

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

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

972901-150728-CZ

Bijlage(n)

2

Uw brief

Datum 4 juli 2016
Betreft Stand van zaken integrale bekostiging en besturingsmodellen msz
2016

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

Geachte voorzitter,

Op 1 januari 2015 heeft de medisch specialistische zorg de overgang gemaakt naar integrale bekostiging, conform de afspraak in het bestuurlijke akkoord medisch specialistische zorg van 16 juli 2013 (TK 2012-2013, 29248, nr. 257). De deelregulering, waarbij de bekostiging en budgettaire sturing van ziekenhuizen en (vrijgevestigde) medisch specialisten deels gescheiden systemen waren, is afgeschaft. De zorgverzekeraar heeft nu één onderhandelingspartner in de ziekenhuiszorg, de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, wat de gelijkgerichtheid binnen het ziekenhuis ten goede kan komen.

Met deze brief geef ik invulling aan de toezeggingen om u opnieuw te informeren over de stand van zaken integrale bekostiging (o.a. TK Kamerstuk 34300-XVI, nr. 150, 17 december 2015). Daarnaast vindt u in bij deze brief de volgende bijlagen:

1. Een evaluatie van de fiscale aspecten van de invoering van integrale bekostiging.¹ In deze evaluatie wordt ondermeer ingegaan op de grote inzet die is gepleegd om duidelijkheid te verschaffen over de fiscale consequenties van de overgang naar integrale bekostiging.
2. De ontwikkelingen op het gebied van de regiomaatschappen.² Voornaamste conclusie is dat er geen toename zichtbaar is van regiomaatschappen of andere vormen van instellingsoverstijgend werken.

Stand van zaken integrale bekostiging

Op basis van de Quicksan Integrale Bekostiging en governance van de TIAS school for business and society (hierna 'quicksan van TIAS'), de Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna 'monitor van de NZa'),³ en waarnemingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), is een goed eerste beeld te geven van de effecten van de invoering van integrale bekostiging.

¹ Hiermee kom ik tegemoet aan de toezegging in mijn brief van 24 maart 2014 (Commissie-brief inzake SO invoering integrale bekostiging specialistische zorg, TK 32 620, nr. 105).

² Hiermee geef ik invulling aan de toezegging in het Algemeen Overleg van 11 februari 2015 om u te informeren over de ontwikkelingen ten aanzien van de regiomaatschappen.

³ Deze onderzoeken heb ik u eerder dit jaar toegezonden, als bijlagen bij respectievelijk TK 32012, nr. 36 en TK 34300-XVI, nr. 155.

Wegnemen van belemmeringen

Integrale bekostiging heeft belangrijke belemmeringen weggenomen voor selectieve inkoop, doelmatige zorg, en taakherschikking. Uit de monitor van de NZa blijkt dat doelstellingen van integrale bekostiging nog niet allemaal gerealiseerd zijn, maar ook dat het te vroeg is om daar definitieve conclusies aan te verbinden. Het is aan partijen om de komende jaren lokaal en in de praktijk de gecreëerde mogelijkheden voor selectieve inkoop, doelmatige zorg, en taakherschikking waar te maken.

Kenmerk
972901-150728-CZ

Bestuurbaarheid

Volgens de NZa is de bestuurbaarheid van ziekenhuizen niet verslechterd door de invoering van integrale bekostiging of de vorming van medisch specialistische bedrijven (msb's). In de meeste ziekenhuizen waren en zijn de onderlinge verhoudingen goed, zegt ook TIAS. Volgens de NZa moeten msb's en ziekenhuizen de ruimte krijgen om zich in de door hen gekozen structuur te bewijzen. Ook de IGZ heeft mij laten weten dat zij in de praktijk geen directe, negatieve gevolgen van de invoering van integrale bekostiging heeft aangetroffen. NZa en IGZ benadrukken dat integrale bekostiging raden van bestuur en medisch specialisten kansen biedt om gezamenlijk te werken aan goede en veilige zorg. Toch is een kritische noot op zijn plaats. Uit de rapporten blijkt dat de formele implementatie van het samenwerkingsmodel heeft geresulteerd in complexe organisatiestructuren, die een risico voor de bestuurbaarheid kunnen vormen. Bovendien lijkt de toegenomen invloed van de medisch specialisten ten koste te zijn gegaan van de invloed van de ziekenhuisbestuurders. Dat vind ik zorgwekkend, gezien de eindverantwoordelijkheid van ziekenhuisbestuurders voor de kwaliteit en veiligheid. Ook vragen beide rapporten aandacht voor de rol van de raad van toezicht. Die dient er op toe te zien dat de raad van bestuur goede afspraken met het msb maakt, en dat die afspraken worden nageleefd. Van die verantwoordelijkheid, en de mogelijkheid om invloed op de samenwerking van raad van bestuur en msb uit te oefenen, zijn raden van toezicht zich nog onvoldoende bewust, aldus de NZa.

In de agenda 'Goed bestuur' hebben wij aandacht gevraagd voor het belang van goed bestuur.⁴ Raden van bestuur en raden van toezicht van zorginstellingen moeten nog verder professionaliseren. Ook moet duidelijker worden hoe de verschillende organen in een zorginstelling zich tot elkaar verhouden en waar zorginstellingen in termen van goed bestuur aan worden gehouden. De maatregelen uit de agenda 'Goed bestuur' kunnen daaraan bijdragen.

Gelijkgerichtheid

Met de invoering van integrale bekostiging heb ik beoogd de gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen te vergroten. Zorgverzekeraars hebben nu één gesprekspartner, de raad van bestuur van het ziekenhuis. Ook de overstap van het maatschappenmodel naar het samenwerkingsmodel kan de gelijkgerichtheid binnen het ziekenhuis vergroten. Met het wegvallen van de oude maatschappen gebaseerd op medische vakgroepen, kunnen stappen gezet worden naar het weghalen van de schotten binnen ziekenhuizen. En doordat specialisten verenigd in het msb meer belangen delen, kan er een grotere bereidheid zijn om met het ziekenhuis tot een gezamenlijke visie en strategie te komen, bijvoorbeeld over welke zorg het ziekenhuis aanbiedt. Volgens de NZa is de onderlinge relatie tussen

⁴ Zie ook de voortgangsrapportage over de stand van zaken van goed bestuur in de zorg van 14 maart 2016 (TK 32 012, nr. 37)

de verschillende entiteiten binnen het ziekenhuis (bijvoorbeeld msb, raad van bestuur, en verenigde medische staf) verbeterd. De relatie is gelijkwaardiger geworden en de verschillende entiteiten zijn intensiever betrokken bij het opstellen van het instellingsbeleid. Toch blijven in het samenwerkingsmodel bepaalde potentiële risico's van het oude maatschappenmodel bestaan, zoals versnippering, beperkte betrokkenheid, of concurrentie tussen het msb en het ziekenhuis. Beide onderzoeken vragen aandacht voor een duidelijke rolverdeling. Bij conflicten en complexe vraagstukken is het onvoldoende om alleen op de goede onderlinge relatie te vertrouwen, aldus de NZa.

Kenmerk
972901-150728-CZ

Acties van partijen

Ik heb de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) om aandacht gevraagd voor de conclusies en aanbevelingen in de twee rapporten. Ook de IGZ spreekt regelmatig met de koepels over de besturing van de ziekenhuizen. De NVZ en de FMS nemen de aanbevelingen serieus, en zijn hierover met hun achterban in gesprek gegaan. Er worden handreikingen en (model)documenten ontwikkeld die medisch specialisten en raad van bestuur houvast kunnen bieden bij de onderlinge samenwerking.

Doorontwikkeling besturingsmodellen

In de aanloop naar de invoering van integrale bekostiging zijn – naast het loondienstmodel - twee nieuwe besturingsmodellen ontwikkeld, het samenwerkingsmodel en het participatiemodel. Het samenwerkingsmodel zie ik nadrukkelijk als een tussenmodel. De (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten kunnen in dit model tegenstrijdig zijn. Ook kan de machtspositie van het msb ten koste kan gaan van de slagkracht van de raad van bestuur, die de eindverantwoordelijkheid heeft voor kwaliteit en veiligheid. De NVZ en de FMS richten hun aandacht op verbetering van de samenwerking tussen specialisten en ziekenhuis binnen het samenwerkingsmodel. Dat is lovenswaardig, maar ik ben van oordeel dat op de lange duur het loondienstmodel en het participatiemodel betere condities geven voor (financiële) gelijkgerichtheid van medisch specialisten en ziekenhuis, en daarmee voor goede en doelmatige patiëntenzorg, dan het samenwerkingsmodel.

Nog geen enkel ziekenhuis heeft de overgang naar het participatiemodel gemaakt. Volgens de NZa zien de meeste ziekenhuizen en msb's het samenwerkingsmodel als eindmodel. Eén op de vijf ziekenhuizen en msb's ziet het samenwerkingsmodel als mogelijke opstap naar het participatiemodel. Met het Wetsvoorstel vergroten van de investeringsmogelijkheden in de medisch specialistische zorg zal naar mijn verwachting de aantrekkelijkheid van het participatiemodel toenemen. Op 9 maart 2016 heb ik u met de brief 'voorlichting Raad van State inzake wetsvoorstel Vergroten Investeringsmogelijkheden medisch-specialistische zorg' laten weten voornemens te zijn een novelle in te dienen om het wetsvoorstel Vergroten investeringsmogelijkheden medisch specialistische zorg te wijzigen ten aanzien van artikel 18 WTZi. Ik heb tevens aangegeven dat ik wilde bezien of in deze novelle aanvullende stimulansen zouden kunnen worden opgenomen om gelijkgerichtheid te bevorderen. Ik heb, na een interne verkenning van deze mogelijke stimulansen, besloten op korte termijn een breder extern onderzoek te laten doen naar de mogelijkheden, wettelijk en anderszins, om doorontwikkeling naar het participatiemodel te bevorderen. Over de uitkomsten van dit onderzoek zal ik u begin 2017 informeren. Deze uitkomsten wil ik zo mogelijk meenemen in de novelle 'Vergroten Investeringsmogelijkheden medisch-specialistische zorg.' Ondertussen blijf ik bereid ziekenhuizen te faciliteren bij de invoering van het

participatiemodel, voor zover dat binnen mijn rol mogelijk is.

Met de subsidieregeling overgang integrale tarieven heb ik overigens medisch specialisten gefaciliteerd bij de overgang naar het loondienst. In 2015 hebben zo'n 450 medisch specialisten van de regeling gebruikgemaakt, ook in 2016 zal naar verwachting een klein aantal medisch specialisten van de regeling gebruik maken. Omdat het ook voor de toekomst van belang is dat er een gelijk speelveld blijft tussen medisch specialisten in vrije vestiging en medisch specialisten in loondienst, is het kabinet voornemens in de Wet uitbreiding personele reikwijdte WNT (ookwel WNT-3 genoemd) de uitzondering voor artsen te handhaven.

Kenmerk
972901-150728-CZ

Conclusie

Met de invoering van integrale bekostiging is een belangrijke belemmering voor selectieve inkoop, voor doelmatige zorg, en voor gelijkgerichtheid binnen het ziekenhuis weggenomen. Maar het wegnemen van belemmeringen is slechts een begin. Nu zijn medisch specialisten, ziekenhuizen, en zorgverzekeraars aan zet om de met de invoering beoogde doelen te realiseren. Daar hoort bij dat ziekenhuizen en medisch specialisten blijven kijken naar mogelijke verbeteringen in de besturing van ziekenhuizen, gericht op het bereiken van kwalitatief uitstekende en doelmatige zorg. Ik roep ziekenhuizen en medisch specialisten op om te blijven investeren in goede afspraken en een goede onderlinge relatie, en daarbij het participatiemodel en het loondienstmodel als stip op de horizon niet uit het oog te verliezen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Bijlage 1.

Evaluatie fiscale aspecten

Kenmerk
972901-150728-CZ

Door de invoering van integrale bekostiging verloren medisch specialisten hun zelfstandig declaratierecht en daarmee in beginsel het fiscaal ondernemerschap. Medisch specialisten die zich wilden (blijven) kwalificeren als fiscaal ondernemer dienden daarbij als uitgangspunt te nemen dat alleen indien reële en substantiële risico's worden gelopen, sprake kan zijn van ondernemerschap. Voor medisch specialisten geldt immers dezelfde maatstaf als voor andere ondernemers in Nederland.

Op initiatief van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), destijds nog de Orde van Medisch Specialisten, en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is een aantal organisatie- en besturingsmodellen ontwikkeld om concreet invulling te geven aan dat uitgangspunt. Het gaat daarbij om het samenwerkingsmodel en het participatiemodel die fiscaal het karakter van transparant of niet-transparant kunnen hebben. De NVZ en de FMS hebben deze modellen vooraf uitgebreid besproken met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Financiën en de Belastingdienst. Het ministerie van Financiën en de Belastingdienst hebben op hoofdlijnen aangegeven welke (fiscale) gevolgen aan de modellen zouden zijn verbonden. In het tweede halfjaar van 2013 zijn door de NVZ en FMS nader uitgewerkte modellen aangereikt, op basis waarvan ziekenhuizen en medisch specialisten met inachtneming van hun wensen zelfstandig een modelkeuze konden maken. Op deze manier kon vooraf zekerheid worden verkregen over de (belangrijkste) fiscale aspecten binnen de nieuwe structuur. Concreet ging het daarbij met name om de volgende aspecten:

1. De positie voor de inkomstenbelasting (wel of geen fiscaal ondernemer)
2. Inhoudingsplicht voor de loonheffing
3. Toepassing vrijstelling btw
4. Toepassing vrijstelling vennootschapsbelasting

De Belastingdienst heeft gezorgd voor publicatie van een set "veelgestelde vragen en antwoorden" waarin diverse fiscale belangrijke vraagstukken zijn verhelderd. Om de transitie soepel te laten verlopen is een centraal coördinatiepunt ingesteld met werkgroepleden waarin alle fiscale middelen zijn vertegenwoordigd (werkgroep Verberkt). Door de Belastingdienst is er veel tijd en energie gestoken in het verschaffen van fiscale duidelijkheid. Door adviseurs, ziekenhuizen en medisch specialisten is in het algemeen positief gereageerd op deze ondersteuning – en de uitbreiding van de coördinatie via de werkgroep Verberkt – door de Belastingdienst. De Belastingdienst heeft daarmee goed ingespeeld op de behoefte van de betrokken partijen.

Daarnaast hebben voor alle genoemde onderwerpen ziekenhuizen en medisch specialisten in grote getale gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot overleg met de Belastingdienst (het zogenaamde 'vooroverleg'), waardoor zij op hoofdlijnen helderheid verkregen over de fiscale gevolgen van een gekozen structuur. De exacte gevolgen van de nieuwe structuren zijn afhankelijk van de feiten en omstandigheden van de concrete lokale situatie. Als het gaat om het behoud van het fiscaal ondernemerschap, zoals dat speelt bij de zogenaamde transparante modellen, dienen medisch specialisten het verlies van het zelfstandig declaratierecht te 'compenseren' doordat zij andere ondernemersrisico's gaan

lopen. Deze risico's dienen reële en substantiële betekenis te hebben.⁵ Nu de feiten en omstandigheden zich in de praktijk beginnen te vormen, wordt door veel partijen nogmaals contact gelegd met de Belastingdienst. Van de mogelijkheid daartoe is ruimschoots gebruik gemaakt door ziekenhuizen/medisch specialisten. Ook ziekenhuizen en specialisten die hiervan geen gebruik maken zijn overigens bij de Belastingdienst in beeld. Afhankelijk van praktijksignalen, de aangiften en de overige bevindingen zal de Belastingdienst handelen.

Kenmerk
972901-150728-CZ

In mijn brief van 24 maart 2014 inzake het schriftelijk overleg Invoering integrale bekostiging specialistische zorg heb ik toegezegd bij de evaluatie ook aandacht te besteden aan de btw. Kort samengevat gaat het hierbij om het onderwerp of bij de nieuwe systematiek de btw-vrijstellingen voor de zorg van toepassing blijven en of sprake is van een toename in de zorgkosten door btw-heffing over onderlinge dienstverlening tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. Ten aanzien van de toepassing van de btw-vrijstellingen zijn er geen signalen ontvangen dat er een verandering is opgetreden tegenover de situatie voor de invoering van de nieuwe zorgdeclaratiesystematiek. De bestaande btw-vrijstellingen voor de zorg worden onverminderd toegepast door ziekenhuizen en medisch specialistische bedrijven. De btw-vrijstelling voor het verplegen en verzorgen van mensen in een ziekenhuis geldt voor alle ziekenhuizen, ook ziekenhuizen met een participatiemodel. De staatssecretaris van Financiën legt dit nog vast in een beleidsbesluit. Voorts hebben mij en de Belastingdienst geen signalen bereikt dat btw-heffing over onderlinge dienstverlening tussen ziekenhuizen en medisch specialisten tot een stijging van de zorgkosten heeft geleid.

⁵ Zie hierover ook de beantwoording van diverse Kamervragen, onder andere de brieven van 16 juni 2015 (ah-tk-20142015-2586), 7 september 2015 (ah-tk-20142015-3323) en 20 januari 2016 (ah-tk-20152016-998).

Bijlage 2.

Ontwikkelingen ten aanzien van de regiomaatschappen

Kenmerk
972901-150728-CZ

In het Algemeen Overleg van 11 februari 2015 heb ik toegezegd u op basis van de monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nader te informeren over de ontwikkelingen ten aanzien van de regiomaatschappen.

De NZa constateert in de Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg dat er na de invoering van integrale tarieven geen sprake is van een (grote) toename van medisch specialisten die, bijvoorbeeld in de vorm van regiomaatschappen, instellingsoverstijgend werken. Wanneer medisch specialisten instellingsoverstijgend werken, doen zij dat meestal op individuele basis. Voor zover bekend bij de NZa zijn er onder medisch specialistische bedrijven (msb's) die meerdere specialismen omvatten, geen msb's die instellingsoverstijgend werken. In sommige gevallen hebben medisch specialisten van één bepaald specialisme zich verenigd in een eigen msb, dat verbonden is aan meerdere instellingen. Volgens de NZa gaat het daarbij om maatschappen die al vóór de invoering van integrale bekostiging instellingsoverstijgend werkten.

De belangrijkste redenen die worden genoemd voor instellingsoverstijgend werken zijn schaalvoordelen, subspecialisatie en voldoen aan volumenormenten. In veel gevallen komen de samenwerkingsverbanden mede op instigatie van het ziekenhuis tot stand. In zijn algemeenheid constateert de NZa dat de macht van (samenwerkingsverbanden van) instellingsoverstijgende medisch specialisten is afgenomen, door de integratie van medisch specialisten in msb. Instellingen zelf lijken een belangrijke aanjager te zijn van instellingsoverstijgend werken, en zorgverzekeraars constateren geen belemmeringen voor de inkoop door het instellingsoverstijgend werken van medisch specialisten. De NZa ziet gelet op deze uitkomsten geen aanleiding tot aanvullende maatregelen, maar zal wel een vinger aan de pols blijven houden.

De NZa acht de voorgenomen wijziging in het instrument van aanmerkelijke marktmacht (AMM-instrument) een wenselijke aanvulling in haar instrumentarium. Deze wijziging is opgenomen in het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving (VTO Wmg) (Kamerstukken II, 2013/14, 33 980). De opneming van het begrip "geen rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van zorgaanbieders" zorgt ervoor dat de NZa direct een regiomaatschap kan aanpakken, waarbij het niet nodig is om eerst aan te tonen dat de medisch specialisten collectief over aanmerkelijk marktmacht beschikken. De NZa zal wel nog steeds moeten vaststellen of de regiomaatschap over aanmerkelijke marktmacht beschikt.