

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2551 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

kenmerk

196779-117091-CZ

UBijlagen

3

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

Datum 24 maart 2014

Betreft Commissiebrief inzake SO Invoering integrale bekostiging specialistische
zorg

Geachte voorzitter,

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een aantal vragen gesteld over mijn brief van 18 december 2013 over de invoering van integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg (TK 2013-2014 32620, nr. 105). Met deze brief stuur ik u de antwoorden, geclusterd naar onderwerp, op deze vragen toe.

Taakherschikking

De VVD-fractie stelt terecht dat een belangrijk voordeel van de invoering van integrale tarieven is dat het meer mogelijkheden biedt voor taakherschikking en vraagt of er, naast de verpleegkundig specialisten en physician assistants, nog andere 'nieuwe' beroepen in de pijplijn zitten die een bijdrage kunnen leveren aan taakherschikking, die juist vanwege de invoering van integrale tarieven meer kans op doorontwikkeling maken.

Op dit moment zijn er geen nieuwe beroepen die vanwege de invoering van integrale tarieven meer kans op doorontwikkeling maken. De nieuwe beroepen of beroepen die een andere bevoegdheid krijgen, zoals respectievelijk de klinisch technoloog of de mondhygiëniste hebben geen rechtstreekse relatie met de invoering van integrale tarieven.

De SP-fractie maakt zich daarentegen zorgen over het gegeven dat verpleegkundig specialisten en physician assistants vanaf 2015 een DBC mogen openen, omdat men van mening is dat medisch specialistische zorg altijd moet worden gegeven door iemand die daartoe ten volle is opgeleid. Zij vraagt waarom ik van mening ben dat de kwaliteit van de zorg zal toenemen door anders te kiezen.

Ik deel de zorgen van de SP-fractie niet. De verpleegkundig specialisten en physician assistants worden immers ingezet op taken waarvoor zij specifiek en ten volle zijn opgeleid. De verpleegkundig specialisten en physician assistants mogen op basis van de wet BIG een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig indiceren en uitvoeren. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de kwaliteit van zorg bij de inzet van deze beroepen minimaal gelijk blijft en in veel gevallen toeneemt.¹ Ook de doelmatigheid van de zorgverlening en de patiënttevredenheid is aanzienlijk gegroeid.

De CDA-fractie vraagt hoe gemonitord gaat worden dat taakherschikking daadwerkelijk gebeurt.

Op basis van artikel 36a wet BIG mogen verpleegkundig specialisten en physician assistants met ingang van 2012 zelfstandig voorbehouden handelingen indiceren en uitvoeren zonder dat daar in beginsel de medisch specialist aan te pas hoeft te komen. Zij mogen dat voor een periode van vijf jaar. Dit wordt op dit moment gemonitord door een wetenschappelijke onderzoek uitgevoerd door de Universiteit Maastricht. De resultaten hiervan komen in 2015 beschikbaar. Daarnaast vindt op dit moment in vier ziekenhuizen een onderzoek plaats naar de inzet van de verpleegkundig specialist en de physician assistant in relatie tot de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Dit onderzoek wordt uitgevoerd onder leiding van het Radboud UMC. De resultaten worden medio 2014 verwacht.

De CDA-fractie vraagt daarnaast om een uitputtende lijst van regels omtrent registratie en declaratie die in het kader van taakherschikking door de NZa zullen worden aangepast.

Om ervoor te zorgen dat taakherschikking ook in de bekostiging wordt doorgevoerd dient een aantal (technische) wijzigingen in de regels te worden doorgevoerd. Zo wordt geregeld dat physician assistants en verpleegkundig specialisten zelfstandig een polikliniekbezoek en dagverpleging kunnen registreren en dat ze een dbc-zorgproduct kunnen openen en declareren. Van belang is wel dat inzichtelijk wordt gemaakt wie de dbc opent, zodat zorgverzekeraars hier rekening mee kunnen houden in hun inkoop en controles. Hiervoor is het nodig dat alle dat physician assistants en verpleegkundig specialisten een eigen AGB-code krijgen.

Ten slotte vraagt de CDA-fractie hoe het met de taakherschikking van de verloskundige zorg staat, en of de NZa dit ook in de definitieve aanwijzing regelt.

In de verloskundige zorg vindt de ontwikkeling plaats naar integrale zorg (en integrale bekostiging daarvan). In de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) worden lokale afspraken (zorgpaden) afgesproken. Afhankelijk van de specifieke situatie in een bepaalde regio komen op die manier vergaande

¹ Zie bijvoorbeeld 'De inzet van de verpleegkundig specialist in de huisartsenzorg', Universiteit Maastricht 2008; 'De inzet van de physician assistant in de huisartsenzorg', UMC Utrecht 2008; 'De arbeidsmarkt van nurse practitioners en physician assistants', Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt, 2007; 'Monitoringsonderzoek NP-PA 2009-2010', Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt, 2010.

samenwerkingsafspraken tot stand. Een voorbeeld hiervan is de partusassistentie die een kraamverzorgende verleent of het huisbezoek dat een kraamverzorgende van een verloskundige overneemt. Klinisch verloskundigen (nu zo'n ruim 700) in de ziekenhuizen hebben diverse taken van de gynaecoloog overgenomen in de begeleiding van zwangeren met een hoog/hoger risico. Het aantal klinisch verloskundigen groeit nog steeds. Daarnaast worden wijzigingen voorgesteld voor het takenpakket van verloskundigen, onder andere op het gebied van pijnstilling en anticonceptie. Dit wordt gerealiseerd door wijziging van de Amvb verloskundige (wet BIG).

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

Inkomens

De PvdA-fractie vraagt in hoeverre de invoering van integrale tarieven kan leiden tot een ongewenste opdrijving van de beloningen van de vrij gevestigde medisch specialisten. Het gegeven dat de beloning van medisch specialisten, zoals is afgesproken in het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg van 16 juli 2013 niet onder de Wel normering topinkomens (WNT) valt en het tijdelijk beheersmodel met invoering van de integrale bekostiging wordt opgeheven, leidt er toe dat er voor het vrij onderhandelbare deel van de medische specialistische zorg de facto geen maximum staat op de beloning van medisch specialisten. De PvdA-fractie vraagt in hoeverre deze stelling klopt en hoe een eventuele ongebreidelde groei van de beloning van medisch specialisten wordt voorkomen, indien er inderdaad geen maximum aan deze beloningen kan worden gesteld. De SP-fractie vraagt of ik heel concreet kan aangeven wat volgens mij een specialist maximaal zou mogen verdienen en vraagt of de inkomens van alle specialisten niet zouden moeten worden gemaximeerd en hoe kan dit worden gerealiseerd. De CDA-fractie verzoekt ten slotte met de invoering van de integrale bekostiging ook een wettelijk maximum op te nemen voor de bezoldiging van alle medisch specialisten. Zij zouden graag zien dat de beloning van medisch specialisten gelijk gesteld wordt met het huidige bezoldigingsmaximum van de Wet normering topinkomens (130% van een ministersalaris).

In het regeerakkoord is aangegeven dat het rapport van de commissie Meurs (TK 2012-2013, 29248, nr. 240) leidraad is bij het inkomensbeleid gericht op medisch specialisten. Daarbij is relevant dat de commissie Meurs de realiseerbaarheid van wettelijke inkomensnormering specifiek voor medisch specialisten op juridische gronden en op grond van uitvoerbaarheid op nihil heeft ingeschat. Er is dus inderdaad geen sprake van het opleggen van een maximale honorering van individuele medisch specialisten, hetgeen overigens ook onder de huidige bekostigingssystematiek (i.c. het beheersmodel) niet het geval is. Los daarvan ken ik geen onderzoek waaruit objectief zou kunnen blijken wat een medisch specialist maximaal zou mogen verdienen.

Het rapport van de commissie Meurs als leidraad nemend heeft het kabinet besloten tot de invoering van integrale tarieven en het opleggen van een taakstelling op de honoraria van medisch specialisten van 100 miljoen euro. Deze taakstelling is inmiddels verwerkt in het budgettair kader dat onderdeel is van de afspraken die met de gezamenlijke partijen in de medisch-specialistische zorg zijn gemaakt over beperking van de uitgavenontwikkeling in de periode 2014-2017.

Hoewel een stijging van de inkomens van medisch specialisten in theorie mogelijk is zijn er diverse tegenkrachten om dit te voorkomen, zoals de genoemde bestuurlijke afspraken over de uitgavenontwikkeling, de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en het belang van de instelling die een onderhandelingspositie inneemt tussen verzekeraar en medisch specialisten. Gelet op deze tegenkrachten acht ik ongebreidelde groei van de inkomens van medisch specialisten niet waarschijnlijk. Medisch specialisten in loondienst vallen niet onder de WNT. Als ze er wel onder zouden vallen vrees ik grote uitstroom naar vrije vestiging/maatschap. De maatschap/vrije vestiging valt uiteraard naar haar aard niet onder de WNT. Het inkomensverschil tussen loondienst en vrije vestiging zou daarmee zo groot worden dat een uitstroom uit loondienst te verwachten valt. Dat acht ik zeer onwenselijk.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

De PvdA-fractie vraagt voorts of er zicht is op de mate waarin medisch specialisten momenteel een maximale invulling van hun honorariumomzetplafond nastreven door de tarieven in het vrije onderhandelbare segment van de ziekenhuiszorg zodanig te stellen dat zij hier, gegeven hun gebruikelijke jaarlijkse productie, automatisch op uitkomen.

Ik heb geen aanwijzingen dat medisch specialisten momenteel een maximale invulling van de honorariumomzetplafonds nastreven. Ik leid dat ten eerste af uit het feit dat voor 2012 in totaal 2.000,8 miljoen euro honorariumomzet ten laste van de macroplafondruimte is verantwoord, terwijl de instellingen tezamen een plafond van 2.045,5 miljoen euro tot hun beschikking hadden. Dit betekent een onderschrijding van 44,7 miljoen euro op macroniveau (bron: NZa). Ten tweede laten CBS-cijfers een dalende trend zien voor de individuele honorering van vrijgevestigde medisch specialisten. Daar waar een vrijgevestigde medisch specialist in 2009 259.200 euro omzet realiseerde (hetgeen overigens niet gelijk is aan een bruto-inkomen van een specialist in loondienst; zie daarvoor toelichting in het SEO-rapport dat als bijlage ging bij het rapport van de commissie Meurs) is dat gedaald naar 213.600 euro in 2010 en 189.600 euro in 2011 (voorlopig cijfer). Dit is aanzienlijk lager dan het door SEO geraamde inkomensniveau voor 2012.

De PvdA-fractie vraagt daarnaast of de naar hun mening wenselijke tendens waarin medisch specialisten overgaan naar loondienst niet doorbroken wordt op het moment dat deze onderhandelingen voordelig blijken uit te pakken voor vrij gevestigde medisch specialisten, en of er op voorhand een inschatting gemaakt kan worden van de mate waarin de voorgenomen maatregel de huidige tendens naar medisch specialisten in loondienst doorkruist, dan wel bestendigt.

De commissie Meurs heeft eerder aangegeven te verwachten dat er een grote groep vrijgevestigde specialisten als gevolg van de invoering van integrale tarieven zal overstappen naar een loondienstverband. Navraag in de sector leert dat deze verwachting breed gedeeld wordt. Er zijn echter geen kwantitatieve inschattingen beschikbaar voor de mate waarin de invoering van integrale tarieven de langer lopende tendens naar loondienst zal beïnvloeden.

De PvdA-fractie vraagt of er op voorhand uitspraken gedaan worden over eventuele verdringing van medische specialisten in loondienst door hoger dan verwachte loonkosten voor vrijgevestigde medische specialisten en of er in de beoogde systematiek maatregelen kunnen worden getroffen om dit tegen te gaan.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

Of er van verdringing sprake zal zijn is maar zeer de vraag, zeker gezien de verwachting dat juist het aandeel medisch specialisten in loondienst landelijk zal toenemen. Er zijn in elk geval op voorhand geen uitspraken te doen over hoe dit exact zal uitwerken in individuele instellingen. Excessieve beloningen zullen worden tegengegaan door het eerder geschetste mechanisme van countervailing powers (die overigens ook van kracht zijn binnen het in een individuele instelling werkzame collectief van medisch specialisten).

De PvdA vraagt in aansluiting hierop welke overtuigingskracht de Raad van Bestuur van een instelling heeft om bijvoorbeeld de tarieven voor een vrij gevestigde medisch specialist gelijk te stellen aan die van een specialist in loondienst.

Raden van Bestuur kunnen in principe allerlei elementen meewegen in de honorering van (groepen van) medisch specialisten en andere beroepsgroepen die binnen de instelling werkzaam zijn. Wat daarbij zal helpen is dat de op dit moment nog gereguleerde honorariumtarieven geen onderscheid maken tussen zorg geleverd door specialisten in loondienst en specialisten die in vrije vestiging werkzaam zijn.

Uitgavenbeheersing

De beheersing van de uitgaven binnen het integrale macrokader zal worden vormgegeven door middel van een macrobeheersinstrument (mbi). De leden van de VVD-fractie bepleiten een gedifferentieerd macrobeheersinstrument en vragen of ik de huidige stand van zaken kan toelichten. Ook de D66-fractie vraagt naar de stand van zaken bij het macrobeheersinstrument.

Ik wil vooraf benadrukken dat de lopende discussie over de vormgeving van het macrobeheersinstrument los staat van de voorgenomen invoering van integrale tarieven. Zoals eerder aan de Tweede Kamer gemeld, bestudeer ik samen met veldpartijen een model waarbij voor de differentiatie van mbi-kortingen wordt aangesloten bij de contractering door verzekeraars. Op hoofdlijnen is bij dit model de gedachte dat als een zorgaanbieder een contract met omzetbegrenzing afsluit met een verzekeraar (waarvan vooraf door de NZa is vastgesteld dat deze binnen het macrobudgettaire kader past) deze zorgaanbieder voor dat omzetbedrag van overheidswege wordt gevrijwaard van een mbi-korting in het geval dat het macrobudgettaire kader onverhoopt toch wordt overschreden. Door een omzetcontract af te sluiten kunnen zorgaanbieders binnen dit model vooraf zekerheid krijgen dat zij achteraf geen mbi-heffing opgelegd krijgen. Verzekeraars worden in dit model gesterkt in hun sturende rol.

Het voorgaande impliceert dat een eventuele macro-overschrijding alleen kan worden teruggehaald bij ongecontracteerde zorgaanbieders en zorgaanbieders die een contract zonder omzetbegrenzing hebben. Zij moeten in dit model – bij een overschrijding van het macrobudgettaire kader – gezamenlijk het gehele (terug te halen) macrobedrag opbrengen. Een vraag hierbij is of voorkomen kan worden dat hierdoor strijdigheid ontstaat met randvoorwaarden die volgens de landsadvocaat impliceren dat zorgaanbieders binnen de systematiek vrij moeten zijn om geen contract af te sluiten, zonder dat zij daardoor bij voorbaat verliesgevend moeten werken². De landsadvocaat zegt in dit verband ook dat het wenselijk is dat vooraf verzekerd is dat er (ook) voldoende financiële ruimte is voor niet-gecontracteerde zorg.

Gelet op het voorgaande is een extern onderzoeksbureau (Triple A) gevraagd te onderzoeken hoe groot de kans is dat toepassing van het hiervoor beschreven gedifferentieerd mbi, ertoe leidt dat bepaalde groepen aanbieders met zeer hoge mbi-kortingen worden. Ook is gevraagd in hoeverre dit risico kan worden beheerst door vooraf (toetsbaar door de NZa) zo goed mogelijk te ramen hoeveel ruimte er binnen het macrobudgettaire kader nodig is voor zorgaanbieders zonder contract met omzetbegrenzing.

Triple A heeft hierop een uitgebreid onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek is eind december 2013 door Triple A opgeleverd. Ik heb dit onderzoek als bijlage bijgevoegd. Triple A heeft door middel van een simulatiemodel de mogelijke effecten van gedragsreacties gesimuleerd die volgen op de gedifferentieerde inzet van het mbi. Hierbij is men uitgegaan van een situatie die qua marktstructuur, mate van contractering en qua type contracten aansluit bij de feitelijke, huidige situatie. Triple A heeft ook diverse gevoeligheidsanalyses uitgevoerd op de gemaakte gedragsveronderstellingen en kwantitatieve modeluitgangspunten.

Triple A heeft geconcludeerd dat de geschetste gedifferentieerde toepassing van het mbi ertoe kan leiden "dat een substantieel deel van de aanbieders met een hoge korting wordt geconfronteerd" en dat dit "voor met name kleinere en nieuwe zorgverleners tot zeer hoge risico's kan leiden." Doordat de onzekerheden in de macrozorguitgaven "geconcentreerd worden bij een beperkt deel van de zorgaanbieders worden zorgverleners met relatief weinig gevrijwaarde contracten snel geconfronteerd met hoog oplopende kortingen."

Ook heeft Triple A geconcludeerd dat een toets door de NZa³ geen garantie kan bieden dat het macrobudgettaire kader achteraf niet wordt overschreden en ook geen voldoende mate van zekerheid dat er – mocht er zich een macrobudgettaire overschrijding voordoen – naderhand geen groepen aanbieders zullen zijn die (binnen het hiervoor geschetste model van een gedifferentieerde toepassing van het mbi) met zeer hoge mbi-kortingen zullen worden geconfronteerd.

² Zie voor de complete lijst met randvoorwaarden het verslag van een schriftelijk overleg over dit onderwerp, d.d. 19 november 2013. Kamerstukken II, vergaderjaar 2013-2014, 29248, nr. 262.

³ Het gaat hier om een toets of de contractering door verzekeraars, met inachtnaam van de ruimte die zij ramen/reserveren voor ongecontracteerde zorg, voldoende zekerheid biedt dat het macrobudgettaire kader niet zal worden overschreden.

De uitkomsten van het onderzoek van Triple A zijn recentelijk besproken in bestuurlijke overleggen met de geestelijke gezondheidszorg en de medisch-specialistische zorg. De meeste partijen die de hoofdlijnenakkoorden (medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg) hebben ondertekend, zijn, gelet op de uitkomsten van het onderzoek van Triple A, van mening dat er per 2015 geen gedifferentieerd mbi zoals dat hiervoor is beschreven en door Triple A is onderzocht, kan worden ingevoerd. Afgesproken is om de komende periode met veldpartijen te bezien wat dit alles betekent voor het vervolgtraject.

Zowel de VVD- als de CDA-fractie hebben vragen gesteld over de voorgenomen monitoring van de afzonderlijke ontwikkeling van de ziekenhuiskosten en de honoraria van medisch specialisten.

Het doel van de monitoring is om de uitgaven voor honoraria van medisch specialisten en ziekenhuiskosten in elk geval de eerste jaren na invoering van integrale tarieven afzonderlijk te kunnen blijven volgen, onder andere ten behoeve beleidsinformatie alsook voor analyse van uitgavenrealisaties.

De inrichting van de financiële monitor moet nog worden vormgegeven en is vanzelfsprekend afhankelijk van de beschikbare informatie. De route die wordt verkend is of de gegevens via de zorgverzekeraars ter beschikking kunnen (blijven) komen. In plaats van declaratiegegevens zal dan gebruik worden gemaakt van registratiegegevens van ziekenhuizen. Voor de zomer zal ik de Tweede Kamer nader berichten over de monitor en welke gegevens daarvoor beschikbaar zijn.

De VVD-fractie vraagt of bij de ontwikkelingen rondom integrale tarieven ook inschattingen zijn gemaakt van de toekomstige volumeontwikkeling van zelfstandige behandelcentra.

Een dergelijke inschatting is niet gemaakt. Ik wijs er in dat verband op dat ook de zelfstandige behandelcentra zich met ondertekening van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord voor de komende jaren geïmmiteerd hebben aan een macrogroei van maximaal 1,0% per jaar.

De VVD-fractie vraagt of ik de opvatting van de NZa deel dat integrale tarieven tot vermindering van onnodig gebruik leiden en of ik kan aangeven of en hoeveel uitgaven hiermee vermeden kunnen worden, en dus geld bespaard wordt.

De NZa geeft in haar advies aan dat de huidige deelregulering selectieve zorginkoop en daarmee het voorkomen van onnodige productie en het sturen op gepast gebruik door verzekeraars bemoeilijkt. Dit is eerder ook door de commissie Meurs gesignaleerd. Ik deel die opvatting. Invoering van integrale tarieven moet in dat verband nadrukkelijk mede worden gezien als één van de maatregelen die zal bijdragen aan het beperken van de uitgavengroei zoals afgesproken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. Omdat het uiteindelijk gaat om het realiseren van deze macrodoelstelling zijn er geen berekeningen van mogelijke besparingen per individuele maatregel gemaakt.

Zorginkoop

De VVD-fractie vraagt hoe wordt bewerkstelligd dat de zorginkoop een prominenter rol gaat spelen, welke invloed heeft dit op de productie, en of de productie stopt wanneer het budget verbruikt is.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

De afgelopen jaren heb ik tal van maatregelen genomen om het selectieve inkoopbeleid van verzekeraars zowel te faciliteren (door bijvoorbeeld de invoering van DOT, waardoor het aantal producten van 44.000 naar 4.400 is teruggebracht) alsook te prikkelen (denk aan afbouw van de ex post risico-verevening). De invoering van integrale tarieven is een volgende stap in dit proces. Dat neemt niet weg dat de exacte invulling die verzekeraars aan hun inkooprol geven bovenal hun eigen verantwoordelijkheid is. Verzekeraars dienen met zorgaanbieders inkoopafspraken te maken over kwaliteit, prijs en volume van de te leveren zorg die passen binnen de landelijke afspraken over beperking van de uitgavengroei. In het hoofdlijnenakkoord is daarover aanvullend afgesproken dat, gegeven de algemene doelstellingen, partijen zich tot het uiterste zullen inspannen in om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen.

De PvdA-fractie vraagt hoe binnen de nieuwe tariefstructuur en het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid wordt voorkomen dat er sprake is van onder- of overbehandeling.

De invoering van integrale bekostiging zal verzekeraars meer vrijheden en ruimte geven om de medisch-specialistische zorg en het financieren daarvan optimaal in te richten, rekening houdend met kwaliteit en toegankelijkheid. Dat biedt ook meer ruimte om ongewenste praktijkvariatie (i.c. over- of onderbehandeling) tegen te gaan. Doordat er geen sprake is van separate en door de overheid gereguleerde honorariumtarieven kan de verzekeraar bijvoorbeeld specifieke afspraken met een instelling maken om onderbehandeling te verhelpen of overbehandeling tegen te gaan (door bijvoorbeeld met degressieve integrale tarieven te werken)

De PvdA-fractie vraagt daarnaast op welke manier ervoor wordt gezorgd dat binnen de vaak door verzekeraars gehanteerde aanneemsom voldoende aandacht is voor kwaliteit en doelmatigheid en vooral voor praktijkdifferentiatie bij de verschillende medische specialismen.

In de marktscan medisch specialistische zorg 2013 (bijlage bij TK 2013-2014 29248 nr. 264) geeft de NZa op basis van onderzoek bij zorgverzekeraars aan dat er bij de contractering van medisch-specialistische zorg verschillende typen afspraken door verzekeraars en zorgaanbieders gemaakt worden, zoals aanneemsommen maar ook plafondafspraken, 'p*q-afspraken', prijsafspraken en combinaties hiervan. Daarbij stelt de NZa vast dat er in die contracten diverse kwaliteitseisen worden opgenomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om keurmerken, zorginhoudelijke aspecten, het aanleveren van data en de wijze waarop de aanbieder de inkoop dient te informeren. In een aantal gevallen wordt specifieke aanvullende afspraken gemaakt of wordt voorafgaand aan het afsluiten van een overeenkomst vastgesteld of een zorgaanbieder aan de kwaliteitseisen voldoet.

Verskillende verzekeraars nemen bovendien in hun contracten de bepaling op dat er een afslag kan worden toegepast op het tarief/aanneemsom/plafond indien niet aan de kwaliteitseisen wordt voldaan. Kortom, ook binnen aanneemsommen kan aandacht worden gegeven aan kwaliteit en doelmatigheid en dat gebeurt in de praktijk ook.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

De SP-fractie vraagt of ik kennis heb genomen van berichten in Trouw van 29 januari 2014 dat verzekerden helemaal geen behoefte hebben aan selectieve inkoop door zorgverzekeraars en hoe ik deze berichten beoordeel. De SP-fractie vraagt voorts of ik kan reageren op het gegeven dat selectieve polissen, waarin zeer selectief wordt gecontracteerd, helemaal niet populair zijn bij verzekerden en of ik met de SP-fractie concludeer dat er beter gestopt kan worden met selectief contracteren.

Trouw heeft op basis van informatie die zij opvroeg bij de vier grootste zorgverzekeraars, geconcludeerd dat verzekerden niet massaal zijn overgestapt naar de zogenaamde 'budgetpolissen'. 'Budgetpolissen' zijn naturapolissen waarin een beperkt aantal zorgaanbieders is gecontracteerd of waarbij een lagere vergoeding wordt verstrekt voor niet-gecontracteerde zorg dan in de reguliere naturapolissen. Doorgaans is de premie van een budgetpolis ook (iets) lager dan bij een reguliere naturapolis of restitutiepolis. Het prijsverschil is momenteel nog beperkt omdat de verzekeraar nog verplicht is om zorg te vergoeden die geleverd wordt buiten de naturapolis. Als artikel 13 van de Zorgverzekeringswet wordt aangepast, waardoor verzekeraars gedifferentieerde polissen kunnen aanbieden, zullen de prijsverschillen groter worden en daarmee naturapolissen aantrekkelijker. Ik stel daarnaast vast dat er ook nu al bij een deel van de bevolking behoefte is aan een dergelijke polisvariant. Overigens kopen verzekeraars ook al selectief in bij de andere polissen. Dit beheerst de kosten. Ik kan derhalve op dit moment niet de conclusie trekken dat verzekerden helemaal geen behoefte hebben aan selectieve inkoop of dat gestopt kan worden met selectief contracteren, waarmee de prijs omhoog zou schieten (en daarmee de premie) en daarnaast geen extra kwaliteitseisen worden gesteld.

Solisten

De VVD-, CDA-, en D66-fracties vragen of ik nader kan toelichten dat ik de NZa heb opgedragen de eigen declaratiebepalingen op zodanige wijze aan te passen dat extramuraal werkende specialisten in solopraktijk ook onder integrale tarieven kunnen blijven declareren.

Zoals in mijn brief aangegeven heeft de NZa in haar advies opgemerkt dat de gekozen systematiek van het enkel bij de instelling neerleggen van het declaratierecht inhoudt dat extramuraal werkende specialisten in een solopraktijk – een in aantal zeer beperkte groep – niet meer rechtstreeks aan de zorgverzekeraar of patiënt kunnen declareren. De NZa heeft vervolgens geadviseerd nader te bezien of het nodig is om in het Uitvoeringsbesluit WTZi vrijgevestigd medisch specialisten in solopraktijk als aparte categorie te vermelden, zodat ook deze groep onder integrale tarieven kan declareren. Aanpassen van het Uitvoeringsbesluit WTZi blijkt evenwel onvoldoende: op grond van de Wet toelating instellingen (WTZi) heeft een organisatorisch verband dat AWBZ- of ZVW-zorg wil verlenen een toelating van de minister nodig.

Onder 'organisatorisch verband' moet daarbij worden verstaan dat er ten minste twee zorgverleners werkzaam zijn. Een solopraktijk kan derhalve geen toelating verkrijgen op grond van de WTZi. Aanpassen van de definitie van organisatorisch verband in de WTZi zelf vind ik een te zware en ingrijpende maatregel om alsnog het kunnen declareren door solisten mogelijk te maken, te meer omdat dit punt ook in de declaratiebepalingen die de NZa zelf opstelt (en waarin bijvoorbeeld ook taakherschikking door verpleegkundig specialisten en physician assistants mogelijk zal worden gemaakt) opgelost kan worden. Dat laatste is de NZa nu, vanzelfsprekend in consultatie met veldpartijen, technisch aan het voorbereiden.

Fiscale aspecten

De VVD-fractie vraagt of voor de door partijen uitgewerkte samenwerkings- en participatiemodellen op voorhand zeker is dat zij leiden tot behoud van fiscaal ondernemerschap. De D66-fractie vraagt aanvullend naar het aantal vrijgevestigde specialisten dat naar verwachting niet meer aangemerkt zal worden als fiscaal ondernemer, ondanks de mogelijkheid tot gebruik van de samenwerkings- en participatiemodellen.

Zoals door de staatssecretaris van Financiën aangegeven in zijn brief van 18 december 2013 aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS; kenmerk DBG 2013-6904 U, bijgevoegd) zal de beoordeling van individuele situaties (achteraf) door de Belastingdienst plaatsvinden aan de hand van de feiten en omstandigheden zoals zij zich hebben voorgedaan. Wanneer gebruik wordt gemaakt van één van de door deze leden bedoelde modellen en de feiten en omstandigheden zijn daarmee in overeenstemming, staat echter op voorhand wel de fiscale uitwerking vast. Deze is beschreven in de gezamenlijke brief van de NVZ en de OMS aan het ministerie van Financiën van 17 december 2013 (referentie 10008350/kn.hp, bijgevoegd). Als uitgangspunt geldt dat bij transparante samenwerkingsverbanden het ondernemerschap alleen kan worden behouden als sprake is van een substantieel (ondernemers) risico. Daarbij moet het vervallen van het zelfstandig declaratierecht per 1 januari 2015 worden gecompenseerd door het lopen van andere ondernemersrisico's. De brief van de NVZ en OMS geeft in algemene termen aan waaruit dat risico kan bestaan.

Er zijn geen inschattingen beschikbaar van het aantal vrijgevestigde specialisten dat naar verwachting niet meer aangemerkt zal worden als fiscaal ondernemer.

De VVD vraagt wanneer ik verwacht de Kamer te kunnen informeren over de btw-vrijstelling. De CDA-fractie vraagt mij duidelijkheid te bieden over de fiscale aspecten en vraagt wat het overleg met het ministerie van Financiën heeft opgeleverd en in welke gevallen sprake is van een btw-vrijstelling

Voor de btw-aspecten in relatie tot de samenwerkings- en participatiemodellen verwijs ik naar eerder genoemde brief van de NVZ en de OMS en de reactie van de staatssecretaris van Financiën. Kort samengevat leiden de uitgewerkte samenwerkingsmodellen niet tot een stijging van de btw-inkomsten voor de Staat en hogere kosten voor de medische zorg als het wetsvoorstel 'voorwaarden aan winstuitkering' tot wet wordt verheven en in werking treedt en de btw-regelgeving wordt gewijzigd. In dat geval wordt wettelijk verankerd dat de btw-vrijstelling voor het verplegen en verzorgen van mensen in een ziekenhuis ook geldt bij het systeem van winstuitkering. Vooruitlopend op aanvaarding van het wetsvoorstel 'voorwaarden aan winstuitkering' is door de staatssecretaris van Financiën de

bereidheid uitgesproken in voorkomende gevallen goed te keuren dat deze diensten vrijgesteld blijven van btw.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

Met betrekking tot de individuele gezondheidskundige diensten door medisch specialisten die vrijgesteld waren op grond van art. 11, eerste lid, onderdeel g van de Wet op de Omzetbelasting 1968, verandert er niets. Deze blijven vrijgesteld. Het gaat hierbij om gezondheidskundige verzorging van de mens door medisch specialisten, voor zover deze diensten tot het gebied van deskundigheid van deze medisch specialisten (Wet BIG) behoren en onderdeel zijn van hun opleiding. Voor de toepassing van de vrijstelling van gezondheidskundige diensten op grond van art. 11, eerste lid 1, onderdeel g Wet OB 1968 is het dus geen beletsel dat naar winst wordt gestreefd.

Of de onderlinge dienstverlening tot toename van de btw-druk leidt bij de invoering van de nieuwe systematiek kan in zijn algemeenheid niet worden gezegd. Dit hangt af alle feiten en omstandigheden en op welke gebieden die diensten worden verricht. Op dit punt is in ieder geval op dit moment geen sprake van een wijziging van de rechtspraktijk. Dit betekent bijvoorbeeld dat het verrichten van secretariële of andere dan gezondheidskundige diensten belast zijn met btw.

De CDA-fractie veronderstelt dat indien de btw-vrijstelling in een groot aantal gevallen vervalt dit tot een stijging van de zorgkosten kan leiden en vraagt hoe groot een dergelijke stijging zou zijn.

Zoals hiervoor aangegeven blijven de btw-vrijstellingen op gelijke wijze gelden als nu het geval is. Ik herken mij dus niet in de veronderstelling van deze leden dat de vrijstelling in een groot aantal gevallen vervalt. Wel kunnen zich situaties voordoen – zoals ook nu al het geval is – waarin bepaalde onderlinge dienstverlening belast is met btw. Ik verwijs voor een toelichting naar mijn beantwoording hierboven.

De CDA-fractie ontvangt voorts graag een concrete uitwerking in de volgende situaties: de positie van de vrijgevestigde medisch specialist als het ziekenhuis gecontracteerd is, als de verzekeraar een collectief (rechtspersoon) van de specialisten contracteert die faciliteiten van een ziekenhuis huurt, een solopraktijk van een medisch specialist en een zzp-er medisch specialisten die een ziekenhuis inhuurt, en welke gevolgen dit heeft voor de ontwikkeling van de zorgkosten.

Een concrete uitwerking van de fiscale aspecten verbonden aan de situaties zoals door deze leden geschetst is niet mogelijk. Deze fiscale aspecten worden immers bepaald door de feiten en omstandigheden van de individuele situatie. Ik verwijs deze leden naar de briefwisseling tussen de staatssecretaris van Financiën en de OMS/NVZ die als bijlage bij deze brief gevoegd is. Daarin wordt ingegaan op de verschillende fiscale aspecten verbonden aan de verschillende mogelijke vormen van samenwerking tussen medisch specialisten en instelling.

Het CDA vraagt welke fiscale faciliteiten vrijgevestigde specialisten, die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten onder integrale bekostiging en in de regel niet langer aangemerkt worden als fiscaal ondernemer, zullen verliezen. De CDA-fractie vraagt welke gevolgen dit voor de inkomens van de vrijgevestigd medisch specialisten heeft en welke gevolgen dit heeft voor de kosten van de zorg.

Het betreft hier de faciliteiten die behoren bij de status van fiscaal ondernemer. De belangrijkste faciliteiten zijn de zelfstandigenaftrek, de startersaftrek voor startende ondernemers en de MKB-winstvrijstelling. Aan toepassing van de faciliteiten zijn nadere voorwaarden verbonden. De zelfstandigenaftrek bedraagt in 2014 € 7.280, de startersaftrek € 2.123, de MKB-winstvrijstelling bedraagt 14% van de winst na aftrek van eerder genoemde aftrekken. Overigens verwacht ik dat specialisten een keuze maken tussen ofwel behoud van hun ondernemerschap (via één van de modellen), ofwel een overstap maken naar loondienst bij een door hen beheerste B.V. dan wel bij het ziekenhuis. In het eerste geval blijven de faciliteiten bestaan of gaan specialisten over naar een B.V. regime met de daaraan verbonden fiscale aspecten. Bij een overstap naar loondienst bestaat geen recht meer op de genoemde faciliteiten. Aangezien het hier gaat over (een verlies van) fiscale faciliteiten heeft dit geen gevolgen voor de kosten van de zorg. De fiscale faciliteiten zijn immers geen onderdeel van de zorgkosten.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

De CDA-fractie vraagt of de aanname in het NZa-advies van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB) ook gevolgen heeft voor de vraag of er wel of niet sprake is van fiscale vrijstellingen.

Uit de vraag van deze leden is niet duidelijk of zij doelen op de vrijstellingen voor de btw of op de vrijstellingen/faciliteiten voor de inkomstenbelasting. Over het toepassen van de vrijstellingen voor de btw ben ik hiervoor al ingegaan. Voor wat betreft de toepasselijkheid van de faciliteiten voor de inkomstenbelasting: deze hangen niet zozeer af van de vraag of sprake is van een GMSB, maar van de vraag of de individuele specialist voldoet aan de algemeen geldende criteria voor fiscaal ondernemerschap. De beantwoording van die laatste vraag is uitvoerig aan de orde geweest in de briefwisseling tussen de staatssecretaris van Financiën en de OMS en NVZ die als bijlage bij deze brief is gevoegd.

De D66-fractie verzoekt mij uitwerking van deze hervorming in fiscale zin goed te monitoren en binnen twee jaar te evalueren

De suggestie van deze leden om de nieuwe situatie goed te monitoren en binnen twee jaar te evalueren neem ik graag over. Bij de evaluatie zal ook aandacht worden besteed aan de btw-aspecten.

Governance

De PvdA-fractie vraagt of instellingen en medisch specialisten in voldoende mate beseffen wat deze overstap naar integrale tarieven betekent voor hun positie, met name waar het de onderhandelingen over het honorarium van de vrij gevestigde medisch specialist betreft.

Ik ga er van uit dat dit besef in voldoende mate aanwezig is. Ik stel in elk geval vast dat de overstap naar integrale tarieven een lange voorgeschiedenis kent. Immers, al in het eerdere bestuurlijk hoofdlijnenakkoord van 2011 (TK 2010-2011 29248, nr. 215) is afgesproken dat integrale tarieven per 2015 ingevoerd zullen worden; instellingen en medisch specialisten hebben dus ruim de tijd gehad om zich gedegen voor te bereiden. Daarnaast zijn en worden beide partijen in ruime mate door hun brancheorganisaties geïnformeerd over de veranderingen die ingaan per 1 januari 2015.

De PvdA-fractie vraagt of de onderhandelingen op ziekenhuisniveau geen onvoorziene en eventueel ongewenste effecten zullen hebben. Zij denken daarbij aan het tegen elkaar uitspelen van afzonderlijke medische specialisten, of het juist onder druk zetten van de instelling door "samenspannende" medisch specialisten. De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast of er problemen verwacht worden tussen kleine en grote maatschappen en of er ook rekening gehouden is met de mogelijkheid dat specialisten of maatschappen teveel budget naar zich toe weten te trekken, wat mogelijk ten koste gaat van andere zorgproducten, bijvoorbeeld onderhoud aan apparatuur.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

Ik verwacht dat er scherpe gesprekken binnen instellingen gevoerd gaan worden over kwaliteit, prijs en volume van de te leveren zorg, de inzet die daarvoor door alle betrokkenen binnen de instelling gepleegd gaat worden en ook de honoraria/inkomens die daar bij horen. Dat vraagt een zekere verantwoordelijkheid van de onderhandelende partijen die voor wat betreft de gelijkgerichtheid van belangen ten minste samenkomt in het zorg dragen voor goede patiëntenzorg, borging van de financiële gezondheid en de continuïteit van het ziekenhuis. Daarbij komt dat partijen juist in gezamenlijkheid om de tafel zullen moeten gaan met de inkopende zorgverzekeraar(s); ook in dat proces zullen instelling en medisch specialist veel meer baat hebben bij een zorgvuldige afgestemde inzet dan bij het najagen van eigen voordeel ten koste van de ander.

De PvdA-fractie vraagt hoe de overgang naar integrale tarieven zorg draagt voor de in de brief vermelde noodzaak om de belangen van instelling en specialisten op één lijn te brengen. Zij zien ook situaties voor zich waarin, met name op het punt van het honorarium, instelling en medisch specialist tegenover elkaar, in plaats van naast elkaar komen te staan. Hoe zouden eventuele conflicten op voorhand kunnen worden voorkomen? Ook de PVV-fractie vraagt zich af of de belangen van instelling en specialist door integrale bekostiging wel op één lijn zullen worden gebracht en vraagt of de belangen van instelling en specialist niet eenvoudiger op één lijn te brengen door alle specialisten in loondienst te nemen.

Waar het hier om gaat is dat de huidige bekostiging er, vanwege de gescheiden financieringsstromen, in sommige gevallen direct voor zorgt dat er een tegengesteld belang is tussen ziekenhuis en specialist. Dat is onwenselijk. Zoals eerder aangegeven zullen er binnen instellingen ongetwijfeld stevige onderhandelingen gevoerd gaan worden. Dat is ook precies de bedoeling; er is vanaf 2015 nu eenmaal geen sprake meer van een vast honorariumtarief of een door de specialist(en) grotendeels naar eigen inzicht te bepalen jaaromzet. Instellingen en medisch specialisten hebben hier inmiddels enige ervaring mee kunnen opdoen onder het huidige beheersmodel, maar conflicten in individuele situaties zijn op voorhand nu eenmaal niet volledig uit te sluiten. Ik ga er in algemene zin van uit dat, aangezien instelling en medisch specialisten niet zonder elkaar kunnen, men uiteindelijk het gezamenlijke belang zal laten prevaleren. Wat betreft de arbeidsverhouding is in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord door de ondertekenende partijen afgesproken dat er ook na 2015 een vrije keuze moet blijven tussen vrije vestiging en dienstverband.

De PvdA-fractie vraagt welke rol brancheverenigingen van medisch specialisten zullen spelen bij dit onderhandelingsproces, hoe hun rol op voorhand kan worden ingeschat en hoe brancheverenigingen zelf aangeven deze komende onderhandelingen te zien. Daarbij vragen genoemde leden of overwogen is, of overwogen wordt, vanuit de rijksoverheid instellingen en specialisten bij te staan met een overzicht van wenselijke normpraktijken, teneinde eventuele ongewenste constructies op voorhand tegen te gaan, en gewenste praktijken te bevorderen.

De rol van brancheorganisaties betreft het informeren en ondersteunen van hun achterbannen bij het transitieproces. In het onderhandelingstraject tussen medisch specialisten en Raden van Bestuur hebben zij geen actieve rol, maar kunnen zij wel een faciliterende rol spelen door bijvoorbeeld standaard modelovereenkomsten op te stellen waarin Raden van Bestuur van instellingen met de medisch specialisten verantwoorde afspraken maken over de kwaliteit van de te leveren zorg. Uiteindelijk zijn het individuele partijen die de onderhandelingen aangaan. Ik zie daarin, na het afschaffen van het beheersmodel medisch specialisten en het voor partijen verhelderen van het fiscale speelveld, geen specifieke rol voor de overheid.

De PvdA-fractie vraagt in het bijzonder aandacht voor het opnemen van kwaliteitscriteria over de te leveren medisch specialistische zorg bij deze onderhandelingen. Zij zien met deze onderhandelingen een "window of opportunity" voor het opnemen van eisen rondom kwaliteit en doelmatigheid in de contractering van vrij gevestigde medisch specialisten. Hoe kan het opnemen van eisen over kwaliteit en doelmatigheid bij deze onderhandelingen verplicht worden gesteld?

De contractsafspraken die instelling en medisch specialisten (vrij gevestigd dan wel in loondienst) onderling maken zijn niet onderworpen aan specifieke overheidsregulering voor wat betreft kwaliteit en doelmatigheid, nu niet onder het beheersmodel en straks ook niet onder integrale tarieven. Het opleggen van algemene verplichtingen zou ook onmogelijk zijn, gegeven de variatie in het type lokale samenwerking, de verschillende aard van de onderlinge afspraken en het feit dat een dergelijke verplichting niet aan specialisten in loondienst kan worden opgelegd. Ten slotte geldt dat, voor zover onderling specifieke afspraken gemaakt zullen worden over kwaliteit en doelmatigheid, deze altijd binnen het bredere verband van de afspraken tussen instelling en zorgverzekeraar(s) over kwaliteit en doelmatigheid plaatsvinden.

De CDA-fractie wil graag weten wat ik vind van de gekozen constructie in het ziekenhuis Bernhoven te Uden om met alle medisch specialisten één grote stafmaatschap te vormen, die een in- en uitverdienregeling voor de goodwill heeft.

Ik heb geen opvattingen over in individuele instellingen gekozen samenwerkingsconstructies. Overigens ben ik in het algemeen geen voorstander van goodwillconstructies.

Regiomaatschappen

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

De leden van de fractie van de PvdA vragen een reactie op de volgende constatering van de commissie Meurs: "Met een regiomaatschap neemt het risico op een tegenstelling tussen de belangen van instelling en specialist toe, terwijl voor het bevorderen van regionale samenwerking het oprichten van een regiomaatschap niet nodig is; die samenwerking kan ook op allerlei andere manieren vormgegeven worden. Om deze ontwikkeling een halt toe te roepen zou in toelatingsovereenkomsten moeten worden voorzien in de mogelijkheid voor het bestuur van een instelling om het oprichten van regiomaatschappen door in de instelling werkzame specialisten tegen te gaan."

De leden van de fractie van de PvdA hebben gevraagd om de mogelijkheden die een bestuurder heeft van een instelling te vergroten, zoals geconstateerd door de commissie Meurs. Voor mij is de verhouding tussen Raad van Bestuur en medisch specialist, al dan niet georganiseerd in een regiomaatschap, duidelijk. De Raad van Bestuur draagt de eindverantwoordelijkheid voor het totale ziekenhuis en moet daarop kunnen worden aangesproken. In de Kwaliteitswet zorginstellingen ligt dat voor kwaliteit en veiligheid vast in artikel 2. Het ziekenhuisbestuur is daarnaast ingevolge een nadere regeling van de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg verantwoordelijk voor en draagt zorg voor het correct afhandelen van declaraties, zij het dat de vrijgevestigde specialist voor wat het specialistendeel thans nog zelfstandig - via het ziekenhuis - kan declareren. Met de introductie van integrale tarieven zal voor de zorg verleend door een instelling voor medisch specialistische zorg en een zorgaanbieder die op toelatingsbasis gezamenlijk met de instelling zorg verleend ook daarvoor de verantwoordelijkheid bij het ziekenhuis te liggen. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) houdt de Raden van Bestuur van een ziekenhuis verantwoordelijk voor de afspraken die haar medisch specialisten maken met specialisten uit een ander ziekenhuis. Deze beleidslijn heeft zij voor de zomer van 2013 gecommuniceerd. Ziekenhuizen en maatschappen vormen volgens de ACM één geheel en het bestuur van een instelling heeft daarmee de bestuurlijke mogelijkheid om toetreding tot een regiomaatschap tegen te houden. Het is naar mijn mening dan ook een afweging die door het bestuur van een ziekenhuis gemaakt kan worden. Dit neemt niet weg dat ik vind dat als de publieke belangen, met name de belangen van patiënten en verzekerden, worden geschaad de toezichthouder moet kunnen optreden. Om die reden zal ik bij de wijziging van de WMG met het oog op verbetering van toezicht en opsporing ook opnemen dat naast zorgaanbieder(s) en verzekeraar(s) ook 'een organisatorisch verband van zorgaanbieders' kan beschikken over marktmacht. Hiermee kan de NZa het Aanmerkelijk Marktmacht (AMM)-instrumentarium ook toepassen op (regio)maatschappen. Zie hiervoor ook mijn brief van 20 december 2013 over samenwerking, regiomaatschappen en fusiedruk (TK 2013-2014, 32620, nr. 106).

De leden van de fractie van de PvdA vragen of er sprake is van een toename van het aantal regiomaatschappen. Zij vragen een overzicht van het aantal regiomaatschappen in de afgelopen drie jaar en of daarbij kan aangegeven worden in welke regio's deze maatschappen werken, met welke ziekenhuizen zij een overeenkomst hebben, en voor welke specialismen regiomaatschappen zijn gevormd.

De PvdA-fractie heeft gevraagd naar de ontwikkeling van het aantal regiomaatschappen en voor welke specialismen deze zijn gevormd. Uit het rapport over regiomaatschappen dat door iBMG in opdracht van de NZa is opgesteld, stellen de onderzoekers het volgende vast: "Voor zover door de ziekenhuizen ingevuld, blijkt dat de meeste instellingsoverstijgende maatschappen sinds 2000 zijn ontstaan. Er wordt echter ook melding gemaakt van maatschappen die reeds in de jaren '70 en '80 zijn gefuseerd. Overigens lijkt het erop dat het aantal instellingsoverstijgende maatschappen de komende jaren verder zal toenemen. Van alle 81 ziekenhuizen die de vragenlijst volledig hebben ingevuld, geeft namelijk meer dan de helft (44) aan dat er bij hen op dit moment plannen zijn voor nieuwe maatschapsfusies." Wat betreft de specialismen hebben de onderzoekers de tabel 'Instellingsoverstijgende maatschappen' samengesteld. Dit is gedaan op basis van gegevens van december 2012.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

Tabel: Instellingsoverstijgende maatschappen (a,b)

Specialisme	Aantal ziekenhuizen dat aangeeft instellings-overstijgende maatschap te hebben	Aantal instellings-overstijgende maatschappen met andere ziekenhuizen	Aantal instellings-overstijgende maatschappen met zelfstandige behandelcentra	Totaal aantal betrokken ziekenhuizen
Urologie	25	13	0	30
Heelkunde	24	12	0	28
Plastische chirurgie	21	10	1	28
Reumatologie	21	12	0	28
Medische microbiologie	20	8	0	22
Neurochirurgie	18	5	0	27
Pathologie	17	9	1	20
Oogheelkunde	10	5	3	14
Longziekten	9	5	0	13
Nucleaire geneeskunde	8	4	0	10
Keel-neus-oor	7	4	0	8
Obstetrie en gynaecologie	6	4	0	8
Neurologie	5	2	0	4
Radiologie	5	1	2	5
Cardiologie	4	1	0	4
Dermatologie en venerologie	4	2	1	5
Interne geneeskunde	4	1	1	3
Orthopedie	3	2	0	3
Revalidatiegeneeskunde	3	2	1	7
Anesthesiologie	2	0	0	0
Maag-darm-lever	2	1	0	2
Psychiatrie	2	1	0	2
Radiotherapie	1	0	0	0

a. Op basis van vragenlijst december 2012.

b. Zoals iBMG in het rapport aangeeft dient dit overzicht met de nodige voorzichtigheid te worden gebruikt. Zo komt het veelvuldig voor dat ziekenhuis X een instellingsoverstijgende maatschap met ziekenhuis Y rapporteert, terwijl ziekenhuis Y de vraag of sprake is van een fusiemaatschap ontkennend beantwoordt. Dit vormt de verklaring voor het verschil tussen het aantal ziekenhuizen in de eerste en de laatste kolom van de tabel. Daarnaast blijkt uit de gegeven antwoorden onder andere dat niet alle ziekenhuizen het begrip 'instellingsoverstijgende maatschap' eenduidig hebben geïnterpreteerd.

Ten slotte verwijs ik naar mijn recente brief over samenwerking, regiomaatschappen en fusiedruk, waarin ik heb aangegeven het advies van de NZa om de transparantie ten aanzien van regiomaatschappen te vergroten overneem. Dit betekent dat (regio)maatschappen zich vóór de vorming ervan bij de NZa dienen aan te melden. Om goed toezicht te kunnen houden, is het immers noodzakelijk om te weten van het bestaan van de regiomaatschap. Dit jaar nog zal de NZa een nulmeting doen van het aantal regiomaatschappen in Nederland.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze de invoering van integrale bekostiging zich concreet verhoudt tot het voornemen in het regeerakkoord om regiomaatschappen te ontmoedigen.

Zoals eerder aangegeven leidt de huidige wijze van bekostiging van instellingen en medisch specialisten er in sommige gevallen toe dat er een tegengesteld belang is tussen ziekenhuis en specialist. Ook het bestaan van een regiomaatschap draagt het risico in zich van tegengestelde belangen. Zowel de invoering van integrale bekostiging als het ontmoedigen van regiomaatschappen heeft als doel het bevorderen van de gelijkgerichtheid van belangen van medisch specialisten en instellingen. In genoemde brief over samenwerking, regiomaatschappen en fusiedruk heb ik aangegeven welke maatregelen ik tref om regiomaatschappen te ontmoedigen.

De invoering van de integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg zal naar de verwachting van de leden van de CDA-fractie tot andere verhoudingen tussen de medisch specialisten en de bestuurders van het ziekenhuis leiden. Deze leden vragen de minister om enkele concrete situaties te schetsen, waarbij de onderlinge machtsverhoudingen tot risico's voor publieke belangen kunnen leiden.

De fractie van de CDA vraagt enkele concrete situaties te schetsen waaruit blijkt dat de onderlinge machtsverhoudingen tussen de medisch specialisten en de bestuurders van het ziekenhuis leiden tot risico's voor de publieke belangen. De vorming van regiomaatschappen kan leiden tot onwenselijke marktmacht en beperking van concurrentie waar patiënten of verzekerden schade van kunnen ondervinden. Te denken valt bijvoorbeeld aan de situaties waarin de (regio)maatschap, als gevolg van haar marktmacht, in staat is de selectieve inkoop door zorgverzekeraars te beperken of juist aan de volumenormenten te voldoen zonder te specialiseren of onredelijke prijzen te vragen voor de diensten van de regiomaatschap. Dit kan ertoe leiden dat de kwaliteit ondanks hoger volume niet verbetert, de zorgpremies en/of de prijzen voor medisch specialistische zorg omhoog gaan en/of innovatieve kracht wordt geremd, waarmee toekomstige kwaliteitsverbetering minder snel wordt gerealiseerd. Wanneer in dit kader de toezichthouders - de NZa, de ACM of de Inspectie voor de gezondheidszorg (hierna: IGZ) - constateren dat er onvoldoende randvoorwaarden zijn voor het leveren van verantwoorde zorg, dan dient de vorming van de betreffende regiomaatschap door hen aangepakt te worden.

De CDA-fractie wijst er op dat de NZa concludeert dat de gelijkgerichte belangen van instellingsbestuur en medisch specialisten de productieprikkels van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf versterken en dat de NZa aangeeft dat met het afschaffen van de deelregulering er geen countervailing power tussen ziekenhuis en specialisten meer bestaat. De CDA-fractie vraagt wat mijn opvatting hierover is en welke rol de Raad van Toezicht kan spelen om deze perverse prikkel tegen te gaan.

Zoals de NZa in haar advies aangeeft is het in de eerste plaats de taak van de zorgverzekeraar(s) om tegenwicht te bieden aan een versterkte productieprikkels. De verzekeraar wordt hier in het systeem met integrale tarieven veel beter toe in staat gesteld dan in het huidige systeem omdat selectieve inkoop beter mogelijk wordt. Daarnaast merk ik op dat de bestuurlijke partijen in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord zich hebben gecommitteerd om een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda op te stellen die er onder andere op gericht is gepast om ongewenste praktijkvariatie te verminderen en gepast gebruik te bevorderen. Binnen de instelling zijn er eveneens diverse tegenkrachten die eventuele productieprikkels tegen zullen gaan, zoals individuele patiënten en patiëntorganisaties (gefaciliteerd door bijvoorbeeld de [campagne Verstandig Kiezen](#), opgezet door de OMS, de wetenschappelijke verenigingen en ZonMw). Ook de Raad van Toezicht kan vanuit haar onafhankelijke rol toezicht houden op de kwaliteit van de patiëntenzorg in de instelling en daarmee tegenwicht bieden aan mogelijk optredende productieprikkels.

De CDA-fractie vraagt hoe de aanscherping van het AMM-instrumentarium er uit gaat zien en onder welke voorwaarden dit instrumentarium wordt ingezet.

De leden van de CDA-fractie vragen naar het advies van de NZa om het AMM-instrumentarium in te zetten. In mijn brief van 20 december 2013 heb ik mijn standpunt ten aanzien van de verschillende adviezen van de NZa uiteengezet. Wat betreft de aanscherping van het AMM-instrumentarium heb ik laten weten het advies van de NZa over te nemen, omdat dit toezichtinstrument erin voorziet dat regiomaatschappen, daar waar zij niet één geheel vormen met het ziekenhuis, los van het ziekenhuis kunnen worden aangepakt wanneer hun afspraken de publieke belangen, met name de belangen van patiënten en verzekerden, kunnen schaden. Bij de wijziging van de WMG met het oog op verbetering van toezicht en opsporing zal worden opgenomen dat naast zorgaanbieder(s) en verzekeraar(s) ook een organisatorisch verband van zorgaanbieders' kan beschikken over marktmacht. Hiermee kan de NZa het AMM-instrumentarium ook toepassen op (regio)maatschappen. De NZa kan dan naar aanleiding van de signalen/aanvragen die zij ontvangt of ambtshalve onderzoeken of de (regio)maatschap een aanmerkelijke marktmacht heeft met als (potentiële) schade aan de publieke belangen tot gevolg en zo nodig maatregelen nemen om de schade aan de publieke belangen te voorkomen. De genoemde wijziging van de WMG zal voor de zomer van 2014 aan u worden aangeboden. Het advies van de NZa om het AMM-instrumentarium te versterken door de NZa de bevoegdheid te geven om in het uiterste geval een partij met AMM te ontbundelen, neem ik ook over en zal ik nader uitwerken. Het ontbundelen van private samenwerkingen is een zwaar instrument. Echter, ter bescherming van de patiënt en omdat daartoe concurrentie tussen meerdere aanbieders de ruggengraat van het systeem vormt, is zo'n zwaar middel gerechtvaardigd.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoe straks de onderlinge verhouding tussen het ziekenhuis en de regiomaatschap is, als het gaat om het bepalen van de tarieven voor zorg en de onderhandeling met de zorgverzekeraar.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

De leden van de CDA-fractie vragen naar de onderlinge verhouding tussen het ziekenhuis en de regiomaatschap. De NZa geeft in haar advies aan dat een regiomaatschap met een eigen toelating als instelling voor medisch specialistische zorg denkbaar is. In een dergelijk geval maakt de regiomaatschap eigenstandig productieafspraken met de zorgverzekeraar en declareert ook eigenstandig. Met het ziekenhuis worden afspraken gemaakt in geval gebruik gemaakt wordt van voorzieningen of personeel van het ziekenhuis. Als partijen voor een dergelijk model kiezen heb ik daar geen bezwaar tegen.

Planning

Diverse fracties (PVV, CDA, D66) vragen naar de planning richting invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015, ook in relatie tot het NZa-advies op dit punt.

De NZa geeft in haar advies aan het belangrijk te vinden dat partijen voldoende tijd krijgen om zich voor te bereiden op de invoering van integrale tarieven. Daar heb ik het van harte mee eens. Om die reden is de NZa tot het in haar advies aangegeven tijdpad gekomen, waarin de bijbehorende regelgeving per 1 januari 2014 zou moeten zijn vastgesteld. Ik constateer dat het ideaaltypische NZa-tijdpad weliswaar niet meer gevolgd wordt, mede als gevolg van de wettelijke voorhangprocedure die aan een aanwijzing aan de NZa vooraf gaat, maar dat er nog voldoende tijd is voor invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015. Te meer omdat partijen zich al geruime tijd hebben kunnen voorbereiden op deze invoering: de invoering van integrale tarieven is immers al afgesproken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord van juni 2011. Invoering per 1 januari 2015 acht ik daarmee nog altijd realistisch.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten of de huidige aandacht voor het vaststellen van ziekenhuisjaarrekeningen een belemmering opwerpt voor een zorgvuldige invoering van de integrale bekostiging van medisch-specialistische zorg per 1 januari 2015. De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast of de invoering van de integrale tarieven de controlemogelijkheden van de zorgverzekeraar op de declaraties niet beperkt.

Zoals bij elke bekostigingswijziging zal er aandacht moeten zijn voor eventuele consequenties ten aanzien van het verantwoorden van de omzet in de jaarrekeningen en de relevante deelverantwoordingen en de controle die door verzekeraars wordt uitgevoerd. Ik heb geen signalen dat de invoering van integrale tarieven een goede omzetverantwoording door instellingen of een goede controle door de verzekeraars belemmert.

Hierbij merk ik op dat ik in mijn kamerbrief van 2 februari 2014 (Kamerstukken II 2013-2014, 32 620, nr. 108) heb aangekondigd dat ik met de NZa, alle betrokken veldpartijen en accountants een traject ga starten met als doel het verbeteren van de keten van (declaratie)regelgeving, declaratie en registratie, verantwoording en controle. Uniformiteit en eenduidigheid zijn hierbij sleutelwoorden. Concreet betekent dit dat er voorafgaand aan 2015 en vóór het afronden van de contractering tussen verzekeraars en instellingen helderheid bestaat over de wijze van verantwoorden en controleren.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

Overige vragen

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoeveel middelen beschikbaar worden gesteld om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren, waar deze middelen precies voor worden gebruikt. De PvdA-fractie vraagt naar de stand van zaken ten aanzien van de afspraken tussen partijen over de wijze waarop een objectieve en transparante toekenning van deze middelen plaatsvindt.

Zoals in de premiebijlage bij de VWS-begroting 2014 staat aangegeven gaat het om 50 miljoen euro per jaar voor de periode 2015 tot en met 2024. Het overleg met de bij het bestuurlijk akkoord betrokken partijen over de aanwending van deze middelen is nog niet afgerond. Ik zal de Tweede Kamer nader informeren zodra dat het geval is.

De SP-fractie vraagt voor wie deze stap naar integrale tarieven genomen wordt.

Zoals ook in de brief aangegeven beoogt de invoering van integrale bekostiging onder meer taakherschikking en substitutie te bevorderen en de kwaliteit en doelmatigheid van de medisch specialistische zorg te verbeteren. Dat zijn thema's die impact hebben op alle belangrijke actoren in de sector. Uiteindelijk is het de patiënt en de premiebetaler die hiervan de vruchten zal gaan plukken.

De leden van de PVV-fractie zien de invoering van integrale tarieven in feite als een stelselwijziging. Zij vragen of ik verwacht dat patiënten hier hinder van zullen ondervinden en of het patiënten duidelijk is waar ze met vragen over een declaratie terecht kunnen, nu ze de specialist daar niet meer op kunnen aanspreken.

De invoering van integrale tarieven zorgt ervoor dat de bekostigingssystematiek nog beter zal bijdragen aan een goede werking van het stelsel van curatieve zorg als zodanig. Ik verwacht niet dat patiënten hiervan hinder zullen vinden. Voor vragen over de declaratie is de zorgverzekeraar het eerste aanspreekpunt voor de verzekerde. Dat is nu het geval en dat blijft zo onder integrale tarieven.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoe ik aankijk tegen het door de NZa gesignaleerde risico van een toename van ZBC's met monodisciplinaire vakken en welke gevolgen dit heeft voor de integraliteit van zorg voor bijvoorbeeld mensen die meerdere chronische ziekten hebben.

Waar het mij om gaat is dat er maatwerk beschikbaar blijft voor patiënten, afhankelijk van het type zorgvraag. Een eventuele toename van monodisciplinaire ZBC's hoeft in dat verband niet een onwenselijke ontwikkeling te zijn, die op zichzelf ook niet rechtstreeks ten koste hoeft te gaan van specifiek zorgaanbod gericht op andere patiëntgroepen.

Ons kenmerk
196779-117091-CZ

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers