

**Reacties consultatiedocument
budgettering honoraria medisch
specialisten**

Inhoud

1. Consultatievragen budgettering honoraria medisch specialisten	5
2. Orde van Medisch Specialisten	7
3. NFU	11
4. ZKN	15
5. NVZ-bureau	19

1. Consultatievragen budgettering honoraria medisch specialisten

Inleiding

Onderstaande consultatievragen vormen een selectie van de belangrijkste onderwerpen die samenhangen met de introductie van een vorm van budgettering van de honoraria van medisch specialisten. De selectie van consultatievragen is gericht op drie thema's:

- Vaststellen basisbudgetten
- Mutatiesystematiek
- Flankerend beleid

Deze vragen dienen in samenhang met het consultatiedocument (in sheet-vorm) te worden gelezen. De vragen vormen de leidraad voor de consultatiebijeenkomst van 9 juni a.s. Naast de bespreking op basis van deze consultatievragen wordt tijdens de consultatiebijeenkomst ook ruimte geboden aan partijen om overige punten die partijen van belang achten aan de orde te stellen.

Consultatievragen

- Vaststellen basisbudgetten

Op sheet 41 worden twee grondslagen voor de budgetten genoemd, te weten de historische omzet van een basisjaar (bijv. 2009) en een normatieve grondslag, bijv. op basis van het aantal fte per instelling vermenigvuldigd met een normbedrag. Zie voor een verdere toelichting de betreffende sheet.

1. Indien de budgetten op historische omzet zouden worden gebaseerd en gelet op de uitvoerbaarheid en betrouwbaarheid van de grondslag:

A. Welk jaar zou als basisjaar de voorkeur verdienen?

B. Hoe kan volgens u de gedifferentieerde korting in de historische omzet worden verwerkt?

2. Indien de budgetten op een normatieve omzet van aantal FTE * normbedrag zouden worden gebaseerd en gelet op de uitvoerbaarheid en betrouwbaarheid van de grondslag:

A. Hoe kan volgens u het aantal FTE per instelling worden vastgesteld? Met andere woorden: wat is een éénduidige definitie van FTE?

3. *Welke budgetgrondslag verdient volgens u de voorkeur?*

– Mutatiesystematiek

Op de sheets 46 tot en met 49 wordt een aantal overwegingen ten aanzien van productiemutaties en capaciteitsmutaties genoemd. Zie voor een verdere toelichting de betreffende sheets.

4. Ten aanzien van productiemutaties kan worden gekozen voor het hanteren van een vast groeipercentage, een variabele groei (bijvoorbeeld op basis van de mutatie van de kostenomzet) of een mengvorm van de twee varianten:

A. Welke methode om het budget te muteren verdient volgens u de voorkeur (rekening houdend met selectief contracteren door de verzekeraars dan wel de keuzevrijheid van patiënten)?

B. Indien voor een (eventueel gedeeltelijk) variabele groei wordt gekozen, op welke parameters zou het variabele deel dan moeten worden gebaseerd?

5. Ten aanzien van capaciteitsmutaties:

A. Hoe kunnen wijzigingen in het aantal specialisten werkzaam in een instelling op betrouwbare wijze worden verwerkt in de budgetsystematiek?

B. Hoe kan functie uitbreiding of afstoting op betrouwbare wijze worden verwerkt in de budgetsystematiek?

6. *Heeft de genoemde optie van quotahandel meerwaarde ten opzichte van het voorgestelde budgetteringssysteem?*

– Flankerend beleid relatie instelling – medisch specialisten

De minister heeft in de voorhangbrief aangegeven dat hij partijen via flankerend beleid graag wil faciliteren in de onderhandelingen over de honorering. In het consultatiedocument is dit nader uitgewerkt in de sheets 61 tot en met 63. Het voornemen bestaat om hiervoor modelcontracten (good contracting principles) op te stellen. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan de volgende contractvoorwaarden:

- Prestatiebekostiging waarbij 70% van het honorarium wordt bepaald door pxq (op basis van de huidige 'gekorte' tarieven) en waarbij de resterende 30% via een bonussysteem kan worden uitgekeerd voor inzet op het gebied van kwaliteit of opleiding¹
- Loondienst/basisvergoeding met opslag voor prestatie in volume of kwaliteit.
- Bevoorschotting met verrekening van het budget achteraf onder de maatschappen of individu naar rato van de bijdrage in de totale productie.

7. *Zijn er volgens u overige methoden instrumenten denkbaar die het ziekenhuis houvast/comfort kunnen bieden in zijn rol als financieel verantwoordelijke voor de honorariabudgetten?*

¹ Denk aan: verkorten van de ligduur, richtlijn conform handelen, daling van het aantal heroperaties, toepassing IFMS, bij-nascholing, begeleiding AIOS et cetera.

2. Orde van Medisch Specialisten



Reactie Orde op consultatiedocument invoering budgettering honoraria medisch specialisten

Algemeen

De Orde deelt de doelstelling van de minister van een beheerste kostenontwikkeling in de curatieve zorg. De Orde pleit dan ook al lang voor het opnieuw herijken van de tarieven op basis van een nieuw TBO en capaciteitsonderzoek. De Orde kan zich ook voorstellen dat tijdelijk wordt teruggegrepen naar een budgetmodel. Een budget, beheerd door de specialisten en gevuld door declaraties via het ziekenhuis met gebruikmaking van een integraal tarief en een verdeling achter de voordeur waarbij excessen worden uitgebannen en loon naar werken uitgangspunt is. De Orde heeft dit model ook in een eerder stadium bij de NZa mondeling ingebracht.

Fiscaal ondernemerschap

De Orde kan zich niet vinden in het voorgenomen budgetmodel van de minister. Het voornemen is ondoordacht en brengt ingrijpende consequenties met zich mee. De voorgenomen wijzigingen in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) brengen belangrijke ongewenste en contraproductieve wijzigingen aan in de onderlinge verhoudingen tussen de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaar, het ziekenhuis en de patiënt.

Aanpassingen Wcz

De nieuwe Wet Cliëntenrechten zorg gaat binnenkort naar de Tweede Kamer. Volgens het voorontwerp van deze wet wordt een groot aantal patiëntenrechten overgeheveld van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst naar de Wet cliëntenrechten zorg en wijst deze wet ondubbelzinnig - en met uitsluiting van de medisch specialist - het ziekenhuis aan als partij die jegens de patiënt verantwoordelijk is voor de naleving van die patiëntenrechten. Het ziekenhuis zou deze verantwoordelijkheid moeten waarmaken door de medisch specialist aanwijzingen te geven en afspraken met hem/haar te maken. Hierdoor dreigt een gezagsverhouding die de toelatingsovereenkomst onder de definitie van een arbeidsovereenkomst brengt en die het ziekenhuismanagement niet kan waarmaken in verband met het ontbreken van de noodzakelijke know how.

Aanpassingen Wmg

Indien wettelijk wordt vastgelegd dat de medisch specialisten niet meer via het ziekenhuis aan de zorgverzekeraar/patiënt declareren, maar aan het ziekenhuis vormt dit een ernstige bedreiging van het ondernemerschap van de medisch specialisten in fiscale zin. De minister van Financiën stelt in de brief van 15 maart 2010 dat het zelfstandig declaratierecht essentieel is bij de beantwoording van de vraag of iemand fiscaal als ondernemer kan worden aangemerkt. De minister van Financiën heeft evenwel ten aanzien van het zelfstandig declaratierecht en het debiteurenrisico ook in brieven van 29 september 2005 en 11 november 2005 gewezen op het bijzondere belang van het 'aan' en 'via' declareren.

Rechtsonzekerheid

De minister stelt weliswaar in zijn brief van 26 april 2010 dat hij het vrij ondernemerschap en loondienst als gelijkwaardige opties benadert, maar in zijn voorstel ligt besloten dat de mogelijkheid om via het ziekenhuis te declareren aan de patiënt of de zorgverzekeraar door de overheid wordt beëindigd. Indien de belastingdienst pas achteraf (na enkele jaren) beoordeelt of er sprake is van een fictief dienstverband zorgt dat voor grote rechtsonzekerheid bij medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren én niet in de laatste plaats bij ziekenhuizen. Medisch specialisten dreigen schade te leiden door het verlies van fiscale ondernemersfaciliteiten en ziekenhuizen worden met terugwerkende kracht inhoudingsplichtig en afdrachtplichtig voor de loonbelasting en de premies voor de werknemersverzekeringen. Deze rechtsonzekerheid is niet acceptabel. Daarbij komt dat het eventuele verlies van het ondernemerschap en het daaruit voortvloeiende goodwillverlies tot een miljardenclaim zal leiden waarvoor de Staat als veroorzaker op verschillende gronden aansprakelijk kan worden gehouden. Het is niet verantwoord het 'via' declareren af te schaffen zonder uitdrukkelijke voorafgaande bevestiging van de minister van Financiën dat de fiscale ondernemersstatus ook in dat geval behouden kan blijven.

Algemene reactie op sheets Consultatiedocument

- De NZa stelt in sheet 2 dat het budgetteringsmodel een stap terug lijkt in de regulering van de curatieve zorg. Het zijn echter twee stappen terug in de tijd, aangezien niet alleen A-segment maar ook B-segment onder een budget komt te vallen. Dit betekent dat niet wordt teruggekeerd naar de periode van voor 2008 maar de periode voor 2005.
- In sheet 10 stelt de NZa dat het model van de Orde niet afdwingbaar is. De Orde bestrijdt dit. Zoals ook in sheet 53 en 60 wordt gesteld dat de NZa aan een civielrechtelijke overeenkomst publiekrechtelijke eisen kan stellen. De Orde onderschrijft ook niet de stelling van punt 3 dat het niet wenselijk is om kosten en honoraria gescheiden te houden. De NZa doet dit in de overgangperiode namelijk ook. (zie onder andere sheet 12, punt 2)
- Sheet 12: Als het doel van de minister/ politiek is om meer comfort te krijgen op de uitgaven van de medisch specialistische zorg, kan worden volstaan met het invoeren van een budget voor medisch specialisten. Het is niet noodzakelijk om de declaratiestromen (aan of via) aan te passen en daarmee de fiscale status van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar in gevaar te brengen.
- Uitgaande van het voorontwerp zal een van de wijzigingen in de Wcz zijn dat een groot aantal rechten en plichten die nu nog onderdeel zijn van de geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en de patiënt worden overgeheveld naar het ziekenhuis als (enige) zorgaanbieder. In sheet 14 van het consultatiedocument wordt nog een stap verder gegaan en verdwijnt de geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en de patiënt helemaal.
- In sheet 25 en 26 stelt de NZa dat er sprake is van een diversiteit aan productieprikkels. Dit klopt. Tot nu toe was het ziekenhuis in A-segment gebudgetteerd en was er voor de medisch specialist een openeind bekostiging. In het voorstel zal het ziekenhuis in het B-segment openeind bekostiging hebben en worden medisch specialisten gebudgetteerd. Kortom de productieprikkels veranderen compleet, maar blijven niet gelijkgericht.
- In sheet 33 stelt de NZa dat het logisch is om de omzet van het B-segment van medisch specialisten in dienstverband onder het budget te laten vallen. In dat kader wordt voorgesteld om de eerdere schoning van de loondienstcomponent van het B-segment ongedaan te maken. De Orde wil in ieder geval vaststellen dat onderbrenging van vrije honorariumomzet door medisch specialisten in dienstverband niet ten koste kan gaan van het macrokader medisch specialisten.
- Naar aanleiding van sheet 34: De omzet van medisch specialisten in dienstverband moet buiten het geoordeelde budget blijven van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Zie in dat licht ook sheet 37.
- Sheet 36: Honoraria ivm derde compartimentszorg (onverzekerde zorg) valt net als dat zo is bij de ziekenhuizen niet onder de budgettering

Naar aanleiding van de consultatievragen:

- 1a De Orde wijst het in het consultatiedocument uitgewerkte budgetvoorstel af. Als het noodzakelijk is om naar een budgetmodel over te gaan met de medisch specialisten als budgethouder kan het macrobudget worden gebaseerd op het jaar 2007 inclusief indexering (inflatie en groei). Eventueel kan de omzet in 2009 gebruikt worden als weegfactor om het budget te alloceren. Het dienstverband moet buiten het honorariumbudget van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren worden gehouden.

- 1b De Orde is geen voorstander van de door de NZa gevolgde berekeningsmethodiek van de gedifferentieerde korting. De Orde concludeert dat de berekeningen van de NZa inzake de differentiatie opnieuw leiden tot nieuwe ongewenste en onverklaarbare uitkomsten.
- 2a Er is geen eenduidige definitie voor fte bij medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.
- 3 Budgetvaststelling op grond van een normatieve omzet en een onbekende definitie van fte is onacceptabel. Het gebruik van historische omzet doet recht aan omzetverschillen tussen ziekenhuizen.
- 4a Productiemutatie: variabele groei op basis van de mutatie van de kostenomzet. Hierbij moet rekening worden gehouden met de groei die met de zorgverzekeraars is en wordt afgesproken. Overschrijdingen van het makrokader als gevolg van afspraken met zorgverzekeraars mag niet (eenzijdig) worden verhaald bij de zorgaanbieders.
- 4b FB-parameters in A-segment en DBC's in B-segment
- 5a Er hoeven geen aantallen medisch specialisten in de budgetten worden verwerkt. Het budget muteert en achter de voordeur wordt bepaald over krimp en groei.
- 5b Zie 5a
- 6 De sheet inzake handel in 'quota' is onvoldoende uitgewerkt om daar een afgewogen antwoord op te geven. Natuurlijk is flexibiliteit gewenst in verband met de wenselijkheid om in de toekomst meer tot vorming van profielziekenhuizen te komen. Onduidelijk is evenwel hoe de bevoegdheden zijn verdeeld tussen NZa, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten.
- 7 De Orde wijst het in het consultatiedocument beschreven budgetmodel af. In het licht van dat model acht de Orde het niet zinvol in te gaan op de vragen inzake flankerend beleid.

Orde, 16 juni 2010

3. NFU

Hierbij zenden wij u de reactie van de NFU met betrekking tot de consultatie budgettering honoraria medisch specialisten

VWS heeft de NZa gevraagd een model uit te werken voor budgettering van de honoraria ter voorkoming van overschrijdingen in de toekomst. Indien er meer aan honoraria is gedeclareerd door het ziekenhuis dan het budget dan moeten deze extra opbrengsten worden afgestort. Bij een onderschrijding vindt geen verrekening plaats.

De NZa heeft ter voorbereiding van het advies aan VWS (28 juni) partijen geconsulteerd over de voorgenomen uitwerking. De consultatie vond plaats in de vorm van presentaties. Dit betekent dat niet alle voornemens eenduidig zijn te interpreteren. In het bijzonder ten aanzien van de UMC's specifiek (waar de medisch specialisten in loondienst zijn) is het voorgenomen model slechts summier uitgewerkt. Het is voor de NFU daarom pas mogelijk een formele reactie te geven als het model nader is uitgewerkt. Dit zal plaatsvinden op basis van het advies aan de Minister.

Een aantal algemene punten kan echter al wel worden vermeld:

Ten aanzien van de reikwijdte van de budgettering stelt de NZa dat ook de ZBC's en de specialisten in loondienst onder deze budgettering zouden moeten vallen. De NFU acht dit noodzakelijk. Omtrent de noodzaak van een gelijk speelveld en het ontbreken daarvan, heeft de NFU zich al meerdere malen tot de NZa en het ministerie van VWS gewend:

- brief aan de NZa van 6 oktober 2009 (kenmerk 09.3858/VV/LVDT)
- brief aan de NZa van 22 oktober 2009 (kenmerk 09.3872/BM/LVDT)
- brief aan de NZa van 5 januari 2010 (kenmerk 09.4955/VV/LVDT)
- brief aan VWS (CC NZa) van 25 januari 2010 (kenmerk 10.0230/RP/LVDT)

Tot nu toe heeft de NFU, ondank toezeggingen hieromtrent van de zijde van de RvB van de Nza overigens nog geen reactie mogen ontvangen.

In het voorgestelde model voor de bekostiging van de honoraria van de medisch specialisten wordt meer recht gedaan aan het principe van een gelijk speelveld. Net als de honoraria van de specialisten in loondienst worden nu ook de honoraria van de vrijgevestigd specialisten gebudgetteerd. Onduidelijk is nog de wijze waarop het normbudget voor de UMC's wordt vastgesteld. De wijze waarop dat gebeurt, moet recht doen aan de achterstand waarop de UMC's zijn gezet doordat voor de vrijgevestigde medische specialisten zowel voor als na afschaffing van de lumpsum de honorariuminkomsten in ieder geval hebben kunnen mee fluctueren met de productie.

Daarnaast pleiten wij ervoor dat de mutatiesystematiek voor het honorariumbudget voor de UMC's op gelijke wijze wordt vormgegeven als voor de vrijgevestigde specialisten. Uit de stukken voor de consultatie komt de aanpak voor de mutatiesystematiek voor specialisten in loondienstverband niet duidelijk naar voren.

Bijlage: Reactie op de vragen

Algemene opmerkingen:

- Door de gekozen vorm van het consultatiedocument (in een presentatie van 73 sheets) is een aantal uitspraken multi-interpretabel en zonder nadere uitleg niet direct te begrijpen. Ook na de uitleg op 9 juni is er geen volledige eenduidigheid.
- Het consultatiedocument gaat vooral over de aansluiting op huidige systematiek: FB/DBC en slechts zijdelings over transitiebekostiging en prestatiebekostiging in de eindsituatie onder DOT. (sheet 30/31).
- Veel onderdelen uit het consultatiedocument zijn vooral interessant voor de ziekenhuizen met vrijgevestigde specialisten maar niet van directe invloed op de UMC's.

Vaststelling normbudget

De NFU kan zich vinden in de keuze om uit te gaan van de historische omzet als basis voor de vaststelling van het normbudget.

De bepaling van de historische honorariumomzet is lastig omdat de correcties voor de overschrijdingen 2008/2009 nog moeten verwerkt. 2010 is als basisjaar geen optie omdat de omvang daarvan voor 2011 niet bekend is. De omzetten 2008 en 2009 kunnen echter niet zonder correctie worden toegepast. Hierbij willen wij nogmaals wijzen op het ongelijke speelveld dat al enige jaren bestaat.

Een normering op basis van aantallen FTE* norminkomen stuit op praktische problemen.

Ten eerste bij het vaststellen van het aantal FTE:

- Voor vrijgevestigden op basis van toelatingsovereenkomst (wat is een fte MS)
- Voor loondienst zou het aantal gebaseerd worden op arbeidsovereenkomsten.

Niet benoemd in het stuk is hoe omgegaan wordt met de aantallen fte's van de UMC's. Als alle arbeidsovereenkomsten geteld worden zal het aantal fte naar verwachting verdubbelen ten opzichte van de huidige aantallen in het artskostenbudget.

Daarnaast is het vanuit macroperspectief lastig een norminkomen vast te stellen. Hier komt de ongelijkheid van de huidige bekostiging pregnant naar voren.

Als nadeel van de optie om het prijsniveau 2009 te hanteren noemt de NZA dat toepassing van het norminkomen macro tot 140 miljoen meerkosten zou leiden als gevolg van oplussing van het artskostenbudget bij de UMC's (bij een gelijk blijvend aantal fte in het artskostenbudget). Hoewel het bedrag van 140 miljoen aan de hoge kant is ligt, ligt hier wel ons punt van het ongelijke speelveld aan ten grondslag. Overigens ligt het genoemde norminkomen boven het norminkomen zoals genoemd in een ander consultatiedocument van de NZA over de differentiatie van de kortingen (209.907). In datzelfde stuk becijfert de NZA dat ook na de korting de honoraria van de vrijgevestigde MS ruim boven de norm uitkomen. Op basis van deze cijfers is het waarschijnlijk dat de eventuele meerkosten bij de UMC's gecompenseerd worden door de besparing bij de vrijgevestigden ook nog ten opzichte van de al gekorte tarieven 2010.

De optie om het norminkomen te baseren op de artskostennorm levert logischerwijs een hele grote besparing op macro gezien. Voor de UMC's levert dit geen nadeel op ten opzichte van de huidige situatie.

Mutatiesystematiek normbudget

In de sheets wordt onderscheid gemaakt tussen productiemutatie en capaciteitsmutatie. Het is niet duidelijk hoe de verschillende mutatiemethodes zich tot elkaar verhouden, kan dit tegelijkertijd? Ook is onduidelijk wie over deze mutaties beslist, vooral ten aanzien van de capaciteitsmutatie. Dit ook in relatie tot de rol van verzekeraars bij het honoraria budget model. Collectieve uitspraken over capaciteitsgroei worden gedoogd voor de duur van het FB: hoe moet dit dan onder een eventueel transitie model of in het eindmodel?

Flankerend beleid:

Geen opmerkingen vanuit de NFU

Specifieke punten voor UMC's

- Artskosten budget valt niet onder macrokader en daarmee ook niet onder de aanwijzing van VWS. De NFU pleit voor een gelijk speelveld en in die zin lijkt het logisch dat de honoraria van de medisch specialisten ook onder hetzelfde regime vallen. Wij willen echter benadrukken dat deze niet hebben bijgedragen aan de hoge overschrijdingen in de afgelopen jaren.
- In de uitwerking kan afgeleid worden dat alleen het B-segment door middel van een ontschoning onder de budgettering wordt gebracht en dat verder alles bij het oude blijft, artskostenbudget wordt dan de budgettering voor de honoraria. Wij pleiten ervoor dat er een gelijk speelveld ontstaat, zowel bij de omzetting in 2011 als bij de mutaties vanaf 2011.
- Er is een incentive om patiënten door te sturen nadat het budget binnen is. Het pleidooi om de onderlinge dienstverlening ook onder het budget te brengen ondersteunen wij daarom niet. Dit is lastig, mede in combinatie met de last resortfunctie van de UMC's.

Overige opmerkingen

Niet duidelijk is wat er gebeurt met mutaties in onderlinge dienstverlening? Temeer een punt daar er een incentive is om patiënten door te sturen zodra honorariumbudget binnen is.

Het tijdpad is krap, de invoering wordt gebaseerd op gegevensuitvragen aan het veld, hoe kan de juistheid van de basisgegevens worden geborgd?

4. ZKN



ZKN reactie op voornemen budgettering honoraria medisch specialisten

Algemeen

ZKN begrijpt dat de honoraria dusdanig gestegen zijn dat er ingegrepen moet worden, maar budgettering is het slechtste middel hiervoor.

Zelfstandige Klinieken zijn gemiddeld 20% goedkoper dan ziekenhuizen, de kosten van honoraria medisch specialisten zijn gelijk aan die van de ziekenhuizen. Het aandeel honoraria is ongeveer 15% van de totale kosten. De beoogde daling van de kosten medisch specialist is veel lager dan dat zelfstandige klinieken goedkoper zijn dan ziekenhuizen. In plaats van de ontwikkeling van het aantal zelfstandige klinieken te stimuleren wordt de groei door budgettering van het honorarium medisch specialisten beperkt.

Nadelen budgettering

Het verleden heeft bewezen dat door budgettering de toegangstijden en wachtlijsten toenemen. De kans dat postcode geneeskunde weer zijn intrede doet neemt toe. Kortom het verleden heeft bewezen dat budgettering een slecht bekostigingsmiddel is. Ook een reden om niet aan budgettering te beginnen.

Praktisch gezien is het bijna onmogelijk om zelfstandige klinieken te budgetteren. De meeste klinieken maken jaarlijks een grote groei door, dat is ook logisch, het zijn allemaal jonge bedrijven die in de opbouw zijn. Ook starten er jaarlijks enkele tientallen klinieken of ZBC's, een goede ontwikkeling. Marktwerking betekent prijsvorming in concurrentie. Gelet op het aantal ziekenhuizen en de regionale spreiding zullen in een groot aantal regio's de ZBC's de functie van aanjager van de marktwerking vervullen. Door het huidige voornemen van minister Klink om de honoraria op instellingsniveau te fixeren, wordt de continuïteit voor al deze starters ter discussie gesteld. Een ongewenste situatie, ook de banken kijken met argusogen naar deze ontwikkeling.

Alternatief

Het nadeel van budgettering is ook dat het werkelijk probleem van de honoraria tariefmatig niet wordt opgelost. De onbalans tussen tarief en werkelijke inspanning blijft bestaan. Naar het oordeel van ZKN moet deze onbalans in de tarieven opgelost worden in plaats van te gaan budgetteren. Het is ook oplosbaar. We hebben 2 bekenden en 1 onbekende en dat betekent een oplosbare vergelijking. De 2 bekenden zijn het uurtarief en het norminkomen, de onbekende het werkelijk aantal minuten per DBC. Door in de ziekenhuizen en klinieken te onderzoeken wat per specialisme de omzet is geweest gedurende een bepaalde periode en wat de aanwezigheid van de specialist was, kan er op specialisme niveau een factor bepaald worden waarmee de minuten per DBC gecorrigeerd moeten worden. De wetenschappelijke

verenigingen kunnen daarna, indien gewenst of noodzakelijk, eventueel het aantal minuten per afzonderlijke DBC macro neutraal differentiëren. Voor de korte termijn is dit niet nodig.

Het voordeel is dat er een relatie bestaat tussen het tarief en de inspanning, ofwel het loon naar werken principe gehandhaafd blijft. Er zullen geen wachtlijsten ontstaan en de toegangstijden zullen niet oplopen.

ZKN en het Consultatiedocument van de NZa.

Voor het geval de budgettering onverhoopt toch doorgaat willen we volledigheidshalve op de door de Nederlandse Zorgautoriteit verstrekte informatie en hetgeen op 9 juni tijdens de consultatiebijeenkomst is gepresenteerd, reageren.

Zorgquotum

Door evenals bij de melkquota een systeem van zorgquota te introduceren is de kans groot dat de zorg duurder wordt in plaats van goedkoper. Een kliniek die zorgquotum koopt, moet de aankoopkosten in zijn verkoopprijs verwerken, die gaat dus omhoog en het is maar afwachten of de verkopende partij de opbrengst ten gunste brengt (of kan brengen) van zijn verkoopprijzen. Per saldo wordt door de introductie van zorgquota de zorg duurder en niet beter. ZKN wijst dit af.

Geen loondienst

ZKN opteert er voor dat medisch specialisten zelfstandig ondernemer blijven. In het consultatiedocument wordt niet op de positie van de medisch specialist ingegaan. Wel duidelijk is dat de NZa opteert voor declareren aan de kliniek in plaats van via de kliniek. Voorwaarde moet zijn behoud van zelfstandigheid. Als dit niet van te voren gegarandeerd is kunnen we in een situatie komen dat de fiscus achteraf van oordeel is dat er sprake is van loondienst met alle financiële gevolgen voor de kliniek. Ook kan er dan een goodwillclaim komen van de medisch specialisten. De positie van de medisch specialist moet en detail uitgewerkt worden en er moeten garanties van de overheid komen dat de zelfstandigheid van de medisch specialist gegarandeerd blijft.

Wachlijsten en postcode geneeskunde

In het consultatiedocument wordt geheel voorbijgegaan aan de kans op toename van de wachlijsten en postcode geneeskunde. Het verleden heeft aangetoond dat dit een van de gevolgen van budgettering is. Het systeem van budgettering staat ook haaks op de beoogde marktwerking in de zorg en zal vertragende invloed hebben op de realisatie van de marktwerking en de daarmee gepaard gaande kostendaling per DBC.

Basisjaar budgettering

Ingeval er onverhoopt toch beslist wordt voor budgettering dan opteert ZKN voor de omzet als basis in plaats van een bedrag per full time medisch specialist. In praktische zin zou dit dus de omzet in t-1 of t-2 zijn. Maar in het jaar t is elke kliniek al weer sterk gegroeid en zou de kliniek in problemen komen als er geen automatische aanpassing van het budget is. Een dynamische aanpassing is vereist. Gebeurt dit niet dan zal de kliniek moeten besluiten om andere zekerheden in te bouwen en bijvoorbeeld de verzekeraars geen korting meer geven. Dit werkt ook kostenprijshogend.

Nieuw te openen klinieken

Er moeten duidelijke regels komen waar een nieuwe kliniek op kan rekenen. Elk jaar komen er 30 à 40 nieuwe klinieken bij. Zij en de financiers hebben recht op transparantie. De onrust onder de initiatiefnemers die op dit moment bezig zijn met de oprichting van een nieuwe kliniek, neemt duidelijk toe.

Juridisch kader

In de consultatiedocument ontbreekt een juridische beschouwing. We missen een toetsing aan de mededingingswet en het principe van vrij verkeer van goederen diensten. Naar het oordeel van ZKN mag een dergelijke beschouwing van de NZa en/of VWS niet ontbreken. We moeten voorkomen dat we van de ene procedure naar de andere gaan.

Ook het niet kunnen/mogen declareren als er geen NZa honorarium budget is afgegeven lijkt ons juridisch kwetsbaar. Het is naar ons oordeel noodzakelijk dat het juridisch kader geheel wordt uitgewerkt door VWS en de NZa alvorens er een besluit wordt genomen. Dit is ook transparant naar betrokkenen.

Oorzaak bovenmatige groei

In het consultatiedocument staat dat de ZBC's bijgedragen hebben aan de bovenmatige groei. Inderdaad draagt elke gedeclareerde euro bij aan de kosten medisch specialisten, maar hier hoort bij betrokken te worden dat er noodzakelijke zorg voor geleverd is en dat per saldo een ZBC goedkoper is dan een ziekenhuis. Alle reden om de ZBC's te vrijwaren van budgettering.

Productiemutatie

In sheet 47 gaat u verder in op de mutatie van het honorariumbudget bij productiemutaties. Gelet op de fase waarin de meeste ZBC's verkeren is naar ons oordeel de enige mogelijkheid dat het honorarium zich rechtlijnig ontwikkelt met de omzet van de kliniek. Het heeft onze voorkeur om dit in een percentage uit te drukken van de omzet vòòr korting zorgverzekeraars. De hoogte van het honorarium budget moet niet afhankelijk zijn van de omvang van de overeengekomen korting. De onderhandelingen met de zorgverzekeraars worden dan niet verstoord door het belang om geen korting te geven om het honorariumbudget zo hoog mogelijk te houden. Om alle plannen die op dit moment gerealiseerd worden de nodige zekerheid te geven moet op hele korte termijn absolute duidelijkheid worden gegeven hoe het honorariumbudget zich ontwikkelt als gevolg van wijzigingen in de productie. Dit geldt zowel voor nieuwe als bestaande zelfstandige klinieken.

Tijdpad

In het consultatiedocument wordt een concept tijdpad gegeven die moet leiden tot invoering per 1 januari 2011. Dit lijkt ons onmogelijk. Om tijdig de onderhandelingen met de zorgverzekeraars te kunnen voorbereiden moet het honorarium budget uiterlijk op 1 oktober bekend zijn. Daaraan voorafgaand moet u eenduidig aangeven welke gegevens u nodig heeft en hoe die berekend moeten worden. Alleen dit proces vraagt al enkele maanden. Invoering kan het vroegst in 2012.

Samenvatting

Geen budgettering maar aanpassing van de honorariatarieven op specialisme niveau

Toch budgettering dan het honorarium uitdrukken in een percentage van de omzet en bij groei of daling van de omzet het honorariumbudget rechtlijnig mee laten groeien.

Medisch specialisten moeten zelfstandige ondernemers blijven.

Zelfstandige Klinieken Nederland/ZKN

Leidschendam, 15 juni 2010

5. NVZ-bureau

Conform afspraak treft u hierbij een reactie van het NVZ-bureau m.b.t. het Consultatie-document Invoering budgettering honoraria medisch specialisten aan. Ik ga in op de techniek van het beheersmodel en doe hiermee geen enkele uitspraak over de bestuurlijke (on)wenselijkheid van het beleidsvoornemen van de minister m.b.t. de invoering van een honorarium-budgetmodel.

Door het krappe tijdsplan in combinatie met de complexiteit van het onderwerp zijn wij onvoldoende in staat geweest om onderhavige materie op adequate wijze te bespreken met onze achterban en met ons bestuur. Voor dit moment volsta ik dan ook met een bureau-reactie. Deze reactie dient u te bezien in het verlengde van onze inbreng in de Consultatiebijeenkomst d.d. 9 juni jl. Overigens staat onderhavig onderwerp geagendeerd voor onze ledenvergadering op 23 juni en onze bestuursvergadering op 25 juni. Zo nodig zal vanuit de NVZ op basis van de uitkomsten vanuit deze vergaderingen nog een aanvullende -meer bestuurlijke- reactie worden gegeven. Zo mogelijk mail ik morgen (donderdag) nog een kleine aanvulling na.

Voordat ik in ga op de drie consultatievragen, beschrijf ik nog kort enkele randvoorwaarden en overige opmerkingen m.b.t. tot het bekostigingsmodel die ik niet direct kwijt kon in de beantwoording van de vragen.

Randvoorwaarden en overige opmerkingen:

- het eindmodel (naar verwachting 2014) moet centraal staan; het te ontwikkelen overgangsmodel (2011-2013) moet hierop aansluiten;
- zoals ook de minister aangeeft, zullen alle specialisten onder een budget gebracht moeten worden; budgettering van de ZBC's zal niet eenvoudig zijn, echter dit is een absolute randvoorwaarde voor de werking van het model;
- om het bekostigingsmodel een goede, werkbare uitvoering te geven, dienen de ziekenhuizen te beschikken over verplichtende, publiekrechtelijk verankerde, regelgeving;
- het huidige normtijdensysteem is niet (meer) adequaat; z.s.m. dient gestart te worden met een nieuw normtijdenonderzoek (zo mogelijk op zorgactiviteiten niveau) zodat adequate informatie beschikbaar komt over landelijk, gemiddelde normtijden;
- geconstateerd kan worden dat de harmonisatie zoals deze was beoogd bij de introductie van het nieuwe uurtarief in 2008 niet (voldoende) heeft plaatsgevonden; in een nieuw bekostigingsmodel is een dergelijke harmonisatiestap een belangrijke eis;
- budgettering van medisch specialisten maakt aanpassing van de huidige MTO noodzakelijk; vraagstuk is of betrokken partijen tijdig een aangepaste MTO kunnen opleveren; daarna zal deze nieuwe MTO tijdig tussen ziekenhuis en specialisten moeten worden afgesloten; het beschikbare tijdsplan hiervoor is bijzonder krap;
- het is voorsnog niet duidelijk wat het effect van de beoogde invoering van DOT is op de honoraria; wanneer wordt uitgegaan van een honorariumplafond i.p.v. een honorariumbudget, dient vooraf bezien te worden wat de daadwerkelijke financiële impact van DOT is op de honoraria op ziekenhuisniveau;
- in het eindmodel is de positie van de medisch specialist mogelijk een andere; een belangrijk item hierin betreft de goodwill; op korte termijn zal een nadere inventarisatie van de goodwillproblematiek,

- de financiële omvang en de mogelijke oplossingen moeten plaatsvinden;
- onduidelijk is positie van de kaakchirurgen binnen dit model; bij de vormgeving van een budgetteringsmodel heeft het onze voorkeur om geen uitzonderingen te maken voor specifieke groepen;
 - In principe wordt in het NZa-consultatie-document niet uitgegaan van een wijziging van de juridische positie van de medisch specialist m.b.t. het fiscale ondernemerschap. Wanneer nu echter deze positie toch wijzigt, zal in financiële zin e.e.a. op andere wijze geregeld gaan worden. Ik doel daarbij m.n. op de kostencomponenten die nu verdisconteerd zijn in de honoraria-tarieven zoals verzekeringspremies, kosten secretariële ondersteuning, administratie-kosten, etc.. Bij wijziging van de juridische positie van de medisch specialist is duidelijkheid over de hoogte van deze componenten noodzakelijk, alsmede zou op micro- en macro-niveau een overheveling van deze componenten naar het ziekenhuisbudget c.q. kader moeten plaatsvinden.

A Bepaling van het basisbudget

U schetst twee mogelijkheden voor de bepaling van het basisbudget: historische omzet versus normatief.

Historische omzet:

De basis voor 2011 zou feitelijk in de tijd niet te ver in de historie moeten liggen (voorkeur voor bijv. omzet 2008/2009). Wanneer echter wordt uitgegaan van omzet 2008/2009, worden de onjuistheden/weeffouten in het huidige systeem verankerd naar de toekomst toe. Dit is onwenselijk. Een oplossing is om de correcties die per 1/1/2010 zijn doorgevoerd in de OCF en de (gedifferentieerde) correcties die per 1/8/2010 worden voorgestaan door de NZa te verrekenen in de historische omzet 2008/2009. Dit lijkt ons echter geen eenvoudige exercitie voor de NZa.

Een andere keuze is om uit te gaan van de oude lumpsummen 2007. De geïntroduceerde onjuistheden/weeffouten vanaf 2008 worden hiermee omzeild. Echter, wanneer wordt uitgegaan van 2007 zal het bedrag op adequate wijze gemuteerd moeten worden voor prijs- en volumemutaties op ziekenhuisniveau. Ook is het een principiële keuze of het wenselijk is dat oude lumpsummen die medio jaren negentig zijn ontstaan, de basis vormen voor het overgangsmodel.

Vooralsnog hebben wij geen afweging kunnen maken tussen beide mogelijkheden.

Wanneer uiteindelijk gekozen wordt voor budgettering op basis van lumpsummen, dient nog wel een oplossing gevonden te worden voor de niet-lumpsum ziekenhuizen en de ZBC's.

Normatieve opbouw:

Deze aanpak doet wellicht het meest recht aan de voorliggende problematiek. Cruciaal in dit model is de bepaling van het aantal fte. Bij navraag in onze achterban wordt aangegeven dat een dergelijke bepaling verre van eenvoudig is. Nader overleg zal nodig zijn om dit verder vorm te kunnen geven

Daarnaast bestaat ook nog het vraagstuk welke zorg zou moeten worden opgenomen in het (basis)budget. Ook hierover hebben wij nog geen duidelijke mening. We neigen er vooralsnog toe om vanuit de pragmatiek er voor te kiezen om alle zorg (ook derde compartimentzorg en WDS) onder het (basis)budget te brengen.

B Mutatie-systematiek

U beschrijft enkele varianten op basis waarvan het basisbudget gemuteerd zou kunnen worden. Wij opteren voor aansluiting bij de lokale ziekenhuisproductie. Hiervoor zou een (liefst eenvoudige) beleidsregel ontwikkeld moeten worden. Wellicht zou de oude lumpsummutatierichtlijn (CI-1017) opnieuw bezien kunnen worden. Wanneer uiteindelijk wordt gekozen om het budget 2011 te baseren op de lumpsummen 2007 (zie hierboven), zou de nog te ontwikkelen mutatiesystematiek ook toegepast moeten worden op de oude jaren 2008 t/m 2010.

Het verhandelen van de productiequota tussen ziekenhuizen onderling is een interessant voorstel van de NZa. Hoe dit in WMG-technische zin wordt vorm gegeven, is vooralsnog niet duidelijk. Wanneer de reguliere mutatierichtlijn niet afdoende is, kan het voorstel van de NZa m.b.t. het afstoten/inkopen van productiequota een oplossing bieden. Ik zou betreffend voorstel van de NZa dan ook graag i.h.k. van de nadere uitwerking van de mutatiemethodiek willen meenemen.

C Flankerend beleid

Over flankerend beleid "achter de voordeur" is al veelvuldig gesproken. Onze visie in deze is u bekend. De problematiek waar we voor staan is groots. Als daadwerkelijk door VWS gekozen gaat worden voor de invoering van een beheersmodel, dan zal het ziekenhuis hierin voldoende ondersteund moeten worden. Om een dergelijk stap in goede banen te kunnen leiden, zal voor de overgangperiode publiekrechtelijk regelingen (zoals beleidsregels) ontwikkeld moeten worden op basis waarvan ziekenhuizen afspraken kunnen maken met de medische staf/medisch specialisten. Zoals al veel vaker aangegeven, komt de voorgenomen stap van de minister te vroeg. Het aanbod aan specialisten alsmede de gemaakte "valse start" m.b.t. de normtijden maakt dat het volledig vrij laten van de onderhandelingen "achter de voordeur" naar verwachting zal leiden tot grote problemen. De door u voorgestelde niet-verplichtende maatregelen zijn wat ons betreft dan ook volstrekt onvoldoende en ook niet acceptabel. Tijdelijke publieke regelgeving op basis waarvan afspraken gemaakt worden "achter de voordeur" zijn wat ons betreft een noodzakelijke voorwaarde bij de invoering van het voorgestane model. Hierbij wordt door ons gedoeld op de harmonisatie van inkomens en de wijze waarop het budget wordt toegedeeld (bijv. de 70/30 of 80/20 regeling). Het krappe tijdpad wat wordt voorgestaan, vormt daarbij nog een extra argument om e.e.a. in duidelijke, publiek rechtelijke regels te regelen.