

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
CZ-U-3005428

Bijlagen

Datum 8 juli 2010
Betreft Voorhang inzake aanwijzing beheersmodel medisch specialistische zorg
(TK 29248, nr. 117)

Uw brief
CZ-I-3005428

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Ik ben verheugd om in uw brief van 18 mei jongstleden te lezen dat de commissie de hoofdlijn van mijn voorstel onderschrijft. U geeft aan dat er op enkele punten nog onduidelijkheid is over de uitwerking van het beheersingsmodel, ik zal daarom ook uitvoerig op uw vragen ingaan.

Zoals ik al aangaf in mijn voorhangbrief van 26 april 2010 ben ik voornemens om het beheersingsmodel voor medisch specialisten zo snel mogelijk in te voeren, hierbij staat zorgvuldigheid natuurlijk voorop. Ik erken dat het tijdspad ambitieus is, maar gezien het belang van het invoeren van een beheersingsmodel, wil ik mij inzetten om dit zo snel als mogelijk in te voeren. Ik zal uiteenzetten waarom het tijdig invoeren van een beheersingsmodel van groot belang is.

In het huidige bekostigingsmodel, waarbij er sprake is van een open-einde karakter en ongelijke prikkels voor de medisch specialisten en ziekenhuizen, blijft het risico op nieuwe overschrijdingen bestaan. De overschrijdingen over 2008 worden al via een tariefkorting in 2010 geredresseerd, maar uit de meest recente cijfers blijkt dat in 2009 de overschrijding verder is opgelopen. Ik heb het vaste voornemen om ook dit bedrag door tariefkortingen met ingang van 2011 te redresseren. Zoals gemeld in mijn brief van 29 juni jongstleden aan uw Kamer ben ik voornemens om per 1 januari 2011 een structurele korting van maximaal € 648 miljoen (prijspeil 2009) op te leggen aan de vrijgevestigd bekostigde medisch specialisten. Het voordeel van een beheersingsmodel is dat niet alleen al ontstane overschrijdingen naar de toekomst toe kunnen worden geredresseerd, maar dat er vooraf kan worden ingegrepen. Hierdoor kan het beheersingsmodel voorkomen dat nieuwe overschrijdingen ontstaan. Het geeft dus meer macrobudgettaire zekerheid. Met het beheersmodel worden overschrijdingen voorkomen doordat *vooraf* door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een grens wordt gesteld aan de uitgaven van instellingen voor de vergoeding voor werkzaamheden van alle medisch specialisten in die instelling. Doordat in het beheersingsmodel voor alle betrokkenen *vooraf* bekend is wat de toegestane vergoedingsgrens is, is de reguleringzekerheid voor instellingen groter. Dit beheersmodel heeft voordelen boven het huidige systeem van tariefkortingen. Met een tariefkorting kan een overschrijding alleen achteraf geredresseerd worden als de overschrijding zich al

heeft voorgedaan en deze al is vastgelegd. Deze correctie kan bovendien alleen voor toekomstige jaren.

Ons kenmerk
CZ-U-3005428

Als het beheersingsmodel niet wordt ingevoerd en er doet zich in 2011 een overschrijding voor, dan kan deze overschrijding op zijn vroegst pas in 2013 worden geredresseerd.

U vraagt mij om u een overzicht te doen toekomen, waarin alle stappen die van belang zijn worden toegelicht. Onderstaand een overzicht van alle stappen die van belang zijn voor de invoering van dit model.

Overzicht van belangrijke stappen
Op 25 juni heeft de NZa aan mij een advies uitgebracht over de uitwerking en uitvoerbaarheid van het beheersingsmodel medisch specialisten. Als onderdeel van het uitvoeringadvies van de NZa zijn de veldpartijen geconsulteerd over het beheersingsmodel.
Inmiddels heb ik de uitvoeringstoets beheersmodel medisch specialisten van de NZa ontvangen. Op 30 juni 2010 heb ik een brief aan de Eerste Kamer verzonden met de reactie op de uitvoeringstoets. Op basis van het advies van de NZa concludeer ik dat invoering van het beheersmodel per 2011 niet mogelijk is. De NZa adviseert mij het model per 2012 in te voeren. Het is mijn voornemen om mij bij dat advies aan te sluiten. Een inhoudelijke reactie op de uitvoeringstoets zult u na uw zomerreces van mij ontvangen.
Het wetsvoorstel AIB WMG (kamerstuk 32393) is inmiddels ingediend bij de Tweede Kamer. Het instrumentarium in de AIB WMG is noodzakelijk om het beheersingsmodel in te voeren.

In de tweede plaats vraagt de commissie mij waarom ik heb gekozen voor een beheersingsmodel in plaats van een integraal tarief voor de geleverde zorg waarbij de vergoeding voor de medisch specialist is opgenomen. Allereerst is het model zoals beschreven in de voorhangbrief van 26 april 2010 een eerste stap op weg naar een integrale bekostiging. Wanneer het beheersingsmodel wordt ingevoerd houdt namelijk de deelregulering voor de honoraria van de medisch specialisten op te bestaan. Het beheersingsmodel voor bekostiging van de medisch specialisten sluit aan bij de verantwoordelijkheden van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor financiën en kwaliteit en moet hierop dus ook kunnen sturen. Met de invoering van het voorgenomen beheersingsmodel worden alle kosten voor medisch specialistische zorg in rekening gebracht door de instelling en ook aan deze betaald. Ik heb ervoor gekozen om niet direct over te gaan op een volledig integraal tarief. De belangrijkste reden hiervoor is dat ik besef dat zowel de instellingsbesturen als de medisch specialisten er vooral in het begin aan zullen moeten wennen om over de vergoeding van de diensten van medisch specialisten te moeten onderhandelen. Daarom vind ik het belangrijk dat instellingen en specialisten nu eerst onderhandelen met als handvat een van te voren door de NZa vastgestelde maximumgrens per instelling, voordat de stap naar een volledig integraal tarief kan worden gezet. Daarnaast levert het invoeren van het beheersmodel bij de medisch specialisten meer garanties ten aanzien van de beheersbaarheid van de macro-uitgaven bij de medisch specialistische zorg.

Daarnaast vraagt de commissie mij in te gaan op het flankerend beleid dat ik voornemens ben te laten ontwikkelen en wanneer hierover een eerste rapportage over de voortgang en ontwikkeling aan de Eerste Kamer wordt verzonden. De

invulling van het flankerend beleid bestaat uit meerdere onderdelen. Als eerste het ontwikkelen van good contracting principles oftewel het uitwerken van modelcontracten. Een voorbeeld van een model contract kan zijn loondienst met een prestatieprikkel of het bekostigen op basis van de geleverde kwaliteit.

Het flankerend beleid gaat niet in op mogelijke fiscale aspecten. Het invoeren van het beheersingsmodel hoeft niet automatisch tot het loondienst te leiden voor de medisch specialisten. Hoewel het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist ter discussie kan komen te staan als gevolg van het wegvallen van het zelfstandig declaratierecht van die medisch specialist, kan de vraag of in individuele gevallen sprake is van fiscaal ondernemerschap pas worden beantwoord aan de hand van de feiten en omstandigheden die (achteraf) door de Belastingdienst worden getoetst. In de brief die de minister van Financien hierover op 15 maart 2010 aan de Tweede Kamer heeft gezonden is gemeld welke overwegingen daarbij een rol spelen.¹ De daadwerkelijk invulling van de verhouding tussen medisch specialist en de Raad van Bestuur kan derhalve bepalend zijn voor de vraag of sprake is van loondienst of anderszins. Het vraagstuk van de (afkoop) van goodwill is niet aan de orde bij de invoering van het beheersingsmodel en maakt om die reden dan ook geen onderdeel uit van het flankerend beleid.

Ten slotte bezitten de NZa en de NMa (mede in het kader van het flankerend beleid) instrumenten om onder andere in geval van geconstateerde aanmerkelijke marktmacht respectievelijk misbruik van economische machtspositie maatregelen te treffen om de machtsverhoudingen tussen het instellingsbestuur en de specialisten in balans te brengen.

Ik heb de NZa gevraagd om het flankerend beleid verder uit te werken in haar uitvoeringadvies dat ik op 25 juni van de NZa heb ontvangen.

In het rapport van SEO "De relatie tussen de medisch specialisten en ziekenhuis" wordt opgemerkt dat er beperkt draagvlak bestaat voor het invoeren van een beheersingsmodel vanwege de hoge onderhandelingskosten en eventuele tegenstelling van belangen. Ik ben mij ervan bewust dat er veel tijd, en dus transactiekosten, kunnen gaan zitten in het onderhandelen over de vergoeding van de medisch specialisten. Dat is mede afhankelijk van de opstelling van de onderhandelende partijen. Om deze reden ben ik voornemens om ook op dat punt flankerend beleid te ontwikkelen. Door bijvoorbeeld gebruik te maken van een modelcontract kunnen de transactiekosten sterk worden verminderd. Daarnaast kunnen er collectieve afspraken (contracten geldend voor alle medisch specialisten in een bepaald ziekenhuis) worden gemaakt. Als een positief bijkomend effect van de onderhandelingen verwacht ik dat er tussen de Raad van Bestuur en specialisten meer gesproken zal worden over het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg en dat hier in de onderhandelingen afspraken over worden gemaakt. De transactiekosten zullen naar verwachting afnemen naar mate er vaker onderhandelingen zijn gevoerd en hiermee ervaring is opgedaan.

Naar aanleiding van pagina 9 in mijn voorhangbrief vraagt u mij naar mijn uitgangspunt "dat alle medisch specialisten onder het beheersingsmodel vallen, tenzij dit niet mogelijk is". Mijn uitgangspunt is dat in beginsel alle medisch specialisten in de curatieve zorg onder het beheersingsmodel vallen, ongeacht of

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 222, nr. 11

zij in loondienst of vrij gevestigd zijn. Een uitzondering is de psychiaters, omdat zij onder de curatieve GGZ vallen, waar een ander DBC-systeem van toepassing is. Er wordt nog bezien of solo-praktijken onder het beheersingmodel worden gebracht. Wellicht ten overvloede vermeld ik dat de medisch specialisten werkzaam in AWBZ-instellingen als verpleeghuisartsen en artsen voor gehandicapten ook zijn uitgezonderd. Voor alle overige specialisten zal het model wel van toepassing zijn. Het is in ieder geval de bedoeling dat ook specialisten die in ZBC's werkzaam zijn onder het beheersingsmodel vallen. De NZa zal mij in haar advies dat ik eind juni zal ontvangen verder adviseren over de wijze waarop de verschillende groepen specialisten het beste onder het beheersingsmodel gepositioneerd kunnen worden.

Ons kenmerk
CZ-U-3005428

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink