

Vergaderjaar 2009–2010

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**I**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 9 juli 2010

De vaste commissie voor Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin<sup>1</sup> heeft in haar vergadering van 18 mei 2010 gesproken over de voorhang van een voorgenomen aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In verband met die voorhang heeft de commissie de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vragen voorgelegd.

Deze vragen zijn opgenomen in de brief van 18 mei 2010 aan de minister.

De minister heeft op 8 juli 2010 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport /Jeugd en Gezin,  
Warmolt de Boer

<sup>1</sup> Samenstelling:

Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD) vicevoorzitter, Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Linthorst (PvdA), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Slagter-Roukema (SP) voorzitter, Engels (D66), Thissen (GL), Hamel (PvdA), Goyert (CDA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Huijbregts-Schiedon (VVD), Meurs (PvdA), Ten Horn (SP), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), Laurier (GL), Koffeman (PvdD), Yildirim (Fractie-Yildirim), Benedictus (CDA), Flierman (CDA).

## **BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Den Haag, 18 mei 2010

In haar vergadering van 18 mei 2010 heeft de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin (VWS/JG) gesproken over bovengenoemde voorhang van een voorgenomen aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In verband met die voorhang wenst de commissie u de volgende vragen voor te leggen.

In de eerste plaats onderschrijft de commissie uw inzet en de hoofdlijn van het voorstel, maar constateert zij daarnaast dat er nog veel onduidelijkheid bestaat omtrent de uitwerking.

Zo wordt in de brief van 26 april 2010 vermeld dat u het beheersmodel zo snel mogelijk – liefst al in 2011 – wilt invoeren en erkend u dat het tijdspad ambitieus is, maar dat zorgvuldigheid voorop staat. De commissie is dat met u eens en vraagt u daarom om zo snel mogelijk over een overzicht te mogen beschikken waarin alle stappen, die nog gezet moeten worden om dit model operationeel te maken, zijn vermeld.

In de tweede plaats vraagt de commissie u uiteen te zetten waarom ten aanzien van het in te voeren beheersmodel er niet voor is gekozen de vergoeding voor medisch specialisten een integraal (niet te verbijsonderen) onderdeel te laten uitmaken van het tarief.

In de derde plaats roept de werking van het model op het niveau van een instelling, en in het bijzonder tussen de aldaar werkzame specialisten en de instelling, bij de commissie vragen op. Het is duidelijk dat binnen de autonomie van de instelling de nodige ruimte voor eigen beleid is. Het is echter ook duidelijk dat voor elke instelling sprake is van een uiterst complexe operatie, die in een relatief kort tijdsbestek moet worden doorgevoerd. In uw brief kondigt u niet voor niets aan dat flankerend beleid wordt ontwikkeld, en benoemt u diverse mogelijkheden om tot verdeling van de ruimte voor honorering onder de specialisten (vrij gevestigd of in loondienst) te komen, inclusief bij voorbeeld het introduceren van bepaalde prikkels.

De commissie verneemt graag meer in concreto hoe u zich één en ander voorstelt, en vraagt zich af op welk moment zij een eerste rapportage over de voortgang en ontwikkeling op dit punt kan ontvangen.

Valt onder dit flankerend beleid ook financiële tegemoetkoming met betrekking tot de goodwillproblematiek?

In de vierde plaats signaleert de commissie dat in het SEO rapport «De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis» wordt opgemerkt dat voor de door u gekozen oplossing beperkt draagvlak bestaat vanwege hoge onderhandelingskosten en eventuele tegenstelling van belangen. De commissie zou graag van u vernemen hoe u dit heeft gewogen. Gaat er door het voorgestelde beheersmodel inderdaad niet teveel energie en tijd en dus middelen die bedoeld zijn om gezondheidszorg te leveren zitten in onderhandelingen over tarieven?

Tot slot valt op dat op pagina 9 staat dat het uitgangspunt is dat alle medisch specialisten onder het beheersingsmodel vallen, tenzij dit niet mogelijk is. Graag zou de commissie een toelichting ontvangen op deze laatste zin. Hoe kan voorkomen worden dat specialisten door bij verschillende instellingen te declareren hun inkomen bovenproportioneel laten stijgen?

De commissie verzoekt u niet eerder over te gaan tot het geven van de voorgenomen aanwijzing aan de NZa dan nadat zij kennis heeft kunnen nemen van de antwoorden op de hier gestelde vragen.

De commissie ziet uw reactie met belangstelling tegemoet.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,  
T. M. Slagter-Roukema

## **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juli 2010

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 tijdsplan 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 vergoedinggrens is, is de reguleringszekerheid 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. 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.

---

---

## Overzicht van belangrijke stappen

---

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 32 393) 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 voorgenoemde 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 de 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 Financiën hierover op 15 maart 2010 aan de Tweede Kamer heeft gezonden is gemeld welke overwegingen daarbij een rol spelen.<sup>2</sup> De daadwerkelijke 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

---

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 222, nr. 11.

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 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 beheersingsmodel 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 geïntegreerd kunnen worden. Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink