

Advies

Bekostiging medisch specialisten

april 2008

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
2. Regulering medisch specialisten	11
2.1 Uitgangspunt NZa	11
2.2 Achtergrond	11
2.2.1 Regulering 2005-2007	11
2.2.2 Regulering 2008	12
2.3 Alternatief: regulering op instellingsniveau	12
2.4 Interviews medisch specialisten en bestuurders	13
2.4.1 Marktverhoudingen	13
2.4.1.1 Verhoudingen tussen medisch specialisten en bestuurders	13
2.4.1.2 Verhoudingen tussen medisch specialisten onderling	13
2.4.1.3 Werking van de bandbreedte	14
2.4.2 Draagvlak voor meer vrijheid	14
2.4.3 Uitvoerbaarheid	14
3. Advies regulering medisch specialisten	15

Vooraf

De Nederlandse ziekenhuiszorg maakt de laatste jaren veel veranderingen door. In plaats van het aanbodgestuurde FB-systeem, op basis waarvan ziekenhuizen jarenlang gebudgetteerd werden, komt er steeds meer een systeem van vraagsturing waarin de cliënt centraal staat. Als onderdeel van de uit te werken nieuwe bekostigingssystematiek, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa gevraagd een advies uit te brengen over de wijze van regulering van de honorariumtarieven van medisch specialisten binnen het systeem van prestatiebekostiging.¹ Dit heeft geresulteerd in het advies 'bekostiging medisch specialisten'.

Voor de belangrijkste bevindingen verwijzen wij u naar de managementsamenvatting.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

¹ VWS, Aanwijzing invoering uurtarief medisch specialisten, CZ/TSZ/2786422, 23 juli 2007

Managementsamenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa) is gevraagd om een advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit te brengen over de wijze van regulering van het honorarium van medisch specialisten binnen het systeem van prestatiebekostiging voor medisch specialistische zorg.

Ten aanzien van de bekostiging van medisch specialisten is het uitgangspunt van de NZa om vanaf 2012 voor de electieve zorg die dan vrije marktwerking kent ook de bekostiging van medisch specialisten aan de markt over te laten.

Voor de bekostiging van medisch specialistische zorg gelden nu reeds integrale tarieven. De opbouw en de besteding van de tarieven is voor wat betreft het onderdeel van medisch specialisten gereguleerd middels het uurtarief en normtijden. De bandbreedte rondom het normtarief biedt enige ruimte voor onderhandeling tussen bestuurders van ziekenhuizen en medisch specialisten. De NZa heeft onderzocht of het mogelijk is om reeds per 2009 een tussentijdse stap richting vrije bekostiging te zetten middels regulering op niveau van het ziekenhuis. Het ziekenhuis en de individuele medisch specialisten krijgen daardoor de volledige vrijheid om op DBC-niveau eigen honorariumafspraken te maken. De totale betalingen aan medisch specialisten in een jaar mogen, afgezet tegen het totaal aantal normuren in hetzelfde jaar, niet boven of onder het uurtarief van € 135,50 (prijsniveau 2008) +/- de bandbreedte van € 6 uitkomen.

De NZa heeft TNS NIPO opdracht gegeven om een kwalitatief onderzoek onder medisch specialisten en zorgaanbieders te verrichten.² Het doel van dit onderzoek was tweeledig: inzicht verkrijgen in de machtsverhoudingen en de daarbij behorende onderhandelingen tussen (1) bestuurders van zorgaanbieders en medisch specialisten en (2) medisch specialisten onderling.

De NZa adviseert om de bekostiging van medisch specialisten in 2009 niet te veranderen. De eerste signalen betreffende de machtsverhoudingen zijn wel positief. Uit het onderzoek van TNS NIPO blijkt dat de macht, die altijd bij de medisch specialisten lag, zich richting een meer gebalanceerde verhouding beweegt. Dit advies volgt echter te dicht op de reguleringsveranderingen van 2008 om met zekerheid te kunnen aannemen dat deze machtsverschuiving in voldoende mate heeft plaatsgevonden.

Tenslotte adviseert de NZa om géén onderscheid te maken in regulering van bekostiging van medisch specialisten in het B1-segment en het B-segment. Dit zou namelijk kunnen leiden tot een ongewenste verschuiving van capaciteit tussen de segmenten wanneer er een verschil in honorarium tussen de segmenten ontstaat.

De NZa is voornemens om begin 2009 opnieuw over een eventuele tussentijdse stap per 2010 of 2011 te adviseren. Dat advies wordt gebaseerd op een meer kwantitatief onderzoek naar de daadwerkelijke machtsverhoudingen tussen ziekenhuis en medisch specialisten en tussen medisch specialisten onderling. Ook de werking van de

² Begin 2008 heeft TNS NIPO interviews gehouden onder zorgverzekeraars, bestuurders van zorgaanbieders en medisch specialisten. De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek zijn te vinden op de website van de NZa: www.nza.nl

bandbreedte en de noodzaak om reguleringszekerheid te bieden zullen hierin worden meegenomen.

1. Inleiding

In zijn brief 'Waardering voor betere zorg' heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna VWS) de invoering van prestatiebekostiging voor medisch specialistische zorg aangekondigd.³

Als onderdeel van de uit te werken nieuwe bekostigingssystematiek, heeft de Minister van VWS de NZa verzocht een advies uit te brengen over de wijze van regulering van de honorariumtarieven van medisch specialisten binnen het systeem van prestatiebekostiging.⁴

De NZa heeft TNS NIPO opdracht gegeven om een kwalitatief onderzoek onder medisch specialisten en zorgaanbieders te verrichten.⁵ Het doel van dit onderzoek was tweeledig: inzicht verkrijgen in de machtsverhoudingen en de daarbij behorende onderhandelingen tussen (1) bestuurders van zorgaanbieders en medisch specialisten en (2) medisch specialisten onderling.

Hoofdstuk 2 gaat in op de regulering van medisch specialisten en hoofdstuk 3 bevat het uiteindelijke advies.

³ VWS, Brief aan de Tweede Kamer: "Waardering voor betere zorg", 13 juni 2007

⁴ VWS, Aanwijzing invoering uurtarief medisch specialisten, CZ/TSZ/2786422, 23 juli 2007

⁵ Begin 2008 heeft TNS NIPO interviews gehouden onder zorgverzekeraars, bestuurders van zorgaanbieders en medisch specialisten. De resultaten van dit kwalitatieve onderzoeken zijn te vinden op de website van de NZa: www.nza.nl

2. Regulering medisch specialisten

2.1 Uitgangspunt NZa

Het uitgangspunt van de NZa is om vanaf 2012 voor de electieve zorg die dan vrije marktwerking kent ook de bekostiging van medisch specialisten vanaf dat moment aan de vrije markt over te laten. Het vrijgeven van de bekostiging van medisch specialisten ligt in lijn met het vrijgeven van het kostendeel van de DBC's per 2012. Zodoende wordt de verantwoordelijkheid over de gehele bekostiging bij de zorginstelling gelegd.

Een integrale kostenbenadering en integrale tarieven zijn economisch wenselijk. De voordelen hiervan zijn:

- Integrale tarieven geven optimale substitutiemogelijkheden tussen productiefactoren.
- Integrale tarieven geven aanbieders de mogelijkheid om zuivere keuzes te maken op basis van bedrijfsmatige afwegingen (prijs, beschikbaarheid, flexibiliteit, kwaliteit, etc.).
- De bedrijfsvoering kan als gevolg van integrale tarieven zo doelmatig mogelijk worden ingericht.

Voor de bekostiging van medisch specialistische zorg gelden nu reeds integrale tarieven. De opbouw en de besteding van de tarieven zijn voor wat betreft het onderdeel van medisch specialisten gereguleerd middels het uurtarief en normtijden. De NZa heeft onderzocht of het mogelijk is om reeds per 2009 een tussentijdse stap richting vrije bekostiging te zetten middels regulering op niveau van het ziekenhuis. Dit alternatief is onderzocht in het kwalitatieve onderzoek van TNS NIPO.

De machtsverhoudingen tussen bestuurders van ziekenhuizen en medisch specialisten alsook tussen medisch specialisten onderling zijn van invloed op de optimale bekostiging van medisch specialisten. Voor een juiste afweging is inzicht in deze verhoudingen van belang. De NZa heeft overigens niet als doelstelling om in te grijpen in de machtsverhoudingen tussen bestuurders van ziekenhuizen en medisch specialisten en in de machtsverhouding tussen medisch specialisten onderling. De markt zelf dient juist de ruimte te worden gelaten om een balans te vinden. Pas wanneer de machtsverhoudingen dermate scheef liggen dat deze de werking van de markt belemmeren kan ingrijpen van de NZa nodig zijn.

2.2 Achtergrond

2.2.1 Regulering 2005-2007

Sinds 2005 vormen medisch specialisten een integraal onderdeel van de DBC-systematiek. Desondanks is er nog geen sprake van geheel integrale tarieven en is deelregulering van medisch specialisten blijven bestaan.

Het DBC-tarief is opgebouwd uit een kostenbedrag voor het ziekenhuis en één (of meerdere) honorariumbedrag(en) voor de medisch specialist(en). De honorariumbedragen zijn per specialisme per DBC bepaald op basis van de gevalideerde normtijd en het uurtarief. Het A-segment kende in de periode 2005-2007 specialisme-specifieke uurtarieven gebaseerd op historische omzetten. In het B-segment

bestond er in de periode 2005-2007 een specialisme-onafhankelijk macroneutraal uurtarief (148,50 niveau voor calculatorisch 2007).

Het ziekenhuis declareert het totale DBC tarief. De medisch specialist declareert het honorariumbedrag aan of via het ziekenhuis. Hierbij geldt dat het honorariumbedrag als maximumtarief fungeert. In het A-segment werd door deelnemers aan een lokaal initiatief het honorariumbedrag ter dekking van de lumpsum gebracht. Voor medisch specialisten buiten een lokaal initiatief vormden declaraties direct inkomen. In het B-segment vormt het honorariumbedrag voor alle medisch specialisten direct inkomen. Medisch specialisten in loondienst ontvangen een salaris van het ziekenhuis en declareren geen afzonderlijke honorariumbedragen aan of via het ziekenhuis.

2.2.2 Regulering 2008

Ten opzichte van de regulering in de periode 2005-2007 is er in 2008 een aantal belangrijke wijzigingen opgetreden:

- Het macroneutrale uurtarief is vervangen door een onderbouwd uurtarief (€ 135,50 niveau voor calculatorisch 2008).
- Het onderbouwde uurtarief wordt zowel in het A-segment als het B-segment gebruikt bij de tariefberekeningen (dus niet langer specialisme specifieke minuutprijzen in het A-segment). Hierdoor ontstaat er meer eenduidigheid tussen segmenten.
- In de declaratierelatie tussen ziekenhuis en medisch specialist fungeren honorariumbedragen niet langer als maximumtarieven, maar als bandbreedtetarieven. De bandbreedte is geëffectueerd als +/- € 6,00 op het onderbouwde uurtarief.
- Beëindigen van de lokale initiatieven. Hierdoor wordt een declaratie voor medisch specialisten direct inkomen en wordt er voor medisch specialisten reeds in 2008 prestatiebekostiging op basis van DBC's ingevoerd.
- Herijkte normtijden, waardoor de normtijden beter aansluiten bij de praktijk.

Met name het derde punt, de bandbreedte rondom het normtarief, biedt enige ruimte voor onderhandeling tussen bestuurders van ziekenhuizen en medisch specialisten. Dit advies spitst zich toe op de vraag of een verdere verruiming van de onderhandelingsruimte tussen ziekenhuis en specialist per 2009 gewenst is.

2.3 Alternatief: regulering op instellingsniveau

Doordat de DBC-systematiek op korte termijn vastzit aan normtijden en een uurtarief, is het aantal tussentijdse reguleringalternatieven beperkt.

Een mogelijk tussentijds alternatief voor het huidige reguleringsmodel is om de honorariumbedragen op niveau van het ziekenhuis te reguleren. Het ziekenhuis en de individuele medisch specialisten krijgen daardoor de volledige vrijheid om op DBC-niveau eigen honorariumafspraken te maken. Het ziekenhuis is in zijn prijszetting richting verzekeraar (in het B1-segment) dan ook niet gebonden aan een uurtarief en normtijd.

De totale betalingen aan medisch specialisten in een jaar mogen, afgezet tegen het totaal aantal normuren in hetzelfde jaar, niet boven of onder het uurtarief van € 135,50 (prijsniveau 2008) +/- de bandbreedte van € 6 uitkomen. Dit betekent dat wanneer het totaal aan vergoedingen voor medisch specialisten in een jaar wordt gedeeld door de normtijden van de productie van dat jaar, de uitkomst binnen de bandbreedte van het uurtarief moet liggen.

Voorbeeld

Ziekenhuis 1 heeft specialisten A en B in dienst. In 2008 betaalt het ziekenhuis aan beide specialisten tezamen € 100.000 aan honorarium. Hier staat een jaarproductie aan DBC's met een totale normtijd van 730 uur tegenover. Dit impliceert een gemiddeld uurtarief van € 137,00 hetgeen binnen de bandbreedte van € 129,50 – € 141,50 ligt. Hoe de € 100.000 over de twee specialisten en de geproduceerde DBC's wordt verdeeld, wordt aan het ziekenhuis en de specialisten zelf overgelaten.

Voor het B-segment is een tweede tussentijds alternatief voor de bekostiging van medisch specialisten om per 2009 reeds over te gaan op volledig integrale tarieven. Hierdoor zou het B-segment ook ten aanzien van de bekostiging van medisch specialisten een koploperpositie krijgen. Het vrijgeven van de honoraria van medisch specialisten in alleen het B-segment kan echter tot ongewenste prikkels leiden. Zo kan de productie in het B-segment voor medisch specialisten financieel aantrekkelijker worden, hetgeen ten koste van de productie in het A-segment kan gaan. Een dergelijk effect is te verwachten wanneer de marktmacht van bepaalde medisch specialisten tot hogere vergoedingen in het B-segment zou leiden. Dergelijke perverse prikkels dienen vermeden te worden. De NZa adviseert daarom om de regulering van medisch specialisten tussen het segmenten gelijk te houden.

2.4 Interviews medisch specialisten en bestuurders

Bij de beoordeling van het in de voorgaande paragraaf beschreven regulering op instellingsniveau spelen ten algemene twee aspecten een rol: wenselijkheid en uitvoerbaarheid. *Wenselijkheid* heeft betrekking op de vraag of de markt toe is aan meer vrijheidsgraden. *Uitvoerbaarheid* heeft betrekking op de uitvoeringstechnische implicaties voor het veld. De volgende alinea's gaan nader in op de diverse aspecten van de wenselijkheid en uitvoerbaarheid. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de praktijkervaringen van veldpartijen (medisch specialisten en bestuurders van ziekenhuizen) die uit het kwalitatief onderzoek van TNS NIPO naar voren komen.

2.4.1 Marktverhoudingen

2.4.1.1 Verhoudingen tussen medisch specialisten en bestuurders

Bestuurders en medisch specialisten zijn het er over eens dat de medisch specialisten ten opzichte van de ziekenhuizen in het verleden meer macht hadden. Deze macht was ondermeer het gevolg van de beperkte opleidingscapaciteit en de daaruit volgende schaarste van medisch specialisten en het natuurlijke kennismonopolie. De meeste medisch specialisten en bestuurders geven aan dat er momenteel echter als gevolg van de kostenbeheersing een verschuiving van de macht richting het ziekenhuis is waar te nemen. Bestuurders van ziekenhuizen hebben steeds vaker een economische achtergrond en zien het ziekenhuis als een 'bedrijf', waarbinnen kostenefficiëntie een steeds belangrijker aandeel krijgt.

2.4.1.2 Verhoudingen tussen medisch specialisten onderling

Er is consensus dat er tussen de verschillende specialismen grote verschillen in macht bestaan. De grote specialismen als chirurgie en interne geneeskunde worden als specialismen met veel macht aangewezen.

2.4.1.3 Werking van de bandbreedte

De werking van de (huidige) bandbreedte biedt bestuurders van ziekenhuizen de mogelijkheid om te differentiëren op het niveau van het specialisme of zelfs op individueel niveau. Daarmee kan recht worden gedaan aan kwaliteitsverschillen of schaarsteverhoudingen. De daadwerkelijke benutting van de bandbreedte kan daarmee als mogelijke indicator van machtsverhoudingen worden geïnterpreteerd.

Uit het onderzoek van TNS NIPO blijkt dat de beschikbare bandbreedte nog niet veel wordt benut. Dit zou kunnen duiden op een gebalanceerde machtsverhouding tussen bestuurders van ziekenhuizen en medisch specialisten en tussen medisch specialisten onderling. Bestuurders van ziekenhuizen geven zelf echter als reden aan dat ze het lastig vinden om de bandbreedte in praktijk te brengen. Voor hen is het vooralsnog onduidelijk hoe ze met de bandbreedte moeten omgaan. Ook geven zij aan dat medisch specialisten onderling moeten afspreken hoe zij deze bandbreedte verdelen – bestuurders van ziekenhuizen willen zich niet in deze discussie mengen. Medisch specialisten geven aan dat zij huiverig zijn voor de ontwikkelingen van honorariumdifferentiatie tussen verschillende maatschappen of zelfs binnen een maatschap. Zij verwachten dat dit leidt tot wrijving tussen specialisten.

Hoewel de beschikbare bandbreedte vooralsnog slechts beperkt wordt benut, moet wel rekening worden gehouden met een mogelijke aanlooperperiode. De bandbreedte is pas sinds kort ingevoerd waardoor het denkbaar is dat de markt zich nog moet aanpassen aan de mogelijkheden die deze vrijheidsgraad biedt. Daarmee is de bandbreedte op dit moment nog onvoldoende geschikt als indicator van machtsverhoudingen.

2.4.2 Draagvlak voor meer vrijheid

Zowel medisch specialisten als bestuurders laten zich overwegend negatief uit over het idee van meer vrijheden in het honorarium op korte termijn. De medisch specialisten geven aan dat dit rivaliteit kan opleveren hetgeen ten koste van de kwaliteit van zorg zal gaan. Van de geïnterviewde specialisten ziet een enkeling ook een positieve kant aan meer vrijheden in honoraria, doordat men als specialist geprikkeld zal worden de beste in het vak te willen zijn. Ook zullen medisch specialisten minder snel geneigd zijn naar privéklinieken uit te wijken wanneer de beloning binnen het ziekenhuis stijgt.

Een aantal bestuurders wijst er op dat meer vrijheden voor medisch specialisten gekoppeld zou moeten zijn aan mogelijkheden om meer medisch specialisten op te leiden zodat er sprake is van eerlijke marktwerking waarbij vraag en aanbod goed op elkaar afgestemd zijn. Ook de medisch specialisten zelf twijfelen over de mogelijkheden van meer marktwerking gezien het huidige tekort aan specialisten.

2.4.3 Uitvoerbaarheid

Over het algemeen verwachten medisch specialisten een toename aan administratieve lasten als gevolg van nieuwe controles wanneer een alternatief reguleringssysteem wordt geïmplementeerd. De NZa is van mening dat reeds ingrijpende veranderingen op de partijen afkomen, waardoor een verdere verandering ten aanzien van de vergoeding van medisch specialisten als een brug te ver kan worden ervaren.

3. Advies regulering medisch specialisten

Het uitgangspunt van de NZa is om vanaf 2012 voor de electieve zorg die dan vrije marktwerking kent ook de bekostiging van medisch specialisten aan de vrije markt over te laten. De NZa heeft overwogen of het mogelijk is om reeds per 2009 een extra stap richting de vrije bekostiging van medisch specialisten te zetten.

De NZa adviseert op dit moment om de bekostiging van medisch specialisten in 2009 niet te veranderen. De reden hiervoor is dat het momenteel nog niet duidelijk is hoe de daadwerkelijke machtsverhouding tussen het bestuur van een ziekenhuis en medisch specialist ligt. De eerste signalen betreffende de machtsverhoudingen zijn wel positief. Uit het onderzoek van TNS NIPO blijkt dat de macht, die altijd bij de medisch specialisten lag, zich richting een meer gebalanceerde verhouding beweegt. Dit advies volgt echter te dicht op de reguleringsveranderingen van 2008 om het effect daarvan met voldoende zekerheid te kunnen vaststellen.

Tenslotte adviseert de NZa om géén onderscheid te maken in de regulering van bekostiging van medisch specialisten in segmenten. Dit zou namelijk kunnen leiden tot een ongewenste verschuiving van capaciteit tussen de segmenten wanneer er een verschil in honorarium tussen de segmenten ontstaat.

De NZa is voornemens om begin 2009 opnieuw over een eventuele tussentijdse stap per 2010 of 2011 te adviseren. Dat advies wordt gebaseerd op een meer kwantitatief onderzoek naar de daadwerkelijke machtsverhoudingen tussen bestuurders van ziekenhuizen en medisch specialisten en tussen medisch specialisten onderling. De technische aspecten die het alternatief met zich meebrengen, zullen meegenomen worden in 2009. Ook de werking van de bandbreedte en de noodzaak om reguleringszekerheid te bieden zullen hierin worden meegenomen.