
Beleidsregel specifieke aanpassingssystematiek en verrekening lumpsum externe honorering lokale initiatieven vrijgevestigde medisch specialisten

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummer 1 van het Besluit werkingsfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992 (Stb. 1991, 732) laatstelijk gewijzigd bij besluit van 25 oktober 2002 (Stb. 2002, 527) en bij Besluit van 5 november 2002 (Stb. 2002, 549).
- b. De beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2003 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de nederlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
- c. De termijn waarvoor de beleidsregel geldt: onbepaald.
- d. De in deze beleidsregel genoemde bedragen zijn gebaseerd op het loon- en prijsniveau 2002.
- e. De geldigheidsduur van de goedgekeurde beleidsregel I-601 met betrekking tot de aanpassing externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp wordt hiermee beperkt tot 1 januari 2003.
- f. De geldigheidsduur van de goedgekeurde beleidsregel I-410 met betrekking tot de verrekening externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp wordt hiermee beperkt tot 1 januari 2003.
- g. De goedgekeurde beleidsregel I-637 komt hiermee te vervallen.
- h. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel specifieke aanpassingssystematiek en verrekening lumpsum externe honorering lokale initiatieven vrijgevestigde medisch specialisten'.

2. SPECIFIEKE AANPASSINGSSYSTEMATIEK VOOR DE LUMPSUM

2.1 De lumpsum kan jaarlijks worden aangepast met een bepaald bedrag. Dit bedrag is de optelling van de per specialisme berekende bedragen.

2.2 De berekening van het in lid 2.1 bedoelde bedrag geschiedt per specialisme als volgt:

2.3 Voor de polikliniekhoudende specialismen inclusief de pijnbestrijding wordt het verschil berekend tussen de aantallen eerste polikliniekbezoeken, dagverpleging en opnamen volgens de definitie in de functiegerichte budgettering voor ziekenhuizen in het jaar t enerzijds, en die aantallen in het jaar t-1 anderzijds.

Bedoeld worden hier de aantallen die bij de verrekening van het ziekenhuisbudget in het jaar t respectievelijk t-1 in aanmerking zijn genomen. Deze worden vermenigvuldigd met voor elk specialisme specifieke parameterbedragen voor eerste polikliniekbezoeken, dagverpleging en opnamen op prijsniveau jaar t.

2.4 In afwijking van het onder 2.3 bepaalde geldt voor de volgende poortspecialismen een afwijkende mutatiesystematiek:

- Voor het specialisme psychiatrie bedraagt de lumpsummutatie het verschil tussen de gevrijwaarde omzet in het jaar t en de gevrijwaarde omzet in het jaar t-1.
- Voor het specialisme radiotherapie bedraagt de lumpsummutatie het verschil tussen de gevrijwaarde omzet in het jaar t en de gevrijwaarde omzet in het jaar t-1.
- Voor het specialisme interne geneeskunde wordt naast de in 2.3 genoemde mutatie de lumpsum aanvullend aangepast met het verschil tussen de gevrijwaarde omzet in het jaar t en de gevrijwaarde omzet in het jaar t-1 uitsluitend voorzover het vermindert de verrichtingen betreft in het kader van de dialysefuncties.

- De onder het vorige gedachtestreepje bedoelde extra aanpassing van de lumpsum voor interne geneeskunde vindt slechts plaats, indien én voorzover de procentuele mutatie van de gevrijwaarde opbrengst samenhangend met de dialysefunctie in 2003 ten opzichte van 2002 hoger óf lager ligt dan de procentuele mutatie van de totale productie van de interne geneeskunde, berekend op basis van de specifieke parameterbedragen.
- Voor het specialisme cardiologie wordt naast de in 2.3 genoemde mutatie de lumpsum aanvullend aangepast met het verschil tussen de gevrijwaarde omzet in het jaar t en de gevrijwaarde omzet in het jaar t-1 uitsluitend voorzover het verrichtingen betreft in het kader van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV verrichtingen).
- De onder het vorige gedachtestreepje bedoelde extra aanpassing van de lumpsum voor cardiologie vindt slechts plaats, indien én voorzover de procentuele mutatie van de gevrijwaarde opbrengst samenhangend met WBMV-verrichtingen in 2003 ten opzichte van 2002 hoger óf lager ligt dan de procentuele mutatie van de totale productie van de cardiologie, berekend op basis van de specifieke parameterbedragen.

2.5 Op basis van de in 2.3 en 2.4 gevonden mutatiebedragen per specialisme wordt voor het jaar t de procentuele mutatie berekend van het totale lumpsumdeel van de aan het lokaal initiatief deelnemende polikliniekhoudende specialismen.

2.6 Voor elk ondersteunend specialisme wordt de lumpsummutatie berekend door het in lid 2.5 bedoelde mutatiepercentage te vermenigvuldigen met het lumpsumaandeel van het betreffende specialisme. Het lumpsumaandeel van de anesthesie wordt hierbij verminderd met het normatieve aandeel van het poortspecialisme pijnbestrijding.

2.7 De landelijk uniforme parameterbedragen per polikliniekhoudend specialisme worden berekend op basis van:

- De landelijke gegevens van de werkelijke honorariumopbrengsten in het jaar 2000 per specialisme, verhoogd met de prijsvrijwaring in het jaar 2000 voor dat specialisme.
- De landelijke gegevens van de werkelijke ziekenhuisproductie in 2000 van de FB-parameters eerste polikliniekbezoeken, dagverpleging en opnamen.
- De onder punt 2.8 vermelde wegingsfactoren, die per specialisme het onderlinge gewicht weergeven van de parameters, dat bij de parameterberekening wordt gehanteerd.
- De voor de lumpsum vigerende trendmatige aanpassingssystematiek naar het niveau voor de jaren 2001, 2002 en volgende jaren.

2.8 De in het vorige lid bedoelde wegingsfactoren per polikliniekhoudend specialisme, uitsluitend dienend voor de bepaling van de relatieve zwaarte van de parameters binnen een bepaald specialisme, en niet bedoeld voor vergelijking van de verschillende specialismen onderling, luiden als volgt:

| Specialisme | Eerste poli | Dagverpleging | Opname |
|-----------------------------------|-------------|---------------|--------|
| Oogheelkunde | 1 | 5 | 8 |
| KNO | 1 | 4 | 6 |
| Heelkunde | 1 | 5 | 10 |
| Plastische chirurgie | 1 | 6 | 9 |
| Orthopedie | 1 | 5 | 7 |
| Urologie | 1 | 3 | 7 |
| Gynaecologie | 1 | 3 | 7 |
| Neurochirurgie | 1 | 2 | 10 |
| Dermatologie | 1 | 2 | 3 |
| Interne | 1 | 2 | 3 |
| Kindergeneeskunde | 1 | 3 | 5 |
| Gastro-enterologie | 1 | 2 | 3 |
| Cardiologie | 1 | 5 | 6 |
| Longziekten | 1 | 1 | 2 |
| Reumatologie | 3 | 2 | 4 |
| Allergologie | 1 | 2 | 2 |
| Cardiochirurgie | 1 | - | 25 |
| Neurologie | 1 | 1 | 3 |
| Anesthesiologie (pijnbestrijding) | 1 | 3 | 5 |

3. DE VERREKENING

3.1 Door het CTG wordt per lokaal initiatief in het jaar t het verschil bepaald tussen enerzijds de omzet in het jaar t (zie punt 4) van de aan het lokaal initiatief deelnemende medisch specialisten en anderzijds de berekende lumpsum voor het jaar t.

De berekening van de lumpsum wordt hierbij gebaseerd op de beleidsregel "berekening externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp", met inachtneming van de

- in het jaar 2000 vigerende beleidsregel "aanpassing externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp voor een mutatie in het aantal specialistenplaatsen".
- in de jaren 2001 en 2002 vigerende beleidsregel "aanpassing externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp voor wijzigingen in de ziekenhuisproductie".
- de onder punt 2 genoemde aanpassingen van de externe lumpsum op basis van specifieke parameters.
- vanaf het jaar 2003 vigerende beleidsregel "beleidsregel tariefstelling DBC's algemene, categorale en academische ziekenhuizen".

3.2 Het te verrekenen bedrag voor het jaar t, zoals berekend in het voorgaande lid, van de aan het lokaal initiatief deelnemende medisch specialisten zal worden verrekend door middel van een toeslag of aftrek op het sluittarief van het bij het initiatief betrokken ziekenhuis.

3.3 Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

- a) **Voor de declaratie van de medisch specialistische hulp zijn de vigerende landelijke maximumtarieven voor medisch specialisten c.q. tandartsspecialisten van toepassing.**
- b) **De opbrengst van de gedeclareerde tarieven wordt op een centraal punt geadministreerd.**
- c) **De opbrengst van de gedeclareerde tarieven wordt uitgesplitst per specialisme per sector (ziekenfonds en particulier) en gewaarmerkt door een accountant met certificerende bevoegdheid, conform de voorschriften van het CTG.**
- d) **Een verzoek tot verrekening dient door alle bij het initiatief betrokken partijen te worden ondertekend.**

3.4 Een voorschot op de verrekening is mogelijk, vanaf 1 januari jaar t, indien:

- voor het desbetreffende jaar een door het Ministerie van VWS goedgekeurde raamovereenkomst van kracht is.
- de definitieve verrekening over het jaar t-2 dan wel de voorlopige verrekening over het jaar t-1 door het CTG in goede orde ontvangen is.

3.5 Voor de verrekening van het jaar t geldt dat indiening van de voorlopige verrekening dient plaats te vinden vóór 1 september jaar t+1, en van de definitieve verrekening vóór 1 september jaar t+2.

4. DEFINITIE OMZET

4.1 De omzet in jaar t die bij de in punt 3.1 genoemde verrekening dient te worden verantwoord betreft alle declaraties in jaar t voor hulp verricht door de deelnemende medisch specialisten en tandartsspecialisten.

Dit betreft de omzet inclusief de omzet op extramurale locaties, inclusief de omzet ten aanzien van de tarieven voor kosten eigen apparatuur en hulpkrachten en inclusief de declaraties die niet onder de ziekenfondsverzekering en/of particuliere verzekering vallen en ongeacht of de medisch specialist de prestaties heeft verricht in een of meerdere rechtspersonen.

Extramurale locaties zijn alle praktijkadressen die geen onderdeel uitmaken van het ziekenhuis.

4.2 Alleen praktijkdelen waarvoor door de Minister van VWS expliciet toestemming is verleend, dat deze niet deelnemen aan het initiatief, kunnen buiten de verrekening worden gelaten. De omzet in deze praktijkdelen omzet dient bij de verrekening wel afzonderlijk vermeld te worden.

4.3 Voor de verrekening van de per 1 januari 2003 vrijgestelde DBC's wordt verwezen naar de beleidsregel "beleidsregel tariefstelling DBC's algemene, categorale en academische ziekenhuizen".

4.4 Ontvangsten uit hoofde van keuringen, inlichtingen en rapporten dienen in geen van de op te geven omzetten te worden meegenomen.

4.5 Ontvangsten uit hoofde van het declareren per 1 oktober 2003 van het tarief voor steun en consultatie bij euthanasie in Nederland (SCEN-tarief) kunnen buiten de omzetopgave gehouden worden.

4.6 Indien er in de instelling sprake is van een lokaal initiatief medisch specialistische hulp en de instelling code A401 "medisch specialistische hulp door of vanwege het ziekenhuis" declareert, dan dient bij de verrekening tevens te worden verantwoord de opbrengst die meer is ontvangen dan er door de specialisten aan de instelling in rekening is gebracht.