



## **Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, nr. MC-U-3073582, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake invoering beheersmodel medisch specialisten**

25 juli 2011

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Na op 26 april 2010 en 16 maart 2011 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 117 en II 2010/11, 29 248, nr. 170) als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Gelet op het algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal op 6 april 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 206);

Gelet op korte aantekeningen van de Eerste Kamer der Staten-Generaal van 19 april 2011 kenmerk 42026/WB en van 10 mei 2011 kenmerk 42065/WB;

Besluit:

### **Artikel 1 definities**

In deze aanwijzing wordt verstaan onder:

- a. *minister*: de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. *wet*: de Wet marktordening gezondheidszorg;
- c. *zorgautoriteit*: de Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de wet;
- d. *instelling*: instelling voor medisch specialistische zorg;
- e. *zorgproduct*: prestatiebeschrijving in termen van diagnose behandelcombinatie, ondersteunend product, overig product, overig traject of overige verrichting, zoals deze is vastgesteld door de zorgautoriteit en geldt vanaf 1 januari 2012;
- f. *honorariumcomponent*: deel van het zorgproduct dat betrekking heeft op de werkzaamheden van medisch specialisten;
- g. *vrijgevestigd medisch specialist*: medisch specialist die op toelatingsovereenkomst werkzaam is bij een instelling;
- h. *maximumtarief*: bedrag als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder c, van de wet dat ten hoogste voor een prestatie in rekening mag worden gebracht;
- i. *omzetplafond*: bovengrens voor de som van de tarieven voor de prestaties van de vrijgevestigd medisch specialisten als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet;
- j. *Zorgverzekeringsfonds*: het fonds bedoeld in artikel 39 van de Zorgverzekeringswet;
- k. *AAN-beheersmodel*: model waarbij de vrijgevestigd medisch specialisten voor hun werkzaamheden aan de instelling declareren, de instelling het integrale zorgproduct aan de patiënt of ziektekostenverzekeraar in rekening brengt en de instelling zorg draagt voor het bewaken van het omzetplafond;
- l. *VIA-beheersmodel*: model waarbij de vrijgevestigd medisch specialisten de honorariumcomponent van het zorgproduct via de instelling in rekening brengen aan de patiënt of ziektekostenverzekeraar, de instelling het integrale zorgproduct in rekening brengt aan de patiënt of ziektekostenverzekeraar, de instelling de van de patiënt of ziektekostenverzekeraar ontvangen betalingen voor de honorariumcomponent afdraagt aan de vrijgevestigd medisch specialisten voor zover het omzetplafond niet is overschreden en de instelling een overschrijding van dit plafond namens de vrijgevestigd medisch specialisten inhoudt en afdraagt aan het Zorgverzekeringsfonds;
- m. *Convenant*: afspraken tussen de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de minister, ondertekend op 31 mei 2011;
- n. *Hoofdlijnenakkoord*: het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de minister, ondertekend op 4 juli 2011.

### **Artikel 2 werkingssfeer**

1. Deze aanwijzing is, met uitzondering van artikel 9, van toepassing op medisch specialistische zorg,



voor zover door, of onder verantwoordelijkheid van, vrijgevestigd medisch specialisten wordt geleverd in een instelling en met uitzondering van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in de wet van 2 november 2006 tot wijziging van het tijdstip waarop de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Stb. 2006, 630).

2. Artikel 9 van deze aanwijzing is van toepassing op medisch specialistische zorg, voor zover door, of onder verantwoordelijkheid van, medisch specialisten wordt geleverd en met uitzondering van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in de wet van 2 november 2006 tot wijziging van het tijdstip waarop de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Stb. 2006, 630).

### **Artikel 3 uitvoering van de aanwijzing**

Ter uitvoering van deze aanwijzing stelt de zorgautoriteit regels en beleidsregels vast.

### **Artikel 4 invoering AAN- en VIA-beheersmodel per 2012**

1. De zorgautoriteit voert met ingang van 1 januari 2012 tot 1 januari 2015 een AAN- en VIA-beheersmodel voor de in artikel 2, eerste lid, bedoelde zorg in.
2. De minister stelt jaarlijks een vast macrobudget voor de honoraria van de vrijgevestigd medisch specialisten vast. Voor 2012 bedraagt dit € 1825,9 miljoen (volumeniveau 2009 en prijspeil 2012). De minister maakt het bedrag voor de jaren 2013 en 2014 per brief bekend.
3. Op basis van dit macrobudget stelt de zorgautoriteit jaarlijks per instelling een omzetplafond vast voor alle bij die instelling toegelaten vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk.
4. Op basis van een door de minister met inachtneming van het Convenant en het Hoofdlijnenakkoord nader bij brief aan te geven bedrag voorziet de zorgautoriteit in een adequaat verdeelmodel voor de omzetplafonds per instelling dat ruimte biedt:
  - a. aan instellingen die in jaar t zijn toegelaten;
  - b. voor verschuiving van productie tussen instellingen.
5. Bij de vaststelling van het omzetplafond per instelling betreft de zorgautoriteit de nader door haar te bepalen historische omzet van de vrijgevestigd medisch specialisten in die instelling in jaar t-3.

### **Artikel 5 keuze AAN- of VIA-beheersmodel**

1. Tenzij aan de voorwaarden bedoeld in het tweede lid voor het toepassen van het VIA-beheersmodel naar het oordeel van de zorgautoriteit is voldaan, geldt het AAN-beheersmodel als uitgangspunt.
2. In afwijking van het eerste lid kan een instelling voorafgaand aan jaar t bij de zorgautoriteit aangeven te opteren voor het VIA-beheersmodel indien er sprake is van verdeelafspraken zoals bedoeld onder 4 en 6, sub c en d, van het Convenant.

### **Artikel 6 declaratievoorschriften bij AAN-declareren**

De zorgautoriteit legt in een regel als bedoeld in artikel 37, eerste lid, aanhef en onder a juncto artikel 37, tweede lid, van de wet vast dat:

1. de vrijgevestigd medisch specialisten uitsluitend aan de instelling voor de honorariumcomponent van het zorgproduct dat zij hebben geleverd een tarief in rekening brengen;
2. uitsluitend de instelling het zorgproduct in rekening mag brengen aan de patiënt of diens ziektekostenverzekeraar.

### **Artikel 7 declaratievoorschriften bij VIA-declareren**

1. De zorgautoriteit legt in een regel als bedoeld in artikel 37, eerste lid, aanhef en onder a, van de wet vast dat de vrijgevestigd medisch specialisten via de instelling de honorariumcomponent van het zorgproduct in rekening brengen aan de patiënt of diens ziektekostenverzekeraar onder de voorwaarde dat zij afspraken zoals bedoeld onder 4 en 6, sub c en d, van het Convenant hebben gemaakt met de instelling over de verdeling van het omzetplafond.
2. De zorgautoriteit legt in een regel als bedoeld in artikel 37, eerste lid aanhef en onder b, van de wet



vast dat de honorariumcomponent uitsluitend via de instelling mag worden betaald.

3. De zorgautoriteit bepaalt in een regel als bedoeld in artikel 37, derde lid, van de wet dat de instelling via wie de honorariumcomponent in rekening wordt gebracht het tarief voor het zorgproduct op een zodanige wijze in rekening brengt dat duidelijk tot uitdrukking komt dat de honorariumcomponent betrekking heeft op de door de vrijgevestigde medisch specialisten verrichte deel van de prestatie.
4. De zorgautoriteit bepaalt in een regel als bedoeld in artikel 37, eerste lid, aanhef en onder d juncto artikel 37, vierde lid, van de wet dat de instelling niet meer overdraagt dan het door de zorgautoriteit vastgestelde omzetplafond.

#### **Artikel 8 vaststelling en afdracht overschrijding**

1. De zorgautoriteit stelt per instelling in jaar t+1 de overschrijding van het omzetplafond vast en bepaalt dat de instelling ten hoogste de overschrijding afdraagt aan het Zorgverzekeringsfonds.
2. De vaststelling van de overschrijding geschiedt op basis van een door de zorgautoriteit te bepalen omzetbegrip.
3. Bij de bepaling van de overschrijding die de instelling afdraagt aan het Zorgverzekeringsfonds houdt de zorgautoriteit rekening met een door de zorgautoriteit te bepalen adequaat herverdeeld-model bij onderschrijding van het macrobudget.

#### **Artikel 9 herijking honorariumcomponent en bepalen tariefsoort**

1. Voor de honorariumcomponent gelden met ingang van 1 januari 2012 maximumtarieven.
2. Ter voorbereiding van het vaststellen van een maximumtarief voor de honorariumcomponent voert de zorgautoriteit een herijking van de maximumtarieven op basis van de beschikbare budgettaire middelen € 1775,8 miljoen (volumeniveau 2009 en prijspeil 2012) uit.
3. Voor de herijking hanteert de zorgautoriteit de volgende methodiek:
  - a. de beschikbare budgettaire middelen worden verdeeld per specialisme.  
Daarbij hanteert de zorgautoriteit de volgende formule:  
$$\text{aandeel beschikbare budgettaire middelen (specialisme x)} = \frac{\text{aantal fulltime eenheden (specialisme x)}}{\text{totaal aantal fulltime eenheden}} * \text{beschikbare budgettaire middelen};$$
  - b. de honorariumcomponent van een individueel zorgproduct wordt bepaald door toepassing van de volgende formule: 
$$\text{honorariumcomponent (zorgproduct i)} = \frac{\text{beschikbare budgettaire middelen (specialisme x)} * \text{verdeelsleutel (zorgproduct i)}}{\text{aantal (zorgproduct i)}}$$

#### **Artikel 10 inwerkingtreding**

1. Artikel 9 treedt terstond in werking.
2. De artikelen 1 tot en met 8 treden in werking nadat het bij koninklijk besluit op 25 mei 2010 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangeboden voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging tot wet is verheven en in werking is getreden.

#### **Artikel 11 citeertitel**

Deze aanwijzing wordt aangehaald als: Aanwijzing beheersmodel medisch specialisten.

#### **Artikel 12 publicatie**

Deze aanwijzing wordt met toelichting in de Staatscourant geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers.*



## TOELICHTING

### 1. Inleiding

In mijn brieven aan beide Kamers der Staten-Generaal van 26 april 2010 (Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 117) en van 16 maart 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 170) heb ik het voornemen aangekondigd om een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, inzake het invoeren van een beheersmodel voor vrijgevestigd medisch specialisten. Op 6 april 2011 heeft een algemeen overleg plaatsgevonden over prestatiebekostiging en het beheersmodel medisch specialisten (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 206). In het VAO van 14 april zijn geen moties ingediend op het terrein van de bekostiging van medisch specialisten (Handelingen II 2010/11, nr. 74, p. 9). De Eerste Kamer heeft op 19 april 2011 de brief beheersmodel medisch specialisten ter kennisgeving aangenomen in afwachting van de behandeling van de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG (korte aantekeningen van de Eerste Kamer der Staten-Generaal van 19 april 2011 kenmerk 42026/WB).

### 2. Invoering beheersmodel medisch specialisten

Mede met het oog op de huidige financieel-economische situatie en het publieke belang vind ik het essentieel dat financiële middelen op een zorgvuldige en doelmatige wijze worden ingezet. Omdat de huidige bekostigingssystematiek van de vrij gevestigde medisch specialisten door de forse overschrijdingen niet houdbaar is gebleken, zijn er maatregelen nodig om de macro-uitgaven te beheersen. Hiervoor stel ik het beheersmodel in per 2012. Dit model geldt tot 2015. Per 2015 ben ik voornemens om over te gaan op volledig integrale tarieven voor de medisch specialistische zorg. Om deze reden heeft deze aanwijzing alleen betrekking op de transitieperiode van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2014. Op 31 mei jongstleden hebben de Orde, de NVZ en ik een convenant over de bekostiging van de vrijgevestigd medisch specialisten ondertekend (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 211). Ik wil toe naar een systeem waarin kwaliteit wordt beloond, waarin veiligheid prevaleert en waarin doelmatigheid en kwaliteit lonen. De nieuwe bekostiging moet bijdragen aan de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg verder verbeteren.

In het beheersmodel, stel ik jaarlijks een macrokader voor honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten vast conform de afspraken daarover in het onderhandelingsresultaat en bericht de zorgautoriteit per brief. In het convenant is afgesproken om voor 2012 een kader beschikbaar te stellen van € 2021 miljoen euro, exclusief de bekostiging van ZBC's, inclusief groei als gevolg van volumeontwikkelingen en geraamde indexering voor loon- en prijsbijstellingen. Na vermindering van dit bedrag met € 82,5 miljoen voor de correctie van loondiensters die vanuit de lumpsum werden bekostigd en toevoegen van het honorariumdeel van de vrijgevestigd medisch specialisten die werkzaam zijn in zelfstandige behandelcentra is voor 2012 een bedrag van € 1825,9 miljoen beschikbaar (volumeniveau 2009, prijspeil 2012). In het Convenant wordt uitgegaan van een correctiepercentage van 9,03% voor loondiensters die vanuit de lumpsum werden bekostigd. Op basis van nieuwe gegevens die door de zorgautoriteit zijn uitgevraagd, is het correctiepercentage vastgesteld op 4,08%. De zorgautoriteit laat een audit laten uitvoeren op dit correctiepercentage. Indien nodig leidt dit tot een gecorrigeerd bedrag.

Vanaf 2012 wordt het plafond jaarlijks cumulatief verhoogd met 2,5% voor de volumegroei en de dan geldende loon- en prijsbijstelling. Dit plafond past binnen de beschikbare middelen van het budgettaire kader zorg (BKZ). Op basis van dit macrokader stelt de zorgautoriteit per instelling vast welk omzetplafond (grens) er in een betreffend jaar voor alle bij die instelling werkzame vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk geldt. De zorgautoriteit zal de omzetplafonds per instelling voor 2012 voor zover mogelijk bepalen op basis van de omzetgegevens van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra van 2009.

Om verschuivingen van productie binnen het beheersmodel te accommoderen zal de zorgautoriteit een percentage van het macrobudget reserveren voor instellingen met een relatief hoge productiegroei en toetreders. De zorgautoriteit zal deze zomer een uitvraag doen naar de omzet van toetreders in 2010 en 2011 voor de vaststelling van de plafonds in 2012. Deze instellingen krijgen vooraf een omzetplafond toegekend uit hetzelfde kader dat ook vooraf beschikbaar is voor de instellingen die in of voor 2009 zijn toetreden. Aan de hand van de uitkomsten van deze gegevensuitvraag en de verdere uitwerking van het Convenant en het Hoofdlijnenakkoord zal ik de zorgautoriteit per brief nader berichten over het percentage dat beschikbaar wordt gesteld voor de mutatiesystematiek. Zorgaanbieders kunnen aanspraak maken op het gereserveerde deel als zij productieafspraken met de zorgverzekeraar maken boven het initieel toegewezen plafond. Instellingen die in 2012 toetreden kunnen zich ook melden als er geen afspraken zijn met de zorgverzekeraar. De zorgautoriteit inventariseert alle afspraken. Indien de totale beschikbare ruimte (P) wordt overschreden, wijst de zorgautoriteit naar rato toe. Voor de toetreders kan toewijzing binnen de beschikbare middelen plaatsvinden op basis van normbedrag\*fte of op basis van geraamde omzet.



Het beheersmodel geldt voor alle vrijgevestigd medisch specialisten werkzaam in instellingen voor medisch specialistische zorg, inclusief de specialisten die werkzaam zijn in zelfstandige behandelcentra. Vrijgevestigd medisch specialisten werkzaam in solopraktijken en privéklinieken vallen niet onder het beheersmodel.

Binnen het beheersmodel medisch specialisten zijn twee modellen mogelijk, het AAN- en het VIA-model. Deze modellen worden hieronder verder uitgewerkt.

### **3. AAN-model**

In het AAN-model declareert de vrijgevestigde medisch specialist uitsluitend aan de instelling. De vrijgevestigde medisch specialist declareert voor het deel van de prestatie die is geleverd een tarief bij de instelling. De instelling en de vrijgevestigd medisch specialist maken afspraken over het in rekening te brengen tarief. De zorgautoriteit stelt voor de honorariumcomponent van de medisch specialist maximumtarieven vast. Alleen de instelling brengt het integrale tarief (honorariumcomponent en kostendeel voor de instelling) in rekening bij de patiënt of diens verzekeraar. Voor de vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling declareren is de instelling gebonden aan het omzetplafond voor de honoraria medisch specialisten.

### **4. VIA-model**

De instelling en de vrijgevestigd medisch specialisten maken verdeelafspraken over de betalingen ten behoeve van de door de vrijgevestigd medisch specialisten verrichte diensten. De zorgautoriteit zal vastleggen dat het hebben van deze verdeelafspraken een voorwaarde is voor het mogen declareren via de instelling en het toepassen van het zogenoemde VIA-beheersmodel. De afspraken tussen Raad van Bestuur en de vrijgevestigd medisch specialisten binnen een instelling zijn verder uitgewerkt in het convenant. De vrijgevestigd medisch specialisten declareren het honorariumdeel VIA de instelling aan de verzekeraar of patiënt. De instelling geeft de honoraria die zij uit declaraties ontvangt, conform de verdeelafspraken door aan de vrij gevestigde medisch specialisten. Overigens kan de instelling deze honoraria alleen doorgeven aan de gezamenlijke specialisten indien de instelling hiervoor van de verzekeraar of patiënt een betaling heeft ontvangen. Er is dus geen sprake van een omzetgarantie. Afspraken hierover worden per instelling door het bestuur van de instelling en de vrijgevestigd medisch specialisten vastgelegd in de toelatingsovereenkomsten.

### **5. Vaststelling en afdracht overschrijding**

Om de gezamenlijke specialisten te faciliteren om in de gaten te houden wanneer zij de door de zorgautoriteit opgelegde grens aan declaraties bereiken, zal de instelling registreren hoeveel er aan honorarium gedeclareerd wordt en het collectief van medisch specialisten periodiek informeren over de verhouding tussen de gedeclareerde omzet en de opgelegde grens. Dit maakt deel uit van de reguliere bedrijfsvoering van de instelling zodat dit niet gepaard gaat met onnodige extra administratieve lasten.

Indien de vrijgevestigd medisch specialisten binnen een instelling tezamen meer declareren dan de maximaal toegestane grens (opbrengstoverschot) dan draagt de instelling het meerdere af aan het Zorgverzekeringsfonds. De instelling doet dit namens het collectief van de gezamenlijke medisch specialisten. De afdracht aan het Zvf geschiedt vanaf het moment dat de maximale omzetgrens voor de medisch specialisten is bereikt, en niet pas achteraf nadat de doorbetaling aan het collectief van medisch specialisten reeds heeft plaatsgevonden. Hiermee wordt een (opbrengstoverschot) vooraf voorkomen.

Indien specialisten niet zelfstandig VIA de instelling aan de patiënt/verzekeraar maar AAN de instelling declareren dan bewaakt de instelling de grens. Zij doet dit in deze situatie op eigen gezag en niet namens het collectief. Indien de instelling in dat geval teveel aan de AAN het ziekenhuis declarerende specialist(en) betaalt is dit risico voor de instelling zelf. De instelling verzorgt op eigen gezag de afdracht aan het zorgverzekeringsfonds. Of en hoe de instelling eventuele opbrengstoverschotten met de medisch specialisten verrekenen is aan de instelling en de medisch specialist.

Een overschrijding van de grens betekent voor de zorgverzekeraar dat zij meer declaraties hebben uitbetaald dan de vrijgevestigd medisch specialisten mochten declareren. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgautoriteit hebben aangegeven dat verrekenen via het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) een daling van de administratieve lasten tot gevolg heeft. Dit komt doordat voor de honoraria de overschrijdingen naar één centraal fonds worden gestort en dat ook vanuit dat centrale fonds een verrekening aan zorgverzekeraars kan plaatsvinden. De afdracht van de grensoverschrijdingen medisch specialisten gebeurt door instellingen rechtstreeks aan het fonds, dat wordt beheerd door het CVZ. Het CVZ krijgt hiermee een additionele taak en de verantwoordelijkheid.



---

## 6. Herijking honorariumcomponent

Ik draag de zorgautoriteit op om voor het honorariumgedeelte in het A-en B-segment ten behoeve van het onderlinge verkeer tussen instelling en specialisten in het AAN-model om maximumtarieven voor de honorariumcomponent vast te stellen. In het VIA-model kunnen de instelling en de vrijgevestigd medisch specialisten onderling afspraken maken over de honorering van de vrijgevestigd medisch specialisten.

Gereguleerde tarieven kunnen de onderlinge afspraken die gemaakt moeten worden over de honorering van de vrijgevestigd medisch specialisten in het kader van het VIA-model vereenvoudigen.

Voor de declaraties per 2012 door de medisch specialisten is de honorariumcomponent per DOT-zorgproduct van belang. Een grootschalig tijdsbesteding- en capaciteitsonderzoek, zoals dat in respectievelijk 2002/2003 en 2005 voor de huidige tarieven is uitgevoerd, biedt gelet op de noodzakelijke doorlooptijd voor de transitieperiode geen soelaas. Om voor het beheersmodel tot goede tarieven te komen is door de zorgautoriteit een methodiek uitgewerkt. In deze methodiek is het budgettair kader zorg (BKZ) leidend voor de beschikbare tijd. De normtijden zoals door de wetenschappelijke verenigingen bepaald, fungeren als verdeelsleutel om de beschikbare middelen over de zorgproducten te verdelen. In de opgestelde methodiek worden de in het budgettair kader beschikbare middelen over de zorgproducten verdeeld. Niet de absolute hoogte van de normtijden van de verschillende producten is van belang, maar de verhouding waarin de producten ten opzichte van elkaar qua tijdsbesteding genormeerd worden. Ik verzoek de zorgautoriteit om ter voorbereiding op het vaststellen van een herijkt maximumtarief voor de honorariumcomponent een herijking van de normtijden uit te voeren waarbij aansluiting wordt gezocht met het BKZ.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers.*