

Vergaderjaar 2012–2013

**29 248**

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

**Nr. 242**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 november 2012

Op 10 oktober 2012 heb ik uw Kamer het rapport van de commissie inkomens medisch specialisten (commissie Meurs) aangeboden, vergezeld van een door SEO Economisch Onderzoek (SEO) uitgevoerde internationaal vergelijkende analyse van specialisteninkomens (Kamerstuk 29 248, nr. 240). Vanwege de demissionaire staat van het toenmalige kabinet achtte ik het op dit moment niet opportuun het commissierapport van een reactie te voorzien.

De Tweede Kamer heeft op 8 november verzocht om een reactie op het commissierapport. In deze brief geef ik uw Kamer namens het kabinet mijn reactie. Ik zal achtereenvolgens stil staan bij de opdracht aan en het advies van de commissie, de beleidsvoornemens in het Regeerakkoord ten aanzien van de inkomens van medisch specialisten en de te nemen vervolgstappen.

#### **Aanleiding**

De commissie inkomens medisch specialisten heb ik gevraagd om uitvoering te geven aan de in het begrotingsakkoord (Kamerstuk 33 280, nr. 1) afgesproken inventarisatie van beleidsopties om de inkomens van Nederlandse medisch specialisten meer in lijn te brengen met hun collega's in andere landen.

Ik ben de commissie erkentelijk voor het in een kort tijdsbeslag helder en beredeneerd uiteenzetten van de mogelijkheden en onmogelijkheden van beleid op het punt van de specialisteninkomens. Daarnaast ben ik ingenomen met de integrale insteek van het commissieadvies, waarin nadrukkelijk verder wordt gekeken dan louter inkomensaspecten, maar ook wordt stil gestaan bij voor het stelsel van medisch specialistische zorg cruciale doelstellingen als macrobeheersing, kwaliteit en toegankelijkheid.

De analyse van SEO biedt ten slotte kwantitatieve scherpte, een scherpte die voor een goede discussie over beleid rondom de inkomens van medisch specialisten noodzakelijk is maar waar het in het verleden soms aan heeft ontbroken.

De commissie concludeert op basis van het SEO-onderzoek dat Nederlandse medisch specialisten in loondienst zich voor wat betreft hun gemiddelde inkomen internationaal gezien in de middenmoot bevinden en dat de gemiddelde inkomens van Nederlandse vrijgevestigde specialisten internationaal gezien tot de hoogste behoren, ook na de recente tariefkortingen en onder het in 2012 ingevoerde beheersmodel. De commissie stelt wel vast dat met de invoering van het beheersmodel een belangrijke stap is gezet in de richting van matiging van de inkomens van vrijgevestigd specialisten.

### **Commissieadvies**

Ik wil hier beknopt stil staan bij de weging van de verschillende door de commissie geïnventariseerde beleidsopties. Naar aanleiding van de gevraagde inventarisatie van beleidsopties heeft de commissie inkomens medisch specialisten drie typen aangrijpingspunten voor beleid geformuleerd: inkomen, arbeidsverhouding en bekostiging. Binnen deze drie typen aangrijpingspunten zijn volgens de commissie verschillende concrete maatregelen denkbaar.

Het type beleidsopties dat aangrijpt op het inkomen overziend constateert de commissie dat de mogelijkheden om van overheidswege direct in te grijpen op het inkomen van vrijgevestigde specialisten beperkt zijn of weinig effect sorteren. De realiseerbaarheid van wettelijke inkomensnormering specifiek voor vrijgevestigde specialisten wordt door de commissie op juridische gronden en op grond van uitvoerbaarheid op nihil ingeschat. Volgens de commissie is op grond van juridische overwegingen wettelijke inkomensnormering alleen mogelijk voor specialisten in loondienst. Behalve de juridische obstakels, de moeilijke uitvoerbaarheid en het geringe te verwachten effect plaatst de commissie vraagtekens bij de wenselijkheid van een dergelijke naar de mening van de commissie rigide aanpak. Maatwerk en innovatief handelen op decentraal niveau worden er sterk mee ingeperkt, terwijl naar de mening van de commissie dergelijk gedrag juist nodig zal zijn om gepast gebruik, transparantie en verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg te bevorderen.

Een tweede aangrijpingspunt voor beleid is volgens de commissie de arbeidsverhouding van medisch specialisten. Hieronder schaaft de commissie onder meer het expliciet verplichten van medisch specialisten om in loondienst werkzaam te zijn. Volgens de commissie is een dergelijke expliciete verplichting juridisch niet haalbaar. Ook bij deze beleidsoptie stelt de commissie dat een dergelijke rigide maatregel onvoldoende recht zou doen aan de dynamiek van de praktijk van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en het maatwerk dat op de werkvloer wordt gevraagd. De commissie stelt dat er diverse inhoudelijk legitieme redenen kunnen zijn om te kiezen voor loondienst dan wel vrije vestiging, maar dat het de overheid niet past om daar centraal voor alle specialisten eenmalig een definitieve keuze in te maken. Wel acht de commissie het wenselijk dat financiële overwegingen minder bepalend zijn bij de keuze tussen vrije vestiging en loondienst dan nu soms het geval is.

Een laatste door de commissie onderscheiden aangrijpingspunt betreft de tarieven. De commissie memoreert in dat verband dat diverse partijen hebben aangegeven dat met de diverse tariefmaatregelen sinds 2010 en

vervolgens onder het huidige beheersmodel de inkomens van medisch specialisten al stevig neerwaarts zijn bijgesteld en dat inkomensexcessen inmiddels ten minste flink zijn verminderd. Het beheersmodel lijkt de commissie in dit opzicht een effectief instrument, al vindt ze het nog te vroeg om een eindoordeel te kunnen vellen. Tegelijkertijd kent het beheersmodel volgens de commissie ook een aantal evidente nadelen, zoals de inflexibiliteit er van en de complexiteit in de uitvoering. Alles afwegend kan de commissie zich wel voorstellen dat het beheersmodel met een aantal aanpassingen gebruikt kan blijven worden in de aanloop naar een meer structurele maatregel.

De commissie verwacht op lange termijn het meest van de invoering van (vrije) integrale tarieven waarvan VWS, de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) in het voorjaar van 2011 hebben afgesproken dat dit per 2015 zijn beslag zal krijgen. Deze maatregel scoort volgens de commissie goed op met name de toetsingscriteria macrobeheersing en kwaliteit en doet recht aan de lokale dynamiek en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De commissie acht het van groot belang dat juist op het niveau van het ziekenhuis tussen Raad van Bestuur en medische staf afspraken worden gemaakt over productie, kwaliteit en doelmatigheid. De commissie is een sterke voorstander van deze decentrale benadering, die tevens met zich mee brengt dat de verzekeraar een stevige inkooprol op zich neemt.

De commissie komt tot de conclusie dat vanwege de positieve impact die invoering van het beheersmodel inmiddels heeft gehad en met het oog op een gedegen voorbereiding op de invoering van integrale tarieven het wenselijk zou zijn het beheersmodel te blijven hanteren in aanloop naar de invoering van integrale tarieven. Gezien de ruimte voor inkomensmatiging die nog resteert na invoering van het beheersmodel met ingang van 2012 zou de commissie zich kunnen voorstellen dat er verdere aanpassingen worden gedaan aan de cijfermatige veronderstellingen die aan het beheersmodel ten grondslag hebben gelegen.

Naar de mening van de commissie is het ten slotte cruciaal dat de belangen van instelling en specialisten zoveel mogelijk gelijk gericht worden. Dat zou onder meer bewerkstelligd kunnen worden door participatie van specialisten in juridische en financiële zin in een instelling. Ook vast-variabele afspraken tussen instelling en specialisten over het inkomen zullen naar de mening van de commissie een positief effect hebben op de gelijkgerichtheid van belangen. De commissie merkt in dit verband op dat de recente ontwikkeling naar regionaal georganiseerde, instellingsoverstijgende maatschappen er toe kan leiden dat belangen van instelling en specialisten juist gaan divergeren. Dat acht de commissie zeer onwenselijk, gezien ook langere termijn trends rondom concentratie van de ziekenhuiszorg en verplaatsing van zorg naar de eerste lijn.

### **Regeerakkoord**

Al met al stel ik vast dat de commissie, mede met het oog op de korte tijd die de commissie was gegeven, zorgvuldig onderbouwd heeft geadviseerd om door te gaan op de reeds ingeslagen route richting de invoering van integrale tarieven met ingang van 2015. Het kabinet heeft dat advies overgenomen en heeft in het regeerakkoord aangegeven het rapport van de commissie als leidraad te zullen hanteren bij het inkomensbeleid gericht op medisch specialisten

Het kabinet is voorts met de commissie Meurs van mening dat er ruimte voor nadere inkomensmatiging resteert en zal om die reden aanvullend

op de hoofdlijnenakkoorden een besparing van 100 miljoen euro doorvoeren op het budgettair kader van medisch specialisten door deze na afloop van het lopende hoofdlijnenakkoord taakstellend te verlagen in combinatie met de honorariumtarieven. Deze maatregel zal worden betrokken bij de totstandkoming van het in het regeerakkoord aangekondigde nieuw af te sluiten hoofdlijnenakkoord met medisch specialistische instellingen en medisch specialisten tezamen voor de periode 2015–2017. Daarnaast is het kabinet in het licht van het door de commissie opgeleverde advies van plan de vorming van mega- of regiomaatschappen te ontmoedigen.

Ten slotte is in het regeerakkoord afgesproken om de normering van de topinkomens in de (semi-)publieke sector verder aan te scherpen.

### **Vervolg**

Aangezien invoering van integrale tarieven al was afgesproken met Orde en NVZ zal de komende periode wat mij betreft in het teken staan van het met de betrokken partijen vaststellen hoe de stap naar integrale bekostiging praktisch zijn beslag zal kunnen krijgen en aan welke elementen nog een nadere uitwerking zal moeten worden gegeven. Dat geldt tevens voor hiermee nauw samenhangende onderwerpen, zoals onder meer de positionering van medisch specialisten binnen de instelling onder de nieuwe bekostiging. Een en ander zal vervolgens de basis kunnen vormen voor door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan te passen regelgeving rondom tarifiering, declaratie en productstructuur. Ik ben vooruitlopend daarop voornemens de NZa begin volgend jaar om een uitvoeringstoets te vragen, aan de hand waarvan de praktische invoering van integrale bekostiging ter hand kan worden genomen. Vanzelfsprekend zal ik u hierover nader informeren.

De voornemens in het regeerakkoord die zien op verscherping van de inkomensnormering vergen nadere bestudering. Daarbij spelen meerdere aspecten een rol, onder andere gaat het om de verschillen op diverse terreinen tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst en de impact die aanscherping kan hebben op de aantrekkelijkheid van loondienst. Bij de nadere invulling van de beleidsvoornemens op het punt van de inkomensnormering wil ik daarom zorgvuldig de voor- en nadelen en de betekenis er van voor medisch specialisten, samen met de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK), op een rij zetten, wegen en daarop bij u nader terug komen. Ik ben voornemens u hierover in de loop van 2013 te berichten.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers