijen een grote mate van vrijheid geboden, omdat namelijk de algemene prestatie lokaal nader kan worden ingevuld en er ten aanzien van de vergoedingsafspraken een zekere mate van vrijheid overblijft.

## **5.4 Andere mogelijkheden van regulering**

De voorhangbrief noemt 'flankerend beleid' als alternatief voor tariefregulering in de onderlinge declaraties van specialisten aan ziekenhuizen. Als voorbeelden daarvan worden in de brief genoemd, maar niet nader uitgewerkt:

- best contracting practices;
- modelcontracten;
- richtlijnen voor prijsafspraken etc.;
- toetsingskaders.

Gemeenschappelijk kenmerk en tevens het belangrijkste nadeel van deze maatregelen is dat ze geen verbindend karakter hebben voor de betrokken partijen. Er kan een zekere mate van sturing van uitgaan, maar die mist een formele grondslag en is bijgevolg ook niet afdwingbaar anders dan via privaatrechtelijke contracten.

De NZa heeft op grond van de Wmg andere instrumenten dan tariefregulering die wel verbindend zijn voor partijen:

- stellen van contractvoorwaarden;
- instrumentarium in geval van aanmerkelijke marktmacht (AMM).

Het AMM-instrumentarium heeft als beperking dat het alleen in individuele cases kan worden ingezet; het instrument is ook niet snel inzetbaar, onderzoek en het besluiten over een aanwijzing kennen een lange doorlooptijd. Bovendien wordt AMM ingezet wanneer geconstateerd wordt dat sprake is van een machtspositie in een (gedereguleerde) markt. In de relatie tussen een ziekenhuis en één of meerdere maatschappen zal een dergelijke machtspositie niet eenvoudig zijn aan te tonen. Indien zich een redelijk vermoeden van AMM voordoet zou (ex ante) een spoedmaatregel kunnen worden opgelegd.

De NZa heeft ook onderzocht in hoeverre het mogelijk is om het ziekenhuis een verplichting op te leggen om niet meer te betalen aan de specialisten dan het toegekende budget. Gedachte achter die mogelijkheid is dat het ziekenhuis daarmee sterker komt te staan in de onderhandelingen met de specialisten omdat het ziekenhuis zich erop kan beroepen dat zij niet meer kan betalen, omdat het anders zelf een wettelijke norm zou overtreden.

Een dergelijk betalingsverbod van de ene zorgaanbieder jegens een andere zorgaanbieder is binnen de Wmg geregeld via de constructie van het tweezijdige tariefdelict (artikel 35 lid 2 Wmg). Dit vereist echter dat er tarieven zijn vastgesteld voor de specialist. Als de tarieven in het

---

<sup>28</sup> De 80% uit het voorbeeld is geen vast inkomen als het budget de vorm heeft van een omzetplafond.



onderlinge verkeer niet worden geregeld, dan zal artikel 35 lid 2 Wmg derhalve niet van toepassing kunnen zijn.

De vraag is of er andere mogelijkheden zijn om een dergelijk betalingsverbod te creëren. Het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging Wmg (AIB Wmg) kent, net als nu het geval is, expliciet de mogelijkheid toe om voorschriften en beperkingen aan een beschikking te verbinden (artikel 50 lid 3). In casu kan worden gedacht aan het verbinden van een voorschrift aan de budgetbeschikking dat het ziekenhuis verbiedt meer dan de budgetgrens uit te keren aan specialisten. Hier zou sprake zijn van een verbod dat de handelingsbevoegdheid van de instelling beperkt om het geld te besteden op de wijze die zij zelf wil. De vraag is of daarvoor wel een voldoende wettelijke grondslag bestaat. Voorts is over het algemeen vereist dat een bij wijze van voorschrift op te leggen verplichting de strekking heeft om de beschikking zijn goede werking te laten hebben. De strekking van de budgetbeschikking die het ziekenhuis krijgt is primair het begrenzen van hetgeen aan verzekeraars in rekening wordt gebracht ter beheersing van de macrokosten. Het is betwistbaar dat het voorschrift, dat tot doel heeft om meer zekerheid aan het ziekenhuis te bieden in de onderhandelingen met specialisten, wel kan worden gezien als een voorschrift dat ertoe strekt de budgetbeschikking zijn beoogde werking te laten hebben. Voorts kan tegen de constructie worden ingebracht dat de wetgever andere instrumenten heeft gecreëerd ter realisering van het met het betalingsverbod beoogde doel, met bijhorende rechtswaarborgen, die met de constructie worden omzeild (zoals het reguleren van het onderlinge verkeer en AMM).

De bevoegdheden in de Wmg om nadere regels te stellen bieden eveneens onvoldoende grondslag voor zo'n betalingsverbod. De bevoegdheid om nadere regels te stellen over contractvoorwaarden en contracteerprocessen van artikel 45 Wmg kan hier voor niet worden gebruikt, omdat op die grondslag alleen regels kunnen worden gesteld over bijkomende voorwaarden en niet over voorwaarden die de kern van de overeenkomst uitmaken, zoals in dit geval de prijs. De bevoegdheid om nadere regels te stellen op grond van artikel 37 Wmg is ook ontoereikend omdat deze alleen kan worden gebruikt voor voorschriften die technisch en ordenend van aard zijn. Zie ook de navolgende paragraaf met betrekking tot eventuele andere reguleropties.

De NZa concludeert dat het opleggen van het verbod aan ziekenhuis om meer te betalen voor de inhuur van medisch specialisten dan beschikbaar is op basis van het budget een effectieve methode lijkt om het ziekenhuis te beschermen. In de Wmg zijn echter (vooralsnog) geen aanknopingspunten gevonden om een dergelijk verbod op te leggen, anders dan via het reguleren van de tarieven van de vrijgevestigde specialisten zodat de constructie van het tweezijdige tariefdelict kan worden gebruikt. Ook in het geval van AMM kan dit worden geregeld door het opleggen van een maatregel aan de specialisten met marktmacht om een contract te accepteren dat inhoudt dat niet meer wordt betaald dan het budget.

## 5.5 Private of publieke raamovereenkomsten

Vrij geven van de tarieven betekent dat er tussen specialisten en ziekenhuizen onderhandeld gaat worden over de omzet (volume en prijs). Daarbij is de verdeling van de omzet over de maatschappen ook van belang. Het maakt voor de transactiekosten verschil of de ziekenhuisbesturen met de individuele specialisten/maatschappen of met het collectief van specialisten kunnen onderhandelen.

Het eerder genoemde informele voorstel van de Orde is gebaseerd op collectieve onderhandelingen tussen specialisten en bestuur. In een dergelijke constructie kan het ziekenhuisbestuur er ook voor kiezen om de verdeling van de omzet over de maatschappen over te laten aan het specialistencollectief. Er moet dan aanvullend, bijvoorbeeld in de toelatingsovereenkomsten, worden geregeld dat alle specialisten deelnemen aan een dergelijke maatschap.<sup>29</sup>

In de consultatie van de veldpartijen is de mogelijkheid besproken om die constructie vast te leggen in een landelijke raamovereenkomst. Daarin zouden dan ook richtlijnen voor de verdeling van middelen en de begrenzing van de declaraties worden opgenomen. De NZa merkt op dat een dergelijke raamovereenkomst mogelijk in strijd kan zijn met de Mededingingswet, ook indien collectief onderhandelen zou zijn toegestaan tussen een individueel ziekenhuis en specialisten (maatschap/rechtspersoon). De NMa moet hier een oordeel over vellen. De NZa merkt daarnaast op dat een landelijke raamovereenkomst niet dwingend kan worden voorgeschreven op grond van de Wmg.

## 5.6 Advies NZa

De voorhangbrief gaat uit van vrije prijsvorming in de declaraties van specialisten aan de ziekenhuizen. Er is echter sprake van onevenwichtigheid tussen specialisten enerzijds en ziekenhuizen anderzijds. Door de invoering van de budgettering en het afschaffen van het via declareren moeten de contractuele relaties tussen ziekenhuizen en specialisten worden herzien. De ingrijpende beleidswijziging maakt een overgangsmoed wellicht noodzakelijk, zeker indien mocht blijken dat de aanbieders er onderling niet uitkomen.

Voor het reguleren van de onderlinge relaties zijn twee aanvliegroutes denkbaar: vanwege keuzevrijheden alleen als ultimum remedium tariefregulering opleggen of vanwege het ingrijpende karakter van de beleidswijzigingen starten met tariefregulering.

### 5.6.1 Escalatiemodel

In het eerste model is sprake van een soort escalatiemodel langs de volgende lijnen:

- De regelgeving van de NZa moet in ieder geval geen belemmering vormen voor het mandateren van de verdeling van het honorariumbudget naar een stafmaatschap of rechtspersoon. Op lokaal niveau bestaat dan de vrijheid om zelf voor zo'n model te kiezen. Het ziekenhuis blijft echter publiekrechtelijk verantwoordelijk voor de verrekening van het budget met de verzekeraars of het zorgverzekeringsfonds.

---

<sup>29</sup> Er moet worden beoordeeld of dit collectieve onderhandelen is toegestaan op grond van de Mededingingswet (Mw). Als een rechtspersoon/maatschap wordt opgericht om de onderhandelingen mee te voeren en de verdeling over de specialisten te verzorgen, kan deze onder omstandigheden mogelijk zelf een onderneming worden. Dit zou wel vereisen dat alle zeggenschap daadwerkelijk verschuift van de specialisten naar deze rechtspersoon/maatschap. Zo'n model zou dan mogelijk kunnen passen in de Mw, omdat het kartelverbod dan niet van toepassing is. Onder omstandigheden is voor het oprichten van zo'n rechtspersoon/maatschap wel een fusietoets vereist. Als de specialisten echter zelf ondernemer blijven, moet worden getoetst of de afspraken passen binnen het kartelverbod. Of dit het geval is hangt dan af van de feitelijke omstandigheden en de uitleg die de NMa geeft aan de mededingingsbegrippen. Het gaat daarbij om vragen als: is er daadwerkelijk sprake van een afspraak die de mededinging beperkt en is er sprake van een bagatel. Hier valt op dit moment in abstracto nog geen conclusie over te geven.

- De NZa kan de onderhandelingen faciliteren door het afgeven van onder meer richtprijzen en door het opstellen van best contract practices, bijvoorbeeld door een of meer werkbare modellen te schetsen voor verdeling achter de voordeur. Dit heeft echter geen verbindend karakter en biedt geen soelaas indien partijen lokaal niet tot overeenstemming komen. Ook een landelijke modelovereenkomst (door bijvoorbeeld Orde en NVZ opgesteld) kent dat nadeel.
- Indien partijen lokaal niet tot overeenstemming komen kan de NZa gebruik maken van het AMM instrument indien er sprake is van marktmacht. Zoals in paragraaf 5.4 aangegeven kent dit instrumentarium de nodige beperkingen.
- Als ultimum remedium blijft dan de mogelijkheid van tariefregulering bestaan, waarbij de verdeling van het budget over de specialisten in regelgeving en een tariefbeschikking wordt vastgelegd.

Het escalatiemodel zoals hierboven is beschreven gaat ervan uit dat het ultimum remedium tariefregulering is waarbij de verdeling van het budget over de specialisten in regelgeving en een tariefbeschikking wordt vastgelegd. Het escalatiemodel start met het uitgangspunt dat geen sprake is van regulering van het onderling verkeer, tenzij de (lokale) marktverhoudingen daartoe nopen. Het selectief toepassen van zowel voorschriften voor de contractering als uiteindelijk tariefregulering stuit op (juridische) uitvoeringsproblemen.

### 5.6.2 Ontwikkelmodel

De omgekeerde route (afnemende regulering, of een ontwikkelmodel naar vrije onderhandelingen) is ook denkbaar. Het ontwikkelmodel zou er dan als volgt uitzien. Bij invoering van de budgettering van honoraria is sprake van generieke tariefregulering voor de declaraties van de medisch specialist aan het ziekenhuis. Dat is dan niet de klassieke tariefregulering op DBC-niveau, maar een verdeelmodel gebaseerd op een bandbreedte benadering (zie paragraaf 5.3). Voor een dergelijke generieke toepassing van tariefregulering is voldoende basis in de Wmg. Deze tariefregulering dient op zodanige wijze te worden vastgesteld dat het totaal van de door de medisch specialisten gedeclareerde prestaties het aan het ziekenhuis toegekende honorariumbudget niet te boven gaat. Bij de uitwerking van het ontwikkelmodel zal moeten worden geborgd dat de declaraties van medisch specialisten aan het ziekenhuis als gevolg van tariefregulering achter de voordeur er niet toe kunnen leiden dat er een open einde ontstaat. Uitgangspunt van het beheersingsmodel voor de honoraria van de medisch specialisten is immers macrobudgettaire beheersing.

Als onderdeel van de tariefregulering zou aanvullend de mogelijkheid van het aanvragen van ontheffing van tariefregulering kunnen worden opgenomen. Aan het verlenen van die ontheffing kunnen voorwaarden worden verbonden. Daarbij is te denken aan: een overeenkomst tussen ziekenhuis en (collectief van) toegelaten specialisten, deelname van een minimum percentage van het aantal specialisten aan de overeenkomst, bestaan van afspraken over omzetverdeling et cetera. Het ontheffingsverzoek moet gezamenlijk door ziekenhuis en specialisten worden aangevraagd. De voorwaarden voor het verkrijgen van ontheffing worden in een beleidsregel van de NZa vastgelegd. De mogelijkheid van het naast elkaar toestaan van een gereguleerd bandbreedte tarief en een vrij tarief onder voorwaarden kan in de aanwijzing aan de NZa worden opgenomen. Door de mogelijkheid van ontheffing te bieden kan worden ingespeeld op ontwikkelingen in de markt en kunnen ziekenhuizen en specialisten naar het eindmodel groeien.

De consultatie van de veldpartijen die de NZa heeft uitgevoerd, geeft aan dat er bij partijen geen draagvlak is voor het volledig vrijlaten van de

onderhandelingen tussen specialisten en ziekenhuizen. Algemeen wordt aangedrongen op verbindende publiekrechtelijke regelgeving. Gezien de huidige verhoudingen tussen ziekenhuis en medisch specialist adviseert de NZa dan ook om te starten met het generiek toepassen van de tariefregulering zoals hierboven beschreven.

Het voorgestelde ontwikkelmodel biedt partijen de nodige onderhandelingsruimte. De mogelijkheid van ontheffing biedt die partijen die onderling overeenstemming bereiken, de mogelijkheid van aanvullende vrijheidsgraden indien daaraan behoefte bestaat. De verwachting is dat wanneer een aantal ziekenhuizen en de daar werkzame specialisten gebruik maken van die mogelijkheid, anderen relatief snel zullen volgen.

## 6. Positie verzekeraars

### 6.1 Algemeen

De verzekeraars hebben in het beoogde model geen rol bij de onderlinge declaraties van specialisten aan het ziekenhuis. Zij betalen, net als nu, het integrale tarief. Een eventuele korting van de honorariumcomponent in de tarieven heeft uiteraard gevolgen voor de schadelast en leidt tot lagere uitgaven (bij gelijk volume). Omdat de korting gedifferentieerd wordt toegepast, kan het schadelasteffect per instelling verschillen en daarmee ook verschillen bij de verzekeraars veroorzaken. Macro gezien zal dat effect beperkt zijn. Alleen indien onrust bij het ziekenhuis als gevolg van onderhandelingen over de onderlinge declaraties leidt tot productieverstoringen of daling van kwaliteit, ondervindt de verzekeraar gevolgen van de (de-)regulering van de onderlinge declaraties.

De budgettering heeft een omzetbeperkend effect. Dat betekent dat de schadelast van de verzekeraars (ex post) altijd gelijk zal zijn aan het vastgestelde budgetniveau. Als gekozen wordt voor een budgetmodel dat alleen een omzetplafond kent, is dat plafond macro gezien ook het plafond voor de schadelast.

De wijze van budgetvaststelling kan een effect hebben op de schadelastverdeling. Een volledig normatief budget (fte\*normbedrag) kan qua verdeling over de instellingen afwijken van de verdeling van de historische omzet/schadelast. Voor de vier grote verzekeraars zal dat uitmiddelen, voor kleine regionale verzekeraars mogelijk niet.

### 6.2 Rol verzekeraars in bestaande bekostiging

In de instellingsbudgettering hebben verzekeraars een rol bij de aanvraag van budgetaanpassingen. Er wordt collectief onderhandeld over onder andere volumina in het FB en over capaciteitsmutaties (aantallen specialisteneenheden, loondienst vergoeding). Deze collectieve onderhandelingen hebben een wankel juridische basis. Ze komen voort uit de (wederzijdse) contracteerplicht uit de Zfw en zijn om pragmatische redenen (tweezijdige tariefaanvragen) gedoogd voor de duur van het FB budget.

Bij de lumpsumovereenkomsten (1995-2008) waren verzekeraars mede partij bij de vrijwillige overeenkomst. Zij betaalden ook de vrijwaring (het verschil tussen lumpsum en tariefopbrengst). Voor de collectieve onderhandelingen hanteren de verzekeraars het door ZN opgestelde representativiteitsmodel.

### 6.3 Belang verzekeraars bij budgettering honoraria

Het directe belang is dat de verzekeraars hun schadelast als gevolg van honorariumdeclaraties zien dalen, c.q. beperkt zien worden. Een punt van aandacht is de verrekening. Bij eventuele opbrengstoverschotten (gedeclareerde honoraria hoger dan budget) vindt verrekening plaats. Dat kan zowel via de individuele verzekeraars (huidig model van de ziekenhuisbudgettering) als rechtstreeks via het Zvw fonds. In het eerste geval zijn verzekeraars formeel partij bij de verrekening. De voorkeur van de NZa gaat uit naar rechtstreekse verrekening met het Zvw fonds.

De vraag is dan of de vaststelling van de opbrengsten ter dekking van het budget op basis van lokale overeenstemming moet plaatsvinden of dat een jaarrekening opgave met accountantsverklaring kan volstaan. Deze laatste variant heeft de voorkeur van de NZa, lokale overeenkomsten over opbrengst hebben namelijk geen toegevoegde waarde uit oogpunt van controle.

Een ander gevolg is dat het declaratierecht van de specialist overgaat op het ziekenhuis. Materieel zal dit voor de verzekeraar(s) geen gevolgen hebben. In de praktijk onderhandelen ze nu ook met het ziekenhuis en kan het ziekenhuis er voor kiezen om de specialist(en) aan te laten schuiven bij de onderhandeling. Directe onderhandelingen met de specialisten (zonder dat het ziekenhuis daarbij betrokken is) komen voor zover bekend niet voor.

Verzekeraars krijgen een direct belang als de budgettering ertoe leidt dat de productie stagneert op een lager niveau dan zij voor het vervullen van de zorgplicht nodig hebben. De instelling moet dan bij hetzelfde budget meer productie leveren, de verzekeraar kan naar een andere aanbieder gaan of de verzekeraar kan samen met de instelling een verzoek indienen om het budget te verhogen.

Als in de regelgeving van de budgettering de mogelijkheid van capaciteitsmutaties wordt opgenomen (uitbreiden productie, afstoten productie of delen aanbod) is het de vraag of dan een budgetmutatie altijd samen met de verzekeraar moet worden ingediend. Een afgeleide vraag is of dat dan wel of niet collectief moet gebeuren.

Budgetmutaties zoals beschreven in hoofdstuk 4 leiden tot een hogere of lagere schadelast. Dat zou gerechtvaardigd zijn bij hogere productie of een afgenomen zorgaanbod. In het budgetmodel van de ziekenhuizen blijft de rol van de verzekeraar vooralsnog ongewijzigd ten aanzien van het maken van productieafspraken en het opstellen van de nacalculatie. Als het honorariumbudget aansluit op het ziekenhuisbudget, ligt het voor de hand om dan ook de verzekeraar daarbij te betrekken. Voor de B-omzet ligt dat anders, aangezien die voor het ziekenhuis niet en voor de honoraria wel onder het beheersingsmodel wordt gebracht. In het B-segment wordt niet collectief maar bilateraal onderhandeld.

Instemming van de verzekeraar met capaciteitsuitbreiding, indien voor een dergelijk model wordt gekozen, heeft de functie van een controle of daadwerkelijk sprake is van extra productie. Merk op dat in het huidige FB-model de NZa geen criteria hanteert voor uitbreiding van het aantal specialisteneenheden in het ziekenhuisbudget. Het oordeel van het lokaal overleg wordt in beginsel gevolgd. Alternatieven zijn:<sup>30</sup>

- De NZa formuleert in een beleidsregel criteria voor de beoordeling van mutaties in het aantal specialisten voor de budgetvaststelling.
- De NZa accepteert de opgave van de instelling als de specialisten ook daadwerkelijk aanwezig zijn (opgave in jaardocument).

De NZa concludeert dat de verzekeraars bij de budgettering geen actieve rol hebben; hun positie verandert in die zin dat in het vervolg het ziekenhuis formeel het enige aanspreekpunt is. Materieel zal dat niet veel verschillen van de bestaande situatie. Een risico voor de verzekeraars is dat de zorgplicht in het geding komt als de productie daalt als gevolg van het instellen van een omzetmaximum.

---

<sup>30</sup> Als een soort Z-waarde model wordt gehanteerd, is dit nodig, de mutaties in het budget worden dan gestuurd vanuit de productie.

Het is mogelijk om de bestaande procedures van de ziekenhuisbudgettering (gezamenlijke aanvragen, collectieve afspraken etc.) toe te passen voor de honorariumbudgettering. Zolang sprake is van voortzetten van het huidige budgetmodel, ligt dat eigenlijk wel voor de hand. De nacalculaties kunnen dan gecombineerd worden.





## 7. Tijdpaden

### 7.1 Kritieke pad voor invoering in 2011

De invoering van honorariumbudgettering in 2011 vergt een aantal volgtijdelijke stappen. In onderstaand schema zijn die stappen samengevat in combinatie met de verwachte doorlooptijd.

**Tabel 4. Verwachte doorlooptijd van de vereiste stappen van invoering**

Tijdpad	Actie
28 juni 2010	- Uitvoeringstoets naar VWS
juli 2010	- Besluitvorming VWS - Aanwijzing aan NZa - Nadere technische uitwerking budgetmodel o.a. mutatiesystematiek - Start inventarisatie ZBC's - Start met 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-september 2010	- Nadere regels en beleidsregel vaststellen - Aanpassen DBC-tarieven
december 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

Het opvragen van de gegevens bij de ziekenhuizen en ZBC's voor de onderbouwing van de grondslag van het honorariumbudget (zie paragraaf 4.5) kan pas starten als deze uitvoeringstoets is gepubliceerd en de NZa een aanwijzing of verzoek van de minister heeft ontvangen. Bij non respons kan de NZa via handhaving aanlevering afdwingen, maar daarmee is een aantal weken (circa zes) extra gemoeid. De NZa verwacht een totale doorlooptijd voor de gegevensverzameling en analyse van vier maanden. Hierbij wordt opgemerkt dat indien invoering per 2011 het uitgangspunt is, deze gegevensuitvraag tevens de basis voor de beschikkingen zou moeten zijn.

De NZa is daarnaast van mening dat partijen voor de aanpassing van de MTO en de toelatingscontracten aan de nieuwe situatie een redelijke termijn moeten krijgen. Zes maanden is een algemeen gehanteerde overgangstermijn voor dergelijke ingrijpende systeemwijzigingen. Uit het voorgaande volgt dat het tijdschema gericht op invoering van budgettering per 1 januari 2011 onuitvoerbaar is. De NZa adviseert dan ook om de budgettering niet per 2011 in te voeren maar dit jaar een besluit te nemen dat invoering op 1 januari 2012 plaatsvindt. Met het oog op dit advies wordt hieronder het tijdpad voor invoering op 1 januari 2012 geschetst.

## 7.2 Tijdpad voor invoering in 2012

Zelfs voor de invoering op 1 januari 2012 geldt dat er weinig ruimte in de planning bestaat. Met name het traject rondom de vereiste gegevensuitvraag (van vier maanden) en de tijd die aan partijen geboden zou moeten worden om na wetswijziging de MTO en toelatingscontracten aan de nieuwe situatie aan te passen (zes maanden) zijn daar debet aan.

Invoering van honorariumbudgettering per 1 januari 2012 is volgens de NZa haalbaar mits de Minister de NZa tijdig opdracht geeft om de gegevensuitvraag op te starten die noodzakelijk is voor de nadere technische uitwerking van het budgetmodel. Indien de Minister hiertoe in juli 2010 opdracht geeft voorziet de NZa het volgende tijdpad.

**Tabel 5. Tijdpad voor invoering per 1 januari 2012**

Tijdpad	Actie
28 juni 2010	- Uitvoeringstoets naar VWS
juli 2010	- Besluitvorming VWS - Aanwijzing/opdrachtbrief aan NZa - Nadere technische uitwerking budgetmodel o.a. mutatiesystematiek - Start inventarisatie ZBC's - Voorbereiden gegevensuitvraag - Start voorbereiden nadere regels en beleidsregels - Indien het onderlinge verkeer tussen instelling en medisch specialisten niet wordt gereguleerd, start met opstellen flankerend beleid (richtlijnen, richtprijzen en contract <i>best practices</i> )
augustus t/m december 2010	- Begin augustus gegevensuitvraag bij partijen - Doorlooptijd gegevensuitvraag en analyse - Aanpassen DBC tarieven
december 2010	- Wetswijziging (AIB Wmg) vastgesteld en gepubliceerd - Afronden analyse gegevens van uitvraag en besluit over methodiek - Partijen informeren over diens voorlopige budgetten - Partijen beginnen met aanpassing van MTO's en individuele contracten ziekenhuizen/ZBC's en specialisten
december 2010 t/m juni 2011	- Doorlooptijd van zes maanden na wetswijziging voor partijen om MTO en toelatingscontracten aan te passen - Nadere regels en beleidsregel afronden
1 juli 2011	- Beleidsregels gereed en gepubliceerd - Vaststellen budgetten en eventueel tarieven onderlinge declaraties - Afgeven tariefbeschikkingen door de NZa

## Bijlage 1. Verslag consultatiebijeenkomst

### Consultatiebijeenkomst budgettering medisch specialisten

Datum: 9 juni 2010

Tijd: 15.30 – 18.00 uur

Locatie: Kantoor NZa

Op woensdag 9 juni heeft een door de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: NZa) georganiseerde consultatiebijeenkomst over het consultatiedocument budgettering medische specialisten plaatsgevonden. Hierbij treft u een weergave aan van de belangrijkste punten die tijdens de bijeenkomst aan de orde zijn gekomen. Dit verslag beoogt nadrukkelijk geen uitputtende weergave te zijn van ingebrachte punten en gevoerde discussies.

#### *Opening*

De bijeenkomst werd geopend door de directeur Cure. Hij geeft daarbij aan dat de NZa erg benieuwd is naar de reactie van partijen op het consultatiedocument. Hierbij geeft dhr. Mulder aan dat de NZa de uitkomsten van de bijeenkomst zal benutten bij de afronding van het advies aan de minister van VWS en dat derhalve een constructieve bijdrage van partijen zeer op prijs wordt gesteld.

Door ZN (maar ook door andere partijen) wordt gemeld dat er onvoldoende afstemming met de achterban heeft kunnen plaatsvinden zodat er dus geen sprake is van een ZN standpunt maar een visie van experts.

#### *A. Vaststellen basisbudget*

Voor de vaststelling van het basisbudget kan worden gekozen voor a) historische omzet in een basisjaar of b) een normatieve opbouw. Beide mogelijkheden worden kort toegelicht.

Opmerkingen van partijen:

- De NVZ geeft aan dat het vaststellen van het basisbudget op basis van norm\*fte naar hun mening het meest eerlijk is, maar dat het definiëren van een fte zeer lastig is. Specialisten leveren niet alleen patiëntenzorg, maar besteden ook tijd aan onder meer research en opleidingstaken. Het alternatief, het vaststellen van het basisbudget op basis van historische omzet, is echter ook erg ingewikkeld.
- Ten aanzien van de correctie van de historische omzetten voor de gedifferentieerde korting is door de NVZ aangegeven dat zij in bepaalde ziekenhuizen de differentiatiepercentages niet kunnen plaatsen. Oorzaak is dat de gerealiseerde groei per specialisme per ziekenhuis enorm kan verschillen. De landelijke, gemiddelde, differentiatiepercentages worden niet geschikt geacht voor de correctie van lokale historische omzetten.
- ZKN geeft aan dat zowel historische omzet als norm\*fte voor de ZBC's tot problemen leidt onder meer vanwege de snelle groei. ZKN voelt niets voor budgettering maar geeft de voorkeur aan een herijking van de normtijden en het uurtarief. De NVZ geeft aan het geen optie te vinden de ZBC's buiten de budgettering te laten.
- Een ander probleem dat ZKN ziet is de vaststelling van een basisbudget voor nieuwe toetreders.
- ZN stelt dat wanneer uitgegaan wordt van een budget op basis van historische omzet een zo recent mogelijk, maar ook betrouwbaar jaar moet worden gekozen. Het jaar 2007 ligt dan het meest in rede, maar moet weer worden opgehoogd. Voor ZBC's zou een recenter jaar

- gekozen moeten worden. Fte's wordt weliswaar gezien als een goede basis voor een normbudget, maar de definitie is lastig.
- De Orde kan zich niet vinden in het voorgenomen budgetmodel van de minister. De Orde deelt wel de doelstelling van een beheerste kostenontwikkeling. Als het dan toch noodzakelijk is om naar een budgetmodel over te gaan met de medisch specialisten als budgethouder dan doet een basisbudget op basis van de historische omzet meer recht aan onder meer omzetverschillen en verschillen in casemix op lokaal niveau. Hierbij zou dan 2007 gebruikt moeten worden als basisjaar op macroniveau, waarbij deze geïndexeerd moet worden en gecorrigeerd voor de groeivoet. De honorariumomzetten 2009 kunnen dan gebruikt worden om het BKZ te verdelen over de instellingen. Voor instellingen die niet geparticipeerd hebben in de lumpsum moet een bijschatting worden gemaakt. Dit geldt tevens voor het B-segment. Ook de NVZ geeft aan 2007 het meest zuivere jaar te vinden als basis voor de bepaling van het macrobudget omdat hierin de systeem(weef)fouten van 2008 en 2009 niet worden meegenomen. De NVZ merkt echter wel op dat er bij ziekenhuizen grote volumeverschillen waren ten tijde van de lumpsum. Indien de lumpsum 2007 als vertrekpunt wordt genomen moet bij de herijking de volume verschillen (het volumegat) worden rechtgetrokken.
  - Een suggestie van partijen is nog om voor verschillende aanbieders een andere systematiek te kiezen, bijvoorbeeld historische omzet voor algemene ziekenhuizen en normatieve opbouw voor de UMC's.

#### *B. Mutatiesystematiek*

Er zijn twee type mutaties te onderscheiden te weten: productiemutaties en capaciteitsmutaties. Beide worden kort toegelicht.

Opmerkingen van partijen :

- ZKN geeft aan dat de quotahandel alleen maar geld gaat kosten.
- ZN merkt op dat de zorgverzekeraars een regierol hebben en zelf moeten kunnen bepalen waar zij de zorg inkopen en waar dus de capaciteit moeten zijn. Zoals de quotahandel nu lijkt te zijn gedefinieerd komen zorgverzekeraars buiten spel te staan. Voor de mutatiesystematiek zou gekeken moeten worden naar de ontwikkeling op basis van de ziekenhuisproductie, waarbij gedifferentieerd kan worden per specialisme.
- De NVZ geeft aan te willen kijken naar de mutatiesystematiek ten tijde van de lumpsum. Mogelijk kunnen er soortgelijke richtlijnen worden opgesteld waarmee het basisbudget wordt gemuteerd. Aandachtspunt hierbij zijn de ondersteuners. Ook het meebewegen met de groei van het kostendeel wordt genoemd. Aandachtspunt hierbij is dat de verhouding honorariumdeel/kostendeel verschilt per specialisme.
- De Orde geeft aan dat er een goede mutatiesystematiek moet komen. Te denken valt aan een variabele groei op basis van de mutatie van de kostenomzet, waarbij rekening wordt gehouden met de groei die met de zorgverzekeraars is afgesproken.
- ZKN voelt meer voor specialisme specifieke mutatiepercentages. De kostencomponent kan specialisme specifiek uitgevraagd worden. Dit geeft mogelijk wel problemen voor de ziekenhuizen.

*C. Flankerend beleid*

Verschillende mogelijkheden voor flankerend beleid worden toegelicht. Belangrijk hierbij is dat flankerend beleid niet leidt tot een verplichting.

Opmerkingen van partijen:

- Zowel de Orde als ZKN geven aan dat de randvoorwaarde is dat de vrijgevestigde medisch specialisten hun fiscale positie behouden. Het is essentieel dat vooraf duidelijk is welke criteria gelden voor het behoud van een onafhankelijk fiscale positie. Ook de NVZ vindt dat er vooraf duidelijkheid moet bestaan over het fiscale ondernemerschap. Het is voor de ziekenhuizen niet werkbaar wanneer met terugwerkende kracht het fiscale ondernemerschap van de medisch specialist komt te vervallen.
- De NVZ merkt op dat de geschetste mogelijkheden van flankerend beleid niet toereikend zijn. Enerzijds moeten er concrete instrumenten komen die verankerd zijn in regelgeving op landelijk niveau, zoals een regeling waarin staat hoe het budget achter de voordeur moet worden verdeeld. Anderzijds moet er wel ruimte blijven om lokaal af te kunnen wijken. Tevens moet er in de landelijke kaders ook een escape mogelijkheid worden ingebouwd indien de ziekenhuizen en specialisten er tijdens de onderhandelingen niet uitkomen (bijvoorbeeld een gentlemen's agreement/terugvaloptie).
- ZN is altijd voorstander geweest van integrale prijzen waarover de zorgverzekeraar onderhandelt met het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet daarbij wel de instrumenten in handen hebben om de onderhandelingen te kunnen voeren met de specialisten. Voorkomen moet worden dat er geen escalatiemogelijkheden zijn en de onderhandelingen stagneren hetgeen gevolgen heeft voor de te leveren zorg.
- De Orde geeft aan dat nu het momentum is voor herverdeling achter de voordeur, aangezien de tarieven ver af staan van de werkelijkheid. Gedacht kan worden aan landelijke modellen met de mogelijkheid om lokaal hiervan af te wijken. Tevens zullen er zowel zaken privaatrechtelijk als publiekrechtelijk (verplichting dat specialisten alleen mogen declareren indien ze aangesloten zijn bij een collectief) geregeld moeten worden.
- De NVZ merkt nog op zij de voorkeur heeft om met een collectief van maatschappen te onderhandelen over het honorariumbudget. ZKN geeft aan dat dit niet geldt voor de ZBC's, aangezien zij geen maatschappen kennen. ZBC's zullen met alle specialisten individueel moeten onderhandelen.

*D. Kritieke tijdpad*

Opmerkingen van partijen :

- Alle partijen onderschrijven dat invoering per 2011 niet haalbaar is vanwege de aanpassingen van contracten, raamovereenkomsten en de gegevensuitvraag.
- ZKN merkt op dat er bij de invoering van dit model een stap toegevoegd wordt aan het onderhandelingsproces. Zodra het honorariumbudget bekend is bij de instellingen dan zullen de instellingen gaan onderhandelen met de specialisten. Vervolgens vinden de onderhandelingen met de zorgverzekeraars pas plaats.
- ZN geeft aan dat de zorgverzekeraars zich moeten voorbereiden op de onderhandelingen. Rond juli beginnen de zorgverzekeraars met het opvragen van voorstellen aan de instellingen. Met de invoering conform het tijdpad kunnen de instellingen nog geen voorstellen doen, omdat de budgetten niet bekend zijn. Onderhandelingen kunnen dan niet eerder starten dan in december, dat is veel te laat.
- De NVZ geeft aan dat de tijd die het kost om aan de gegevensuitvraag te voldoen mede afhankelijk is van de gedetailleerdheid van de uitvraag. In het meest gunstige scenario gaat het enkele maanden

duren om aan de gegevensuitvraag te voldoen. Dit wordt door alle partijen gedeeld. ZKN merkt ook nog op dat de ondersteuners bij de ZBC's als kostencomponent worden gedeclareerd. Ook het aanpassen van de MTO's zal niet voor 1 januari 2011 lukken.

*Overige opmerkingen*

- De NVZ geeft aan dat wijzigingen van de juridische/fiscale positie van de medisch specialist mogelijk gevolgen kan hebben voor de doorberekening van kosten door het ziekenhuis aan de vrijgevestigde medisch specialist. Het gaat dan om allerlei praktijkkosten zoals verzekeringspremies, personeels- en administratieve kosten. Ziekenhuizen willen niet als bij-effect van het budgetmodel de rekening gepresenteerd krijgen als de juridische grondslag onder het doorberekenen van kosten zou komen te vervallen. Tevens geeft de NVZ aan dat alle risico's van het model geïnventariseerd, benoemd en op waarden geschat moeten worden in het advies aan VWS.
- ZN merkt op dat afdracht van de overschrijding zoals vermeld in het consultatiedocument naar de mening van zorgverzekeraars moet lopen via het zorgverzekeringsfonds. ZN zal aan VWS de argumenten aanleveren waarom de verwerking van de overschrijding moet doorwerken naar de zorgverzekeraars.
- ZKN wil meegeven dat er veel onrust bestaat bij zijn achterban, zeker bij de ZBC's die aan het bouwen zijn. De onzekerheid die de huidige dreiging van budgettering scheidt – de boel zit op slot – banken willen de ontwikkelingen afwachten voor ze willen financieren. Het budgetmodel is echt een grote stap terug voor de ZBC's.
- De NFU geeft aan dat het model geen belemmering mag zijn voor de invoering van DOT.

*Afsluiting en vervolgtraject*

De bijeenkomst wordt afgesloten door de directeur Cure. Alle aanwezigen worden hartelijk bedankt voor hun input en aanwezigheid. De consultatieperiode loopt tot en met woensdag 16 juni en schriftelijke reacties kunnen tot die datum worden gestuurd naar [prestatiebekostigingcure@nza.nl](mailto:prestatiebekostigingcure@nza.nl). De reacties, zowel mondeling als schriftelijk, worden meegewogen en waar mogelijk meegenomen in het advies. Het advies wordt uiterlijk maandag 28 juni worden verzonden aan VWS.