

Onderhandelingsresultaat

Hoofdpijnen bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014

Afspraken tussen de Orde van Medisch Specialisten, De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en het Ministerie van VWS

1. De medisch specialist (zowel in loondienst als vrij gevestigd) speelt als professional een cruciale rol in de kwaliteit van de gezondheidszorg in ons land. Discussies over uitgaven hebben het beeld rondom de specialist helaas flink vertroebeld. De waardering voor de medisch specialist moet worden hersteld. De professionele autonomie – dat wil zeggen de autonomie bij het handelen van de arts in de relatie met de patiënt – staat niet ter discussie. De wijziging van de WCZ verandert dat niet. Dit geldt zowel voor de medisch specialisten in loondienstverband als voor de vrije beroepsbeoefenaren. Wel is de specialist, zoals elk ander lid van een gemeenschap, gehouden verantwoording af te leggen over de betekenis van het autonome handelen voor de gemeenschap waar hij of zij deel van uitmaakt: de maatschap, het ziekenhuis, de samenleving.
2. Het vrije beroep blijft een belangrijke keuze voor de medisch specialist. Het fiscaal ondernemerschap van de vrij gevestigde medisch specialist blijft gehandhaafd. Voorwaarde daarvoor is wel dat gehandeld wordt conform de declaratiewijze zoals hierna in punt 4 wordt voorgesteld en overigens wordt gehandeld conform de Model Toelatingsovereenkomst. De periode waarop deze afspraken betrekking hebben zal worden benut om nader te onderzoeken hoe daarna met de vrije keuze voor de verschillende vormen van ondernemerschap, inclusief het vrije ondernemerschap, dan wel dienstverband, wordt omgegaan.
3. De huidige bekostigingssystematiek van de vrij gevestigde medisch specialisten is door de forse overschrijdingen niet houdbaar gebleken. Wettelijke maatregelen zijn in de ogen van VWS en de NVZ nodig om de macro-uitgaven aan specialisten te beheersen. Ook voor de Orde is een beheerste ontwikkeling van de kosten van belang net als het op een eerlijker manier verdelen van de beschikbare middelen over de specialismen en specialisten. Voorts bestaat bij de gezamenlijke partijen de wens om langs de lijnen van kwaliteit en veiligheid de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en doelmatiger te maken.
4. De Wet Marktordening Gezondheidszorg wordt aangepast. De NZa zal de bevoegdheid en aanwijzing worden gegeven om per ziekenhuis de uitgaven voor honoraria van alle bij een ziekenhuis toegelaten medisch specialisten gezamenlijk te begrenzen. De NZa legt in een beschikking voor de medisch specialisten gezamenlijk en het ziekenhuis de hoogte van de begrenzing vast. De medisch specialisten bepalen zelf hoe de organisatie van de verdeling over de specialisten plaatsvindt, met inachtneming van het onder

6 gestelde wat de inhoud daarvan betreft. De NZa zal voorts de bevoegdheid en aanwijzing worden gegeven om te bepalen dat:

- a. De specialist zijn declaraties via het ziekenhuis indient bij patiënt of verzekeraar onder de voorwaarde dat er sprake is van verdeelafspraken als onder 6 beschreven. Zonder deze kan uitsluitend aan het ziekenhuis worden gedeclareerd;
- b. De verzekeraar of de verzekerde de declaraties aan het ziekenhuis betaalt;
- c. Dat het ziekenhuis de betalingen tot de genoemde begrenzing aan het collectief van medisch specialisten afdraagt conform het beschrevene in punt 6, waarbij het debiteurenrisico voor rekening van de specialisten blijft;

Deze regels gelden overigens ook voor Zelfstandige Behandelcentra.

5. Met ingang van 1 januari 2015 zullen de te declareren zorgproducten integraal zijn. Daarbij wordt uitgegaan van 'DOT's' met herijkte normtijden en vrij onderhandelbare uurtarieven voor medisch specialisten. Het macrobudget voor de medisch specialisten wordt volledig geïntegreerd in het macrobudget voor de ziekenhuizen. De onderhavige afspraken hebben betrekking op de transitiefase naar prestatiebekostiging (2012 tot en met 2014).

6. Op weg naar een integraal tarief voor medisch specialistische zorg in 2015 geldt bij wijze van overgang een bekostigingsmodel dat in hoofdlijnen op het volgende neer komt:

- a. VWS stelt elk jaar een vast macro budget voor honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten vast (zie ook punt 7);
- b. Dat macrobudget wordt door de NZa verdeeld door het opleggen van een omzetplafond voor alle bij een ziekenhuis toegelaten medisch specialisten gezamenlijk. Bij de aanpassing van jaar op jaar van de omzetplafonds door de NZa wordt behalve met de algemene ontwikkeling van de prijs en het volume ook met omzetverschuivingen tussen instellingen en de mogelijke effecten van de invoering van DOT rekening gehouden;
- c. Het ziekenhuis ontvangt de betalingen voor de honoraria en draagt in de overgangsperiode de middelen overeenkomend met het door de NZa vastgestelde omzetplafond als honorariumbudget volledig af aan het collectief van vrij gevestigde medisch specialisten. De NZa zal in een beleidsregel vastleggen dat er met betrekking tot de honorariumomzetten afspraken over de verdeelmaatstaven tussen het bestuur van het ziekenhuis en het collectief moeten zijn. De NZa zal ook bepalen dat het zonder dergelijke afspraken niet mogelijk is rechtstreeks (cq via) te declareren conform het onder 4 gestelde. Bij de verdeelmaatstaven wordt ook een verdeling afgesproken tussen een regulier (vast) deel en een variabel-aan specifieke prestaties gekoppeld- deel. Om recht te doen aan lokale verschillen geldt er voor de verdeling vast/variabel een

bandbreedte van 15%-25% voor het variabele deel. Indien geen afspraken over de bandbreedte tot stand komen tussen de Raad van Bestuur en het collectief van medisch specialisten zal een verdeling gelden van 80% vast en 20% variabel. Dit laatste wordt in de MTO vastgelegd.

- d. Het vaste deel van dit bedrag wordt aangewend als reguliere vergoeding en wordt door het collectief verdeeld over de medisch specialisten conform het door collectief en Raad van Bestuur gezamenlijk vast te stellen verdeelmodel, leidend tot gelijke beloning bij gelijke werkbelasting en productiviteit. Ten aanzien van dit vaste deel worden heldere bindende productieafspraken gemaakt tussen het collectief en de Raad van Bestuur. Deze afspraken zijn qua omvang zodanig dat volgens redelijke verwachtingen wachttijden of lange wachttijden worden voorkomen.

Het variabele deel betreft afspraken met betrekking tot praktijkkosten, lokale speerpunten, kwaliteit, terugdringen niet noodzakelijke zorg, terugdringen praktijkvariatie, veiligheid, afspraken m.b.t. meer- en minderproductie, innovatie leidend tot margeverbetering, opleidingsactiviteiten en medisch leiderschap. De Raad van Bestuur en het collectief van medisch specialisten maken over het gedeelte dat het niveau van de maatschap overstijgt afspraken. Daarnaast kan de Raad van Bestuur per afzonderlijke maatschap specifieke afspraken maken. Alle variabele afspraken tezamen worden in overleg door het collectief van medisch specialisten en Raad van Bestuur bekrachtigd.

Het variabele budget wordt op een geblokkeerde rekening van het collectief gestort. De aan het variabele deel gekoppelde bedragen komen vrij nadat de Raad van Bestuur en het collectief van medisch specialisten afspraken hebben gemaakt over het variabele deel. Op deze afspraken vindt een monitor plaats en gekoppelde bedragen worden bij invulling van de afspraken uitgekeerd. Bij niet realisering vindt nacalculatie plaats. Het collectief kent op basis van de gemaakte afspraken het variabele deel van het budget aan de medisch specialisten toe. Voor het (deels) niet uitgekeerd variabel honorariumbudget wordt in overleg tussen de Raad van Bestuur en het collectief gezamenlijk een (honorarium)bestemming vastgesteld.

7. Het macrobudget voor de vrijgevestigde medisch specialisten wordt bepaald door de daarvoor geldende bedragen 2007 door te trekken. Daarbij wordt uitgegaan van gecorrigeerde realisatiecijfers en van indexen voor loon- en prijsbijstelling en voor volumegroei. Er wordt vanaf 2012 een kader beschikbaar gesteld van 2021 miljoen euro exclusief de bekostiging van Zelfstandige Behandelcentra¹, inclusief groei als gevolg van

¹ Inclusief ZBC's (honoraria en ziekenhuiskosten) is dit bedrag in 2012 2260 miljoen euro. Van het kaderbedrag exclusief ZBC's is 9,03% (183 miljoen euro) bestemd voor specialisten

volumetoewikkelingen en geraamde indexering voor loon- en prijsbijstellingen². Dit bedrag wordt jaarlijks cumulatief verhoogd met het onder 8 afgesproken percentage en de dan geldende loon- en prijsbijstelling.

8. Aanvullend worden afspraken gemaakt over het beperken van de jaarlijkse groei door afspraken te maken over:
 - a. terugdringen van niet noodzakelijke zorg en het terugdringen van praktijkvariatie;
 - b. doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen;
 - c. veiligheidsprogramma's;

Het groeipad zal dan ook lager kunnen liggen dan wanneer niet met kwaliteit en veiligheid rekening wordt gehouden. Voor de groei van het volume wordt tegen deze achtergrond een taakstellende ontwikkeling van 2,5% aangehouden. Ook hier geldt het gestelde ten aanzien van het voorkomen van wachtlijsten. VWS zal dit ook agenderen in het overleg met verzekeraars. Met het doelmatig voorschrijven wordt een effect beoogd van structureel 30 miljoen per jaar. Indien blijkt dat dit niet wordt gerealiseerd, zal de gederfde doelmatigheidswinst alsnog met terugwerkende kracht op het budget voor de vrij gevestigde medisch specialisten in mindering worden gebracht. De ondertekenende partijen maken afspraken over de methodiek van vaststellen of het bedoelde effect wordt bereikt.

9. De Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en VWS spreken af samen te zullen werken aan het verbeteren van de kwaliteit, veiligheid en kosteneffectiviteit van de zorg. Zowel met de Orde van Medisch specialisten en de NVZ gezamenlijk als afzonderlijk kunnen door VWS hierover aanvullende afspraken in een gezamenlijke beleidsagenda worden vastgelegd.

10. Voor de Orde en de NVZ geldt als ontbindende voorwaarde dat de punten 4 en 6 op adequate wijze worden geregeld. Deels vindt dit plaats in NZa (beleids)regels en deels in een nieuwe modeltoelatingsovereenkomst. De huidige toelatingsovereenkomsten komen per 1/1/2012 te vervallen. De Orde en de NVZ streven er naar dat uiterlijk 1 maart a.s. wordt beschikt over een nieuwe tekst ten behoeve van de nieuwe MTO. Deze tekst zal door de Orde en de NVZ worden voorgelegd aan Financiën opdat Financiën kan beoordelen of op basis daarvan en tegen de achtergrond van de wijziging van de Wet Marktordening Gezondheidszorg als gesteld onder 4, de vrijgevestigd medisch specialisten fiscaal als ondernemer aangemerkt kunnen worden (mits er in de praktijk ook wordt gehandeld naar het gestelde in de MTO).

in dienstverband die in en voor 2007 wel in de lumpsumsystematiek werden bekostigd. Tot op heden worden die nog steeds bekostigd uit het kader medisch specialisten.

² De indexen voor loon- en prijsbijstellingen worden naar het werkelijke niveau zoals gebruikelijk in de respectievelijke begrotingen wordt vastgesteld nagecalculeerd. Het totale beschikbare bedrag is in 2011 (stand begroting 2011) hoger omdat de maatregelen ter redressering van de overschrijdingen (197 mln.) van de ZBC's niet voor 2011 doorgevoerd kunnen worden.

Voor VWS is het daadwerkelijk beheersen van de uitgaven en het daadwerkelijk verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid zoals gesteld in de punten 7 en 8 een ontbindende voorwaarde.

Partijen spreken hiermee het vertrouwen uit dat een belangrijke basis is gelegd voor de verdere verbetering van een kwalitatief goede en betaalbare gezondheidszorg in Nederland.

Dit onderhandelingsresultaat zal door de NVZ en de Orde, voorzien van een positief advies, aan de leden worden voorgelegd en bij akkoordbevinding door de leden vóór 1 februari 2011 worden bekrachtigd

Utrecht/Den Haag, woensdag 15
december 2010

De Voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten,
Frank de Grave,

De Voorzitter Kamer Vrij Beroep van de Orde van Medisch Specialisten,
Janko de Jonge,

De Voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen,
Roelf de Boer,

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Edith Schippers,