

Vergaderjaar 2010–2011

32 393

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG)

Nr. 7

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 17 maart 2011

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG; AIBWMG).

Het verheugt mij dat de verschillende fracties in beginsel positief staan tegenover het voorliggende voorstel. De leden van de fracties van de PvdA, de PVV, het CDA en de SP hebben niettemin een aantal vragen en opmerkingen waar ik graag op inga. Ik volg in mijn reactie zoveel mogelijk de volgorde in het verslag.

Voordat ik dat doe ga ik in op de veranderde politieke omstandigheden. Die omstandigheden zijn niet van invloed op de artikelen van het voorstel, maar leiden wel tot een uitbreiding van de motivering daarvan. De instrumenten uit onderhavig voorstel kunnen, samen met de bestaande instrumenten uit de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG), ook worden ingezet voor de overgang van functiegerichte budgettering naar prestatiebekostiging, vergezeld van de invoering van DOT (dbc's op weg naar transparantie) als opvolger van de huidige dbc-systematiek, en voor een alternatief c.q. aanvullend beheersmodel voor medisch specialisten.

Voor de overzichtelijkheid is de onderhavige nota naar aanleiding van het verslag in tweeën gesplitst. Onder A ga ik in op de gevolgen van het regeerakkoord en op de aanvullende motiveringen voor de toepassing van de instrumenten van het wetsvoorstel. Onder B ga ik in op de vragen die de leden van de verschillende fracties hebben gesteld, rekening houdend met de boven bedoelde veranderde omstandigheden. De nota gaat vergezeld van een nota van wijziging.

Inhoud	Blz.
A. Naar aanleiding van het regeerakkoord	2
1. Inleiding	2
1.1. Regeerakkoord en verder	2
1.2. Gevolgen voor het wetsvoorstel	3
1.3. Recente jurisprudentie	4
2. Uitbreiding met prestatiebekostiging	5
3. Uitbreiding met aanvullend beheersmodel medisch specialisten	8
B. Naar aanleiding van het verslag	15
I. Algemeen	15
1. Inleiding	15
2. Doel en achtergrond van het voorstel	16
3. Macrobudgettaire beheersbaarheid	19
4. Wijzigen declaratieverkeer samenwerkende zorgaanbieders	25
5. Afrekenen overdekking 2005–heden	26
6. Eerlijke kostentoekening en beschikbaarheidsbijdrage	27
7. Instrument begrenzing	31
8. Europeesrechtelijke aspecten	34
II. Artikelsgewijs	34

A. NAAR AANLEIDING VAN HET REGEERAKKOORD

1. Inleiding

1.1. Regeerakkoord en verder

Sinds de indiening van het wetsvoorstel op 25 mei 2010 is het politieke landschap ingrijpend veranderd. Uit het Regeerakkoord, het Gedoogakkoord en de daarbij behorende financiële bijlagen is onder andere het volgende op te maken.

De lijn, die vanaf 2006 met de Zorgverzekeringswet (Zvw) is ingezet ten aanzien van de prestatiebekostiging in de curatieve zorg, wordt doorgetrokken. In 2006 is gekozen voor een zorgstelsel dat uitgaat van beloning naar prestatie. De functiegerichte budgettering wordt afgeschaft vanwege het gelijktrekken van de bekostigingssystematiek in de intramurale medisch specialistische zorg. Door de invoering van uniforme productdefinities (DOT's) wordt de prijs-kwaliteitsverhouding verbeterd. DOT¹ wordt per 2012 ingevoerd. Onderzocht wordt dat wat niet via DOT-tarieven kan worden bekostigd kan worden in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage. Het B-segment wordt uitgebreid onder gelijktijdige vergroting van risicodragendheid van verzekeraars voor de kosten van somatische zorg. De transitiefase dient behoedzaam ingericht te worden waarbij aandacht is voor de volgtijdelijkheid van de diverse te nemen stappen en maatregelen. Mede in dat licht wordt het onderhavige wetsvoorstel AIBWVG doorgezet, waarmee wordt beoogd de macrobeheersing van de uitgaven in ieder geval in de transitiefase te versterken. De exacte implicaties en gevolgen van de toepassing van de wet zijn afhankelijk van de uiteindelijk gekozen praktische invulling van de instrumenten uit het wetsvoorstel. Het betekent ook dat met het instemmen met het wetsvoorstel niet automatisch wordt ingestemd met de specifieke toepassingen van die instrumenten.

¹ «DBC's op weg naar transparantie».

Voor het verkrijgen van politiek draagvlak voor de toepassing van de WMG-instrumenten is de voorhangprocedure belangrijk en noodzakelijk. Daarbij legt de minister vooraf aan het parlement verantwoording af over het te voeren beleid¹. Die voorhangprocedure garandeert een optimale betrokkenheid van het parlement bij de voorgenomen maatregelen. Pas na dertig dagen voorhang bij beide Kamers der Generaal kan een aanwijzing worden gegeven aan de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit. De aanwijzing is een opdracht aan de zorgautoriteit waar de zorgautoriteit niet van kan afwijken². Indien de zorgautoriteit aan de aanwijzing geen gevolg geeft blijft de opdracht tot navolging van die aanwijzing onverkort bestaan totdat deze bij een aanwijzing of hogere regeling is herroepen. Indien de zorgautoriteit de aanwijzing niet uitvoerbaar acht, meldt zij dat vooraf bij de minister. De zorgautoriteit wordt in verband met de uitvoerbaarheid en de handhaafbaarheid van voorgenomen maatregelen bij de voorbereiding geconsulteerd. In de memorie van toelichting is op deze procedure en het daaraan ten grondslag liggende kaderwetkarakter van de WMG uitvoerig ingegaan³.

Bij brief van 28 januari 2011 heb ik een overzicht gegeven van mijn beleidsdoelstellingen onder het motto »Zorg die werkt«⁴ ter verdere uitwerking van het regeerakkoord. Het motto vertaalt zich in de doelstelling dat iedere Nederlander moet kunnen rekenen op zorg van hoge kwaliteit: snel, goed, veilig en respectvol. De toenemende zorgvraag, door onder andere de toenemende curatieve mogelijkheden als gevolg van farmaceutische en technologische ontwikkelingen in combinatie met de vergrijzing, het dreigende tekort aan personeel en de kostenontwikkeling in de zorg dwingen tot het verbeteren, veiliger en doelmatiger maken van de zorg. Van belang is dat de zorg ook in de toekomst betaalbaar en voor iedereen die dat nodig heeft beschikbaar blijft. Zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten zullen hun eigen taken en verantwoordelijkheden moeten nemen. De overheid moet dat stimuleren en zorgen dat de lijn die met de Zvw in 2006 is ingezet wordt doorgetrokken en de inspanningen er op gericht zijn in de curatieve zorg meer dynamiek op gang te brengen tussen genoemde partijen. Door het uitbreiden van prestatiebekostiging voor ziekenhuizen hebben zorgverzekeraars meer mogelijkheden om te onderhandelen over de in te kopen zorg. Zij kunnen zo, met de juiste financiële prikkels, goed bereikbare en kwalitatief goede zorg tegen een goede prijs belonen. Dit zal aanzetten tot meer oog voor de patiënt.

In bedoelde brief heb ik aangegeven dat ik mijn beleidsdoelstellingen per onderdeel verder uitwerk en daarover het parlement bericht. Het is mijn voornemen ongeveer gelijktijdig met deze nota een voorhangbrief te zenden over de invoering van prestatiebekostiging bij ziekenhuizen⁵ en een brief over de nadere uitwerking van de voorhangbrief van 26 april 2010⁶ over een beheersmodel voor medisch specialisten. Over de inzet van het WMG-instrumentarium daarbij bericht ik in de volgende paragrafen.

1.2. Gevolgen voor het wetsvoorstel

De oorspronkelijke motivering voor het wetsvoorstel is beperkt tot het voornemen tot invoering van het beheersmodel voor medisch specialisten. Die motivering wordt in deze nota naar aanleiding van het verslag aangevuld met het voornemen tot de invoering van prestatiebekostiging voor intramurale medisch specialistische zorg en de invoering van prestatiebekostiging voor de curatieve GGZ. De aanvullende instrumenten in het wetsvoorstel zijn ook noodzakelijk voor een soepele en beheerste overgang van functiegerichte budgettering naar prestatiebekostiging. Voor de goede orde zij geschreven dat de maatregelen met betrekking tot de verevening van zorgverzekeraars, gelet op de werkingsfeer van de

¹ Dat was de motivering van het amendement Lansink/De Korte bij de voorhangprocedure; Kamerstukken II 1979/80, 14 182, nr. 47.

² Zie artikelsgewijze toelichting bij artikel I, onderdeel N, art. 59.

³ Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 3, § 2..2

⁴ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 1.

⁵ In die brief wordt ook ingegaan op de afschaffing van de ex post verevening voor zorgverzekeraars. Daarvoor zal de regelgeving op grond van de Zorgverzekeringswet worden aangepast, de WMG biedt daarvoor geen grondslag.

⁶ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 117.

WMG, geen onderdeel uit (kunnen) maken van dit wetsvoorstel. Daarvoor is een afzonderlijk traject in gang gezet. Alvorens nader in te gaan op de uitbreiding van de doelstelling van het wetsvoorstel ga ik aan de hand van recente jurisprudentie in op de mogelijkheden van de overheid bij de inzet van het WMG-instrumentarium.

1.3. Recente jurisprudentie

Het Gerechtshof 's-Gravenhage heeft op 9 november 2010 uitspraak gedaan in het hoger beroep in een zaak van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en een aantal ziekenhuizen tegen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (LJ Nummer BO 3321). Het hof stelt met de voorzieningenrechter voorop dat de Staat in het kader van de WMG een grote mate van beleidsvrijheid heeft bij het nemen van maatregelen van regelgevende aard als de onderhavige, die op grond van financieel-economische overwegingen worden genomen en ertoe strekken de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. Kostenbeheersing in de gezondheidszorg is een publieke, in de wetgeving verankerde taak. In de keuze van de daartoe in te zetten middelen en de sector(en) waarop de te nemen maatregelen primair aangrijpen, is de Staat in hoge mate vrij. De Minister is bij die keuzen bovendien onderworpen aan politieke controle.¹ (RO 4)

Naar het oordeel van het hof heeft de Staat in beginsel een vrije keuze waar hij het aangrijpingspunt kiest teneinde overschrijdingen van het budgettaire kader te redresseren. Geen wettelijk voorschrift legt hem terzake enige beperking in de weg en ook uit het evenredigheidsbeginsel vloeit een zodanige beperking niet voort. De Staat mag, indien hij meent dat primair moet worden gestreefd naar verbetering van de doelmatigheid in de ziekenhuizen en dat daar nog voldoende kansen liggen, er voor kiezen om het verzekerde volume in hoofdzaak op peil te houden en met de voorgenomen aanwijzing de gevolgen van de overschrijding primair te leggen bij de ziekenhuizen, de zorgsector waar de overschrijding zich heeft voorgedaan. (RO 13)

Met betrekking tot het beroep van NVZ c.s. op de vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten ingevolge het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie overweegt het hof als volgt. De voorgenomen aanwijzing maakt geen rechtstreekse inbreuk op deze vrijheden. Al aangenomen dat de voorgenomen aanwijzing deze vrijheden wel indirect en/of potentieel belemmert, is het hof van oordeel dat de maatregel in beginsel is gerechtvaardigd op grond van een dwingende reden van algemeen belang, gelegen in het betaalbaar en op peil houden van de gezondheidszorg in Nederland. De voorgenomen aanwijzing is niet discriminatoir en uit rechtsoverweging 13 (zie vorige alinea) volgt dat het hof de voorgenomen aanwijzing voorshands niet disproportioneel acht. De voorgenomen maatregel is erop gericht de kosten van de ziekenhuiszorg met name te beperken door vergroting van de doelmatigheid van die zorg. (RO 14)

Het hof ziet voorshands geen grond om de voorgenomen aanwijzing onmiskienbaar onrechtmatig te achten wegens strijd met enig algemeen beginsel van behoorlijk bestuur of het recht van de Europese Unie. (RO 15) Het hof heeft daarom de door de rechtbank opgelegde blokkade van de besluitvorming over de korting op het budget van de ziekenhuizen opgeheven.

Het hof bevestigt hiermee de lijn die standaard in de rechtspraak wordt gevolgd.

Hoewel ten tijde van het indienen van deze nota cassatie bij de Hoge Raad is ingesteld wordt bij deze nota uitgegaan van die standaard.

¹ Zoals bij de aanwijzingsprocedure in het kader van de WMG, waarbij beide kamers der Staten-Generaal vooraf worden geconsulteerd over de voorgenomen maatregelen.

2. Uitbreiding prestatiebekostiging

2.1. Inleiding

De lijn, die vanaf 2006 met de Zorgverzekeringswet (Zvw) is ingezet ten aanzien van de prestatiebekostiging in de curatieve zorg, wordt doorgetrokken conform het rapport Brede HerOverweging 11 Curatieve zorg 2.0 variant B¹. In 2006 is gekozen voor een zorgstelsel dat uitgaat van sturing door onderling concurrerende verzekeraars. Daarbij horen zorgaanbieders die worden beloond naar prestatie. Daarom wordt bij instellingen voor medisch specialistische zorg de bestaande functiegerichte budgettering afgeschaft om meer ruimte te bieden voor zorgondernemerschap, wordt het B-segment maximaal uitgebreid en wordt DOT ingevoerd. Voorts komt er één macrobudgettair kader voor ziekenhuizen en zbc's gezamenlijk.

Bijkomend voordeel van het beëindigen van de duale bekostigingssystematiek en de gescheiden kaders voor ziekenhuizen en zbc's is dat bij het redresseren van overschrijdingen bij intramurale medisch specialistische zorg alle instellingen kunnen worden betrokken. Voor dat uniform redresseren onder prestatiebekostiging is aanvulling van de WMG met het instrument «begrenzing» noodzakelijk. Op dat instrument is in de memorie van toelichting uitvoerig ingegaan². Dat instrument is onder andere toepasbaar op macro niveau en derhalve over alle segmenten gezamenlijk. Het maakt daarbij niet uit of de overschrijding veroorzaakt is in het A- of het B-segment. Het is evident dat de overheid in alle segmenten mag ingrijpen als alle of een van de segmenten bijdragen tot overschrijding of mogelijke overschrijding van het macrokader dat voor de sector is vastgesteld. De overheid moet te allen tijde de financiële houdbaarheid van het stelsel kunnen bewaken. Of het instrument ook feitelijk moet worden ingezet en volledig wordt uitgevoerd hangt af van de rol die verzekeraars in het stelsel vervullen.

Omdat niet alle activiteiten en functies kunnen worden toegerekend aan individuele zorgprestaties moeten die bij het afschaffen van de functiegerichte budgettering (FB) op een andere wijze gefinancierd kunnen worden. Dat kan door het benoemen van aanvullende zorgprestaties, zogenaamde add-on's, en daaraan – in combinatie met een «hoofdprestatie» – een afzonderlijk in rekening te brengen tarief te koppelen. Het kan ook in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage. Bij de toekenning van een mogelijke beschikbaarheidsbijdrage wordt in voorkomende gevallen getoetst aan de zogenaamde Altmark-criteria³, waarbij het staatssteunrisico moet worden uitgesloten. De beschikbaarheidsbijdrage is beschreven in paragraaf 6 van de memorie van toelichting.

2.2. Voornemens en uitwerking ziekenhuizen

De overgang naar prestatiebekostiging met afschaffen van het FB, uitbreiden van het B-segment en invoeren van DOT, is niet zonder risico's, zowel voor individuele instellingen, verzekeraars als voor de overheid. Om niet aanvaardbare risico's te ondervangen zullen (overgangs)maatregelen getroffen moeten worden. Het is in het belang van de sector om de overgang binnen niet al te lange termijn uit te voeren. Om een dergelijk overgang te faciliteren is het belangrijk dat er in termen van budgettaire beheersing zoveel mogelijk rust in de sector gecreëerd wordt. Op basis van het WMG-instrumentarium en met name de nieuwe instrumenten begrenzing en beschikbaarheidsbijdrage kan beheerst worden overgegaan naar een systeem van prestatiebekostiging. Ik schets hieronder slechts als voorbeeld enkele mogelijke WMG-overgangsmoedellen (voor de ziekenhuissector).

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2009/10, 32 359, nr. 1.

² Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 3, § 7.

³ Die Altmark criteria worden vermeld bij onderdeel B, § 6 van deze nota.

2.3. Voorbeelden overgangsmodel prestatiebekostiging ziekenhuizen

Zoals gezegd: de transitie naar prestatiebekostiging brengt risico's met zich mee. Zo leidt de invoering van DOT tot omzetverschuivingen en daarmee tot schadelastverschuivingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Nog belangrijker is dat het afschaffen van de bestaande ziekenhuisbudgetten zonder nadere maatregelen zal leiden tot het manifest worden van bestaande over- en onderfinanciering.

Er is mij veel aan gelegen om snel betekenisvolle stappen te zetten, maar een echte *big bang* acht ik niet verantwoord als dat zou betekenen dat ziekenhuizen in grote financiële problemen kunnen komen dan wel groot financieel voordeel ontvangen louter en alleen als gevolg van een bekostigingswijziging. Voor de goede orde: dat er omzetverschuivingen tussen ziekenhuizen mogelijk kunnen worden op basis van geleverde prestaties is op zich wél een gewenst effect van prestatiebekostiging. Daarnaast acht ik het cruciaal dat ook in de transitieperiode naar daadwerkelijk meer belonen van prestaties nieuw zorgaanbod wordt verwelkomd en dat goed presterende zorgaanbieders kunnen groeien. Nieuwe initiatieven zijn te vaak niet welkom, terwijl het goed is voor de vernieuwing en het bestaande zorgaanbod scherp houdt.

Een transitiemodel om de invoering van prestatiebekostiging in goede banen te leiden moet daarom wat mij betreft aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Het moet afschaffing van de FB-systematiek mogelijk maken;
- Het moet een maximale uitbreiding van het B-segment mogelijk maken¹;
- Het moet zo veel mogelijk voorkomen dat instellingen in grote financiële problemen komen, als die problemen uitsluitend het gevolg zijn van de overstap naar prestatiebekostiging;
- De marktdynamiek moet ook in de transitieperiode geborgd zijn.

De onderstaande voorbeelden zouden aan die criteria kunnen voldoen. Dat geldt ook voor het overgangsmodel is geschetst in de brief van mijn ambtsvoorganger van 19 januari 2010 aan beide Kamers der Staten-Generaal over de toenmalige voornemens tot de modernisering van de ziekenhuisbekostiging².

Overigens brengt het kaderwetkarakter van de WMG met zich dat er in andere situaties ook andere transitie modellen kunnen worden gebruikt, getoetst aan voorwaarden die op die situatie zijn toegesneden. De WMG is zo ingericht dat de daarin opgenomen instrumenten op maat kunnen worden toegepast.

2.3.1. Voorbeeld Garantiemodel met vangnet door zorgautoriteit *Hoe werkt het model?*

- In dit model gaat de sector over op volledige prestatiebekostiging. Ziekenhuizen produceren op basis van DOT en onder een A-segment met uitsluitend maximumtarieven en een maximaal uitgebreid B-segment zonder dat er nog van een substantieel en specifiek instellingsbudgetmechanisme sprake is, er blijft nog wel een macrobeheersinstrument voor de gehele sector bestaan;
- De garantie heeft betrekking op ziekenhuizen die enkel door de systeemwijziging geconfronteerd worden met een forse omzetteruggang
- De overgangsgarantie wordt door de zorgautoriteit vastgesteld aan de hand van een nader te bepalen percentage van de gerealiseerde omzet in enig niet beïnvloedbaar ijkjaar {eventueel gecorrigeerd voor (prijs)effecten in latere jaren};
- Hoe lager de garantie hoe meer ruimte voor dynamiek;

¹ In de gelijktijdig met deze nota verzonden brief over de invoering van prestatiebekostiging wordt ingegaan op de verdere uitbreiding van het B-segment.

² Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 109.

- Indien een ziekenhuis onder die overgangsgarantie komt, stelt de zorgautoriteit een bedrag vast dat het ziekenhuis alsnog in rekening mag brengen;
- Dit voorkomt eventuele overgangsproblemen, terwijl voor het overige in het jaar van de overgang geen sprake is van insnoering van de sector die de dynamiek zou kunnen beperken;
- Het garantiepercentage loopt in de tijd af en duurt zo kort mogelijk.

2.3.2. Voorbeeld Transitiebedragmodel

Hoe werkt het model?

- Ook in dit model gaat de sector over op volledige prestatiebekostiging. Dit betekent ook in dit model concreet dat ziekenhuizen op basis van DOT en onder een A-segment met uitsluitend maximumtarieven en een maximaal uitgebreid B-segment gaan produceren zonder dat er nog van een substantieel en specifiek instellingsbudgetmechanisme sprake is, er blijft nog wel een macrobeheersinstrument voor de gehele sector bestaan;
- In dit model wordt de omzet die een ziekenhuis realiseert in enig jaar onder volledige prestatiebekostiging vergeleken met de omzet die het ziekenhuis bij een gelijke productie realiseert onder het systeem van functiegerichte budgettering;
- Eenmalig wordt door de zorgautoriteit een zogenaamd transitiebedrag (positief of negatief) vastgesteld per ziekenhuis. Dit transitiebedrag betreft voor een individueel ziekenhuis het verschil tussen de berekening met FB- parameters en de DOT-omzet in enig jaar: als de DOT-omzet hoger is dan de FB-berekening moet een ziekenhuis betalen. Als de DOT-omzet lager is dan onder de FB-berekening zou zijn geweest ontvangt het ziekenhuis het verschil;
- Het transitiebedrag wordt vervolgens (vermenigvuldigd met een in de tijd aflopend verrekenpercentage) gedurende een zo kort mogelijke periode uitgekeerd dan wel afgeroomd;
- Het transitiebedrag kan zowel vooraf (i.e. op basis van omzet in enig niet beïnvloedbaar ijkjaar) als achteraf (i.e. op basis van omzet in het eerste overgangsjaar) worden vastgesteld;
- Via een tijdelijke koppeling aan de huidige FB- bekostigingsparameters is er sprake van een dynamische referentie: als ziekenhuizen minder produceren voelen ze dat direct in hun omzet, en bij meerproductie geldt hetzelfde. Van een harde bodem dan wel plafond per ziekenhuis is geen sprake. Daarmee wordt dus meteen in het eerste overgangsjaar de gewenste dynamiek gerealiseerd. De marktprikkels nemen verder toe als het verrekenpercentage afgebouwd wordt.

Over de te kiezen modaliteit ex ante of ex post: voordeel van vooraf vaststellen is dat instellingen vooraf duidelijkheid hebben over het te ontvangen dan wel te betalen transitiebedrag. Daar staat tegenover dat vooraf vaststellen aanzienlijk gecompliceerder en juridisch kwetsbaarder is dan achteraf vaststellen.

2.4. Inzet instrumenten WMG overgangsmoedellen

Bij het garantiemodel wordt gebruik gemaakt van het instrument begrenzing. Door de zorgautoriteit wordt per instelling een ondergrens vastgesteld voor de instellingsomzet. De instelling verwerft haar inkomsten door het declareren van DOT-tarieven. Indien de werkelijke DOT-omzet verschilt van de vastgestelde ondergrens wordt later verrekend.

Bij het transitiebedragmodel wordt voor het berekenen van een transitiebedrag ook gebruik gemaakt van het instrument begrenzing. Bij het transitiebedrag wordt door de zorgautoriteit zowel een boven- als ondergrens vastgesteld voor de instellingsomzet. De instelling verwerft

haar inkomsten door het declareren van DOT-tarieven. Indien de werkelijke DOT-omzet verschilt van de vastgestelde grens wordt later verrekend. Overigens hebben de voornemens overgangsmoedellen te gebruiken uitsluitend betrekking op instellingen die nu onder de FB-systematiek vallen. Voor instellingen die niet onder de FB-systematiek vallen – zelfstandige behandelcentra (zbc's) – wordt een overgangsmoedel niet overwogen. De gebudgetteerde instellingen kunnen door het afschaffen van het FB-systeem met forse omzetverschuivingen te maken krijgen, terwijl zbc's daar per definitie geen last van hebben. Daarom hoeven deze instellingen niet onder het overgangsmoedel te vallen. De beschreven moedellen zijn slechts voorbeelden. Het is dus heel wel mogelijk dat een in de toekomst te hanteren overgangsmoedel niet dan wel niet geheel met een van de voorbeelden overeenkomt.

2.5. Voorhangbrief en aanwijzing

In een ongeveer gelijktijdig met deze nota naar aanleiding van het verslag verzonden brief aan beide Kamers der Staten-Generaal wordt de verdere invoering van prestatiebekostiging bij medisch specialistische zorg geschetst, inclusief het voornemen waar nodig de zorgautoriteit een aanwijzing te geven. Daarbij wordt het voorgenomen overgangsmoedel en de voorgenomen toepassing van het instrument begrenzing als macrobeheersinstrument beschreven. De aanwijzingsprocedure is in § 2.2. van de memorie van toelichting beschreven.

3. Uitbreiding beheersmoedellen voor medisch specialisten

3.1. Inleiding

Nadat het onderhavige wetsvoorstel AIBWMG aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal is aangeboden¹ en de voorhangbrief betreffende het beheersmoedel medisch specialisten naar de Eerste en Tweede Kamer is gezonden met één van de mogelijke toepassingen van die instrumenten², heeft de zorgautoriteit een uitvoeringstoets uitgebracht over die toepassing³.

Zowel in het wetsvoorstel als in de voorhangbrief is geconstateerd dat de fiscale gevolgen van het voorgenomen beheersmoedel voor betrokkenen afhankelijk zijn van de feitelijke omstandigheden en dat daarover pas achteraf duidelijkheid kan worden verschaft. Daarbij is in de memorie van toelichting van het wetsvoorstel aangegeven dat het verlies van het zelfstandig declaratierecht jegens de consument of diens verzekeraar en het afwezig zijn van het debiteurenrisico het fiscaal ondernemerschap van medisch specialisten ter discussie stelt⁴.

In die bovenbedoelde uitvoeringstoets adviseert de zorgautoriteit onder meer duidelijkheid te scheppen over de fiscale aspecten van het op dat moment voorgestane beheersmoedel. Ook verschillende fracties uit de Tweede Kamer hebben in het verslag over het wetsvoorstel⁵ en bij de voorhangbrief over het beheersmoedel vragen gesteld over eventuele fiscale gevolgen van het voorgenomen beheersmoedel. De commissie voor VWS/Jeugd en Gezin van de Eerste Kamer heeft daarover ook vragen gesteld en onder meer aandacht gevraagd voor het draagvlak van de voornemens en voor de mogelijke inzet van flankerend beleid. Die laatstbedoelde vragen zijn beantwoord bij brief van 8 juli 2010⁶. Omdat eerst duidelijk moest worden of het wetsvoorstel en de voorgenomen macrobeheersing van medisch specialisten zouden worden overgenomen door het nieuwe kabinet is de beantwoording van de vragen over het wetsvoorstel aan het nieuwe kabinet overgelaten.

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nrs. 1–3.

² Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 117.

³ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 127.

⁴ Kamerstukken II 2009/10, nr. 3, paragraaf 4.4.

⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 6.

⁶ Kamerstukken I 2009/10, 29 248, I.

3.2. Nieuw kabinet

Het huidige kabinet erkent de noodzaak van de macrobudgettaire beheersing van vrijgevestigde medisch specialisten en neemt het wetsvoorstel met de aanvullende instrumenten voor de WMG over. Uit het Regeerakkoord, het gedoogakkoord en de respectievelijke daarbij behorende financiële bijlagen blijkt dat het beleid met betrekking tot de invoering van prestatiebekostiging inclusief de macrobudgettaire beheersbaarheid van de medisch specialisten wordt voortgezet. Het bedoelde wetsvoorstel wordt doorgezet waarmee wordt beoogd de macrobeheersing van de uitgaven in ieder geval in de transitiefase naar invoering van prestatiebekostiging te versterken. De bedoelde financiële bijlagen melden verder dat de exacte juridische implicaties en gevolgen van de uiteindelijk gekozen praktische invulling van de instrumenten uit het wetsvoorstel nader moeten worden onderzocht voordat deze worden toegepast.

In dat kader is bezien of volgende vraagstukken mogelijk in samenhang kunnen worden opgelost:

- de gewenste duidelijkheid over de fiscale positie van medisch specialisten en ziekenhuizen;
- de gevolgen van de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) van 28 januari 2010 inzake Craenen / Orde van Medisch Specialisten tegen de Nederlandse Zorgautoriteit¹;
- de gewenste macrobudgettaire beheersbaarheid van vrijgevestigde medisch specialisten en
- de mogelijkheid tot inzetten van flankerend beleid om het draagvlak voor de oplossing op voormelde punten te versterken.

Met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch specialisten (Orde) is overleg gevoerd over draagvlak en flankerend beleid. Dat heeft geresulteerd in de tekst die bij brief van 15 december 2010 is toegezonden².

Met de Staatssecretaris van Financiën heb ik overleg gevoerd over de gewenste duidelijkheid over de fiscale positie van medisch specialisten en de gevolgen van de genoemde uitspraak van het CBB. Er is in dat kader ook gekeken of er – zonder afbreuk te doen aan de intentie van macrobudgettaire beheersbaarheid – een model kan worden ontworpen dat vooraf duidelijkheid over de fiscale positie van medisch specialisten kan geven. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de vragen gesteld door de PVV- en de CDA-fractie.

Eerst wordt kort ingegaan op de mogelijke modellen voor de macrobudgettaire beheersbaarheid, fiscale criteria en de modeltoelatingsovereenkomst (mto). Daarna wordt een nieuw beheersmodel (VIA-beheersmodel) geïntroduceerd.

3.3. Macrobudgettaire beheersbaarheid

Macrobudgettaire beheersbaarheid en de mate waarin kan op verschillende manieren worden bereikt. Op grond van het huidige WMG-instrumentarium kan onder andere worden gekozen voor:

- bijstelling van de tarieven door macrokortingen bij geconstateerde overschrijdingen van de beschikbare macrobudgettaire ruimte, met dien verstande dat daarmee overschrijdingen uit het verleden niet worden teruggehaald doch het macrokader voor de toekomst wordt verminderd en
- onderbouwing van de tarieven met de desbetreffende wetenschappelijke verenigingen.

¹ Het CBB heeft uitgesproken dat een medisch specialist alleen via het ziekenhuis aan de patiënt of diens verzekeraar mag declareren indien en voor zover hij daadwerkelijk bij de geleverde dbc is betrokken. Het CBB heeft vastgesteld dat het ziekenhuis wel in alle gevallen het volledige tarief voor een dbc mag declareren en dat een medisch specialist los van de geleverde dbc's voor zijn diensten aan het ziekenhuis mag declareren. LJV BL 2085.

² Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 165.

Met de AIB WMG wordt aan dat instrumentarium toegevoegd het beheersmodel medisch specialisten zoals dat in de voorhangbrief van 26 april 2010 is opgenomen. In de voormelde voorhangbrief is het voornemen geuit het ziekenhuis een begreemd bedrag te geven om de medisch specialisten te bekostigen, het ziekenhuis de integrale dbc te laten declareren, de medisch specialisten te laten declareren aan het ziekenhuis, waarna het ziekenhuis de medisch specialisten weer betaald. In het vervolg wordt dit het AAN-beheersmodel genoemd. Het begrensde bedrag per ziekenhuis is gerelateerd aan het aandeel van de gezamenlijke medisch specialisten verbonden aan een ziekenhuis in de macrobudgettaire beschikbare middelen voor vrijgevestigde medisch specialisten.

Verderop wordt het nieuwe beheersmodel beschreven samengevat onder het begrip «VIA-beheersmodel».

3.4. Fiscaal ondernemerschap

Met betrekking tot de fiscale positie van medisch specialisten is op verzoek van de Tweede Kamer door de toenmalige minister van Financiën op 15 maart 2010 een brief naar de Tweede Kamer gezonden¹. In die brief is aangegeven welke criteria van belang zijn voor de vraag of sprake is van fiscaal ondernemerschap². Bij de beantwoording van de vraag of iemand fiscaal als ondernemer kan worden aangemerkt, gelden voor medisch specialisten geen bijzondere bepalingen.

Zoals is aangegeven in zowel de brief betreffende de voorhang beheersmodel medisch specialisten van 26 april 2010 als de memorie van toelichting wordt vrij ondernemerschap of loondienst voor medisch specialisten als gelijkwaardige opties benaderd. Of vrij ondernemerschap ook aanleiding geeft tot fiscaal ondernemerschap wordt door de Belastingdienst achteraf en op basis van de feiten en omstandigheden beoordeeld.

Met de AAN-declaratie en het AAN-beheersmodel is er geen sprake van een zelfstandig declaratierecht van de medisch specialist jegens de consument of diens verzekeraar. Daarmee vervalt een essentieel onderdeel voor de beantwoording van de vraag of sprake is van het fiscaal ondernemerschap. Of het debiteurenrisico bij de medisch specialist wordt gelegd, is in het AAN-beheersmodel afhankelijk van de afspraken tussen het ziekenhuis en de medisch specialist. Indien daarover geen specifieke afspraken worden gemaakt en er feitelijk ook geen sprake is van een debiteurenrisico, vervalt daarmee ook een tweede essentieel element voor de beantwoording van de vraag of sprake is van fiscaal ondernemerschap.

De introductie van het AAN-beheersmodel betekent een wijziging van de huidige fiscale positie van medisch specialisten die is gebaseerd op de huidige mto en de op basis daarvan met het ziekenhuis gesloten toelatingsovereenkomst.

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

² Bij de beoordeling van een fiscale positie spelen de volgende aan de jurisprudentie ontleende factoren – in onderlinge samenhang bekeken – een rol: de duurzaamheid en de omvang van de werkzaamheden, de grootte van de bruto baten, de winstverwachting, het lopen van ondernemersrisico (niet ieder risico is overigens een ondernemersrisico), de beschikbare tijd, de bekendheid die naar buiten toe aan de werkzaamheden wordt gegeven, het aantal opdrachtgevers en het spraakgebruik. Essentieel is voorts dat medisch specialisten een zelfstandig declaratierecht en tevens het daaraan verbonden debiteurenrisico lopen.

3.5. Rol Modeltoelatingsovereenkomst

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde) hebben voor het regelen van de onderlinge relatie tussen een ziekenhuis en een individuele medisch specialist een mto ontwikkeld.

De toepassing van de mto in de individuele relatie tussen een ziekenhuis en een medisch specialist is, naast eerder aangeduide fiscale criteria, van cruciaal belang voor de beoordeling van de fiscale status van de medisch specialist. Dat geldt zowel in de huidige situatie van macrobudgettaire beheersing via tariefkortingen en tariefonderbouwingen als in de situatie mét het nieuwe instrument «grens» ten behoeve van de macrobudgettaire

beheersing. Op beide situaties wordt hieronder ingegaan waarbij wordt aangegeven of de mto moet worden aangepast voor het behoud van de fiscale status quo van de medisch specialist.

3.6. Huidige Modeltoelatingsovereenkomst

De laatst bijgestelde mto dateert uit 2006, met een addendum van eind 2007 in verband met de invoering van het uurtarief voor de medisch specialisten in 2008. In die mto zijn onder andere de twee eerder genoemde fiscale kernelementen verankerd, te weten een zelfstandig declaratierecht en het daarbij behorende debiteurenrisico. Het dbc-systeem, waarbij een integraal tarief in rekening wordt gebracht bij de consument/verzekeraar dat bestaat uit een kostendeel voor het ziekenhuis en een honorariumdeel voor de medisch specialisten, heeft genoodzaakt tot een bijzondere vorm van declareren door de medisch specialist. In de mto staat dat de vrijgevestigde medisch specialisten via het ziekenhuis aan de consument of diens verzekeraar declareren. Bij die VIA-declaratie hebben de medisch specialisten een zelfstandig declaratierecht jegens de consument of diens verzekeraar. Het ziekenhuis zet het medisch specialis-tendeel van het in rekening te brengen dbc-tarief naast het eigen kostendeel herkenbaar op de declaratie. Het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialist jegens de consument of diens verzekeraar is afhankelijk van de overeenkomst met het ziekenhuis. De VIA-declaratie komt thans op vrijwillige basis tot stand.

De mto van 2006 is door de fiscus getoetst aan de fiscale criteria. Daarbij is vastgesteld dat, indien deze kernelementen in de onderlinge toelatings-overeenkomst door partijen zijn opgenomen, sprake is van fiscaal ondernemerschap voor de medisch specialist mits deze overigens overeenkomstig de mto handelt.

3.7. Macrobudgettaire beheersing met fiscale status quo

Om antwoord te kunnen geven op de vragen gesteld in het verslag door de PVV- en de CDA-fractie heb ik met de Staatssecretaris van Financiën overleg gevoerd over de gewenste duidelijkheid over de fiscale positie van medisch specialisten. Het nieuwe VIA-beheersmodel biedt – zonder afbreuk te doen aan de intentie van macrobudgettaire beheersbaarheid – vooraf meer duidelijkheid over de fiscale status van medisch specialisten en de mogelijkheid tot behoud van de huidige fiscale status. Het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialist jegens de consument/verzekeraar en het daaraan verbonden debiteurenrisico zijn daarbij vereisten voor het fiscaal ondernemerschap, naast de andere aangegeven elementen.

3.8. Het VIA-beheersmodel op hoofdlijnen

Op hoofdlijnen ziet het VIA-beheersmodel dat de mogelijkheid biedt voor een fiscale status quo voor medisch specialisten er als volgt uit:

- De minister stelt een macrobudget voor medisch specialisten vast;
- De zorgautoriteit bepaalt per ziekenhuis voor alle toegelaten medisch specialisten gezamenlijk hoeveel maximaal voor hun werkzaamheden in rekening mag worden gebracht;
- De medisch specialisten en het ziekenhuis maken een verdeelafpraak over de binnen gekomen betalingen op een zodanige wijze dat er een productieprikkel is voor ziekenhuis en medisch specialisten voor het gehele kalenderjaar¹;
- De medisch specialisten declareren het honorariumdeel VIA het ziekenhuis aan de consument of diens verzekeraar;
- De consument of de verzekerde betaalt de integrale dbc-declaraties aan het ziekenhuis;

¹ Het bestuurlijk akkoord NVZ-Orde-VWS bevat een voorzet voor een verdeelmodel.

- Het ziekenhuis ontvangt de betalingen en geeft het honorariumdeel volgens de verdeelafsprake door, waarbij het debiteurenrisico voor rekening van de medisch specialisten blijft;
- Het ziekenhuis geeft niet meer door dan het vastgestelde totaal en draagt het meerdere af aan het Zorgverzekeringsfonds.

In paragraaf 3.12 van deze nota wordt het VIA-beheersmodel verder uitgewerkt. Hieronder ga ik eerst in op de gevolgen voor de mto, de aankondiging van een nota van wijziging, om af te sluiten met de uitspraak Craenen / Orde.

3.9. Gevolgen voor de modeltoelatingsovereenkomst

Voor de toepassing van het VIA-beheersmodel, ten behoeve van de macrobudgettaire beheersing en de gewenste duidelijkheid over de fiscale status quo van medisch specialisten, moet de mto worden aangevuld en moeten individuele ziekenhuizen en medisch specialisten dienovereenkomstig handelen.

In de eerder genoemde tekst die is opgesteld met de NVZ en de Orde voor een bestuurlijk akkoord¹ is een dergelijke aanvulling van de mto voorzien. De tekst van de gehele mto zal door de NVZ en de Orde gezamenlijk aan de fiscus worden voorgelegd. De fiscus zal beoordelen of de tekst van die mto en het dienovereenkomstig handelen bij een VIA-beheersmodel het behoud van de fiscale status van medisch specialisten mogelijk maakt. De noodzakelijke aanwijzing aan de zorgautoriteit voor de toepassing van het VIA-beheersmodel zal alleen worden gegeven indien de mto als hiervoor bedoeld ook inderdaad tot stand komt. De mto moet, naast de hiervoor genoemde aanvullingen, ook worden aangevuld naar aanleiding van de uitspraak Craenen/Orde. Op welke punten de mto moet worden aangevuld voor het VIA-beheersmodel wordt aangegeven aan het slot van § 3.12.

3.10. Nota van wijziging

Het hiervoor beschreven VIA-beheersmodel bevat essentiële elementen voor fiscaal ondernemerschap, zijnde zelfstandig declaratierecht jegens consument/verzekeraar en (collectief) debiteurenrisico. Mits medisch specialisten handelen in overeenstemming met dit model dat volgens het regeerakkoord tot 2015 geldt en overigens in overeenstemming met de nog vast te stellen mto, kunnen zij als fiscaal ondernemer worden beschouwd, althans zolang dat model in stand blijft.

De zorgautoriteit krijgt de wettelijke mogelijkheid het VIA-declareren dwingend voor te schrijven en daaraan voorwaarden, voorschriften en beperkingen te verbinden op een zodanige wijze dat het zelfstandig declaratierecht jegens de consument of diens verzekeraar en het daaraan verbonden debiteurenrisico van de medisch specialist wordt verzekerd en het macrobudgettair kader kan worden gehandhaafd. Het ligt voor de hand daarbij aan te sluiten bij artikel 37 van de WMG dat de zorgautoriteit de bevoegdheid geeft het declaratieverkeer te regelen. In het wetsvoorstel was al in uitbreiding voorzien. Er is een aanvulling van het wetsvoorstel in bijgaande nota van wijziging opgemaakt die het VIA-beheersmodel mogelijk maakt. Daarbij kan de zorgautoriteit aan het ziekenhuis de rol van clearinghouse opdragen die verantwoordelijk is voor de administratieve afhandeling van het declaratie- en betalingsverkeer en voor de inhouding en afdracht van bedragen ter grootte van de overschrijdingen van een vooraf aan alle medisch specialisten gezamenlijk opgelegde grens.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 165.

3.11. Uitspraak Craenen/Orde

Een laatste punt dat opgelost moet worden betreft de positie van ondersteunende medisch specialisten. In de uitspraak Craenen/Orde versus de zorgautoriteit heeft het CBb bepaald dat de medisch specialist alleen (VIA het ziekenhuis) aan de patiënt of diens verzekeraar kan declareren als hij daar een zelfstandige rechtsgrond voor heeft. Die rechtsgrond wordt gevonden in de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De medisch specialist moet derhalve daadwerkelijk bij de behandeling betrokken zijn geweest. Is de medisch specialist niet betrokken geweest bij de behandeling kan deze wel AAN het ziekenhuis declareren mits ziekenhuis en medisch specialist(en) daarover een afspraak hebben gemaakt. Tot slot heeft het CBb bepaald dat het ziekenhuis ook de integrale dbc in rekening mag brengen indien de specialist niet daadwerkelijk bij de behandeling betrokken is geweest. Voorgaande leidt tot een gemengde AAN-/VIA-beheersmodel voor de ondersteunend medisch specialisten.

Voor wat betreft de ondersteunende medisch specialisten hierbij een voorbeeld.

Voorbeeld:

Stel: De medisch specialist (ondersteuner) verwerft zijn inkomen uit 100% van de in rekening gebrachte prestaties (dbc's en ovp's) waarbij hij betrokken had kunnen zijn. Stel dat hij in 70 % van deze prestaties daadwerkelijk is betrokken en in 30 % niet. Dan kan hij in 70 % van de gevallen van de VIA-declaratie gebruik maken en heeft hij een zelfstandig declaratierecht jegens de consument of diens verzekeraar. In 30 % van de gevallen declareert hij het ms-deel AAN het ziekenhuis.

De fiscus oordeelt dat als een ondernemer (lees: ondersteunend medisch specialist) zijn werkzaamheden hoofdzakelijk uitoefent als fiscaal ondernemer, dat dan ook de overige werkzaamheden kunnen worden beschouwd als verricht als fiscaal ondernemer. In de fiscale jurisprudentie is het criterium «hoofdzakelijk» ingevuld als minimaal 70%¹. Afhankelijk van de vraag of aan het 70%-criterium wordt voldaan, is er sprake van fiscaal ondernemerschap voor de ondersteunend medisch specialist. Indien niet aan het 70%-criterium wordt voldaan, kan de ondersteunend medisch specialist uitsluitend voor dat deel waarvoor hij VIA declareert als fiscaal ondernemer worden aangemerkt.

3.12. VIA beheersmodel

Het VIA-beheersmodel komt voor betrokken partijen op het volgende neer:

De minister

1. De minister stelt een landelijk macrobudget vast, dat als totaalbedrag voor de werkzaamheden van alle medisch specialisten gezamenlijk op basis van een toelatingsovereenkomst werkzaam in alle ziekenhuizen² in rekening mag worden gebracht³;
2. De minister geeft de zorgautoriteit met een aanwijzing opdracht het VIA-beheersmodel toe te passen, voorafgegaan door een dertig dagen durende voorhangperiode bij het parlement van de zakelijke inhoud van die aanwijzing;

¹ Bijvoorbeeld HR 12 november 1986 (BNB1987, 20).

² Daarbij kunnen ook worden betrokken de medisch specialisten die weliswaar in loondienst zijn, doch die worden betaald als waren zij vrijgevestigde medisch specialisten; in het huidige macrokader voor medisch specialisten worden zij ook meegeteld. Bij de nadere uitwerking van de voorhangbrief aan het parlement en de aanwijzing aan de zorgautoriteit wordt de keuze gemaakt.

³ Waar verder in deze beschrijving gesproken wordt van «alle medisch specialisten» wordt bedoeld alle medisch specialisten op toelatingsovereenkomst werkzaam in dat ziekenhuis.

De zorgautoriteit

3. De zorgautoriteit stelt per ziekenhuis vast welk totaalbedrag (grens) voor de werkzaamheden van alle medisch specialisten in rekening mag worden gebracht in een daarbij aangegeven periode;
4. De zorgautoriteit legt de grenshoogte per ziekenhuis vast in een beschikking die geldt voor alle medisch specialisten gezamenlijk;
5. De zorgautoriteit bepaalt dat medisch specialisten uitsluitend VIA het ziekenhuis mogen declareren als zij afspraken hebben gemaakt met het ziekenhuis over de verdeling van het totaalbedrag (grens);
6. De zorgautoriteit stelt per ziekenhuis voor alle medisch specialisten gezamenlijk de overschrijding vast;
7. De zorgautoriteit wijst het ziekenhuis aan als verantwoordelijke voor de administratieve afhandeling van het declaratie- en betalingsverkeer (clearinghouse, verder aangeduid als ziekenhuisCH¹);
8. De zorgautoriteit geeft in geval van overschrijding van de grens een aanwijzing aan het ziekenhuisCH tot afdracht van de overschrijding van de grens aan het Zorgverzekeringsfonds;

De medisch specialisten

9. De medisch specialisten declareren slechts VIA het ziekenhuis aan de consument of diens verzekeraar, voor zover zij zijn betrokken bij de behandeling;
10. De medisch specialisten mogen alleen een tarief VIA het ziekenhuis in rekening brengen als zij afspraken hebben gemaakt met het ziekenhuis over de verdeling van de gezamenlijke honorariumomzet;
11. De medisch specialisten leggen in de toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis de verdeelafspraken vast evenals dat de honorariumomzet wordt afgedragen aan de medisch specialisten en dat het debiteurenrisico ook voor rekening komt van de medisch specialisten;

Het ziekenhuis als clearinghouse (ziekenhuisCH)

12. Het ziekenhuisCH declareert het ziekenhuisdeel en het ms-deel van het dbc-tarief onderscheiden, maar op één factuur aan de consument of diens verzekeraar;
13. Het ziekenhuisCH registreert² wat in rekening is gebracht aan de consument of diens verzekeraar;
14. Het ziekenhuisCH draagt het ms-deel van in rekening gebrachte tarieven af aan gezamenlijke medische specialisten, voor zover:
 - 14.1 afgesproken met het ziekenhuis conform de verdeelafpraak;
 - 14.2 betaald door consument of verzekeraar (debiteurenrisico);
 - 14.3 niet begrensd door de zorgautoriteit.
15. ZiekenhuisCH informeert de gezamenlijke medisch specialisten over de verhouding tussen de geïnde betalingen en de opgelegde grens;
16. ZiekenhuisCH houdt de overschrijding van de opgelegde grens in en draagt deze af aan het zorgverzekeringsfonds;
17. Ingeval de grens niet onherroepelijk vaststaat draagt het ziekenhuisCH zorg voor de inhouding van de mogelijke overschrijding op basis van de oorspronkelijk door de zorgautoriteit vastgestelde grens³;

¹ Het ziekenhuisCH voert een eigen administratie.

² Het ziekenhuisCH kan geen VIA-declaraties van de medisch specialisten tegenhouden.

³ Bij bezwaar en beroep tegen de hoogte van de gezamenlijke grens staat die grens eerst vast na uitspraak van het CBb. Tot die uitspraak geldt de door de zorgautoriteit opgelegde grens. Dit heeft slechts invloed op de hoogte van de grens.

De modeltoelatingsovereenkomst voor ziekenhuizen/zbc's en medisch specialisten moet in ieder geval voor toepassing van het VIA-beheersmodel aandacht geven aan de bovenstaande punten 1 en 3, 9 tot en met 12, 14 en 15.

3.13. Voorhangbrief en aanwijzing

In een ongeveer gelijktijdig met deze nota naar aanleiding van het verslag verzonden brief aan beide Kamers der Staten-Generaal wordt het beheersmodel medisch specialisten beschreven, inclusief het voornemen daarover de zorgautoriteit een aanwijzing te geven. Die brief bevat een nadere uitwerking en aanvulling van de voornemens die op 26 april 2010 aan beide Kamers zijn voorgelegd. Het in die brief beschreven AAN-beheersmodel kan worden vervangen door het hiervoor beschreven VIA-beheersmodel), indien daar door de instelling en medisch specialist afspraken over worden gemaakt. Ik ben voornemens in de aanwijzing de zorgautoriteit op te dragen het macrobeheersmodel voor medisch specialisten zo in te richten dat indien niet het hiervoor beschreven VIA-beheersmodel tot stand komt, het AAN-beheersmodel zoals dat is omschreven in de brief van 26 april 2010 van toepassing is. Daarbij sluit ik aan bij de tekst van het onderhandelingsakkoord met de Orde en de NVZ dat ik op 15 december 2010 openbaar heb gemaakt (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 165).

3.14. Breder toepassing

Tenslotte zij benadrukt dat vanwege het kaderwetkarakter van de WMG een zodanige formulering van de bepalingen is gekozen dat het instrument c.q. bevoegdheid zoals dat voor medisch specialisten en ziekenhuizen kan worden gebruikt ook voor andere samenwerkende zorgaanbieders kan worden gebruikt, zoals bijvoorbeeld bij ketenzorg. Daarbij zullen dan de fiscale aspecten van geval tot geval opnieuw moeten worden bezien.

B. NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

I. ALGEMEEN

Zoals al bij de aanhef vermeld ga ik in dit deel van de nota naar aanleiding van het verslag in op de vragen die de leden van de verschillende fracties hebben gesteld, rekening houdend met de boven bedoelde veranderde omstandigheden.

1. Inleiding

De noodzaak de omvang van de collectieve uitgaven op orde te hebben en te houden is onverminderd aanwezig. Dat is van evident belang voor een kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg die ook toekomstbestendig is.

Met genoegen constateer ik dat de leden van de PvdA-fractie het voorliggende voorstel beoordelen als een stap in de richting van een betere kostenbeheersing en een bekostigingssystematiek die eenvoudiger en transparanter is. Ook de leden van de PVV-fractie onderkennen de noodzaak te komen tot een beheerste kostenontwikkeling van de zorg. Aan de door deze leden gevraagde helderheid over de arbeidsrechtelijke positie van medisch specialisten heb ik hiervoor aandacht besteed; over waar de regie ten aanzien van de kwaliteit van de zorg komt te liggen, kom ik terug in paragraaf B.4 van deze nota. De leden van de CDA-fractie delen het uitgangspunt van de regering om de beheersbaarheid van de zorguitgaven tot stand te brengen via een effectief en efficiënt werkend stelsel. Zij menen terecht dat een verdere aanvulling van het bekostigings-instrumentarium van de WMG daaraan zal bijdragen.

De leden van de CDA-fractie en van de fractie van de SP wijzen op het karakter van de WMG als kaderwet. De voorgestelde wetswijziging brengt daar geen verandering in. Dit betekent inderdaad, zoals de leden van de SP-fractie menen, dat de wetswijziging als zodanig niet stuurt in de richting van meer of minder marktwerking, net zomin als de WMG zelf dat doet. De WMG blijft beleidsneutraal. De normstelling zit niet in de wet zelf, maar in de wijze waarop deze concreet wordt toegepast. Eerst de inzet en toepassing van het instrumentarium geeft de richting aan. Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel al is uiteengezet¹, voorziet de WMG via de wettelijke voorhangprocedure in betrokkenheid vóóraf van beide kamers der Staten-Generaal bij de keuzes welke kant het op moet voordat concreet beleidsmatige stappen worden gezet. Zo geeft het parlement mede invulling aan de inzet en toepassing van het instrumentarium van de wet.

Om ieder misverstand te voorkomen en mede gelet op suggesties in die richting in de gestelde vragen, zij uitdrukkelijk vastgesteld dat met de WMG geen inkomensbeleid kan worden gevoerd. Vanuit WMG-perspectief bezien is inkomen slechts een kostenpost waarmee bij de berekening van de tarieven voor zorgprestaties rekening moet worden gehouden.

2. Doel en achtergrond van het voorstel

De leden van de PvdA-fractie constateren net als hiervoor geschetst op vragen van meerdere fracties terecht dat er vanwege het neutrale kaderwetkarakter van de WMG met de oorspronkelijk voorgestelde wetswijziging geen decisieve stappen richting invoering van prestatiebekostiging in de curatieve zorg worden genomen. In paragraaf A.2 heb ik aangegeven de instrumenten uit het wetsvoorstel daarvoor wel te gebruiken.

Voor het schaduwdraaien met DOT is, anders dan de leden van de PvdA-fractie veronderstellen, geen aanpassing van de WMG noodzakelijk. Ik kom hieronder nog op het schaduwdraaien terug.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de DOT-systematiek gemonitord wordt en op welke momenten (tussen)rapportages over het functioneren en verder ontwikkelen van DOT zijn voorzien.

Alvorens daarop in te gaan merk ik op dat mijn ambtsvoorganger tijdens het Algemeen Overleg van 7 april 2010 heeft toegezegd om in 2011 te starten met een nader uit te werken vorm van schaduwdraaien onder handhaving van het functiegericht budget bij ziekenhuizen. In dat kader kan ik melden dat een bij het parlement aangekondigd DOT-experiment is gestart met de Sint Maartenskliniek te Nijmegen².

Aan de wens van de Tweede Kamer om te schaduwdraaien met DOT is voorts gevolg gegeven door twee fases van landelijke simulatie te ontwikkelen: fase 1 betreft analyse en verbetering van de DOT-productstructuur, en fase 2 heeft als doel de (macro-)financiële impact van DOT te analyseren.

De eerste fase van het simuleren met DOT, die is ontwikkeld en verricht door de NVZ en de Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra (NFU), is medio november 2010 afgerond. Op grond van input van experts werkzaam bij ziekenhuizen, en ondersteund door DBC-Onderhoud en de Zorgautoriteit, zijn door die experts verzoeken tot wijziging van de DOT-productstructuur ingediend. In totaal heeft dat 349 wijzigingsverzoeken opgeleverd. Bijna de helft van deze verzoeken heeft geleid tot aanpassingen in de productstructuur. Daarnaast is een groot aantal wijzigingsverzoeken op de zogenaamde DOT-doorontwikkelagenda geplaatst en zal in een later stadium worden bezien.

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 3, par. 2.2.

² Kamerstukken II/I 2010/11, 29 248, nrs. 132 en 154; Staatscourant 2010, nr. 20441.

Ik ben verheugd over dit resultaat en het gezamenlijke traject dat hieraan ten grondslag heeft gelegen. Door dit traject zal de productstructuur nog beter aansluiten op de geleverde zorg door ziekenhuizen. Daarnaast is er het voordeel dat ziekenhuizen via participatie in de simulatie gedetailleerde kennis hebben kunnen opdoen over de werking van DOT.

In de tweede fase van de DOT-simulatie zal de financiële impact van DOT op diverse niveaus inzichtelijk worden gemaakt, zowel op macroniveau, als op het niveau van individuele ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Een expertteam met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen zal de te beantwoorden onderzoeksvragen in het kader van fase 2 van de simulatie gaan uitwerken. Fase 2 van de simulatie vindt plaats op basis van de tabellen met daarin de productstructuur en de tarieven voor 2012 die de komende tijd zullen worden uitgeleverd.

De monitoring en rapportage over het functioneren en verder ontwikkelen van DOT maakt integraal onderdeel uit van de rapportages die worden uitgevoerd in vervolg op de motie Van der Veen¹. In die motie is gevraagd om minimaal één keer per half jaar een rapportage te zenden met daarin gegevens over prijs- en volumeontwikkelingen in het B-segment en de stand van zaken rondom de kapitaallasten en de vereenvoudiging van de dbc's. De laatste rapportage dateert van 2 februari 2011².

De PvdA-fractieleden vragen wanneer uiterlijk de beslissing moet vallen over het al dan niet invoeren van DOT. Mede op basis van de informatie die is vergaard door middel van het schaduwdraaien en uitgaande van invoering van DOT per 2012 zal uiterlijk in het voorjaar van 2011 moeten worden besloten. Uiterlijk 1 juli 2011 wordt dan bij invoering van DOT-prestatiebeschrijvingen, na vaststelling door de zorgautoriteit, het hele DOT-pakket aan het veld uitgeleverd, opdat ziekenhuizen, UMC's, zelfstandige behandelcentra (zbc's), medisch specialisten en verzekeraars voldoende tijd hebben om zich voor te bereiden op de definitieve invoering per 2012. In de ongeveer gelijktijdig met deze nota verzonden brief aan het parlement over de invoering van prestatiebekostiging wordt de invoering DOT nader beschreven.

De PvdA-fractieleden wijzen erop dat de Raad van State een aantal knelpunten heeft gesignaleerd die moeten worden opgelost alvorens tot invoering van prestatiebekostiging te kunnen overgegaan. Zo stelt de Raad dat er meer zekerheid moet worden gecreëerd over de DOT-productstructuur en de samenhang met de afbouw van de ex post calculaties, de kapitaallastenproblematiek, de zbc's en de medisch specialisten. Deze leden vragen welke zekerheid bestaat ten aanzien van deze onderwerpen.

De stand van zaken met betrekking tot de punten die zijn ontleend aan het advies van de Raad van State is kort samengevat als volgt.

Wat betreft het schaduwdraaien met DOT zijn de brancheorganisaties voortvarend aan de slag gegaan. Ook is een experiment gestart. De ervaringen die met het schaduwdraaien zijn opgedaan, hebben geleid tot een stabiele productstructuur.

Gelet op de werkingssfeer van de WMG wordt in dit wetsvoorstel niets bepaald over een afbouwtraject van de ex post ncalculaties binnen de risicoverevening. Dat betreft een afzonderlijk traject. In brieven aan de Tweede Kamer is een dergelijk afbouwtraject al wél opgenomen, waarbij ook de randvoorwaarden worden vermeld. Deze brieven zijn met de val van het vorige kabinet echter controversieel verklaard. Het afbouwtraject zoals in deze brieven is opgenomen is dus niet meer van toepassing. In het regeerakkoord is opgenomen dat de ex post compensaties binnen de risicoverevening in verantwoord tempo zullen worden afgeschaft. Over de voorgenomen wijze van afbouw zijn de Eerste en Tweede Kamer der

¹ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 57.

² Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 167.

Staten-Generaal bij brief over de invoering van prestatiebekostiging geïnformeerd. Die brief is verzonden ongeveer gelijktijdig met onderhavige nota.

Met betrekking tot de kapitaallasten van ziekenhuizen is in een brief aan de Eerste en de Tweede Kamer een overgangsregeling gepresenteerd die voorziet in een zorgvuldige transitie in geval wordt besloten tot volledige beëindiging van het FB¹. Op grond van voornoemde overgangsregeling kapitaallasten wordt de huidige kapitaallastenvergoeding op basis van FB geleidelijk afgebouwd. De overgangsregeling strekt ertoe rekening te houden met én tegemoet te komen aan het geheel en de variëteit van problemen, risico's en uitdagingen waarvoor ziekenhuizen zich als gevolg van de beleidswijziging in aanloop naar prestatiebekostiging gesteld kunnen zien bij het waarborgen van de dekking voor kapitaallasten die een ziekenhuis op basis van het bouwregime op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) op zich heeft genomen. De overgangsregeling is beperkt tot de kapitaallasten die voortkomen uit projecten die nog onder de regels van het WTZi-bouwregime zijn of worden gerealiseerd. Met de overgangsregeling volg ik het advies van de Raad van State.

Tot slot van deze opsomming: bij brief van 26 april 2010 betreffende het beheersmodel medisch specialisten² zijn plannen geschetst om de problematiek van de macrobudgettaire beheersbaarheid van de kosten van de medisch specialisten en die van de zbc's op te lossen. Ik volg het advies van de Raad van State een gelijk speelveld tussen de verschillende typen zorgaanbieders te creëren. De Tweede Kamer heeft over het beheersmodel medisch specialisten en de uitvoeringstoets die de zorgautoriteit daarover heeft uitgebracht³ schriftelijke vragen gesteld, die ongeveer gelijktijdig met de indiening van deze nota naar aanleiding van het verslag zullen worden beantwoord in een brief over de nadere uitwerking van het beheersmodel medisch specialisten. De vragen van de Eerste Kamer zijn reeds beantwoord⁴.

De leden van de SP-fractie achten de tijd rijp voor herbezinning op de dbc-financiering en de toekomstige DOT-financiering en houden een pleidooi voor een gemoderniseerde vorm van budgetfinanciering. Ik hecht eraan op te merken dat de wenselijkheid van invoering van DOT *op zich* in het veld niet ter discussie staat. Het huidige dbc-systeem bevat nog teveel onvolkomenheden om als stabiele basis voor de bekostiging van medisch specialistische zorg te dienen. DOT verbetert het huidige dbc-systeem door een kleiner aantal meer kostenhomogene en medisch herkenbare zorgproducten. Een andere belangrijke verbetering in DOT is dat de zorgproducten zoveel mogelijk automatisch worden afgeleid uit de basisadministratie van de instelling door middel van een landelijk uniform werkend systeem. Dit vergroot het gebruiksgemak en verkleint de kans op fouten bij de registratie en declaratie van dbc's. Voor verzekeraars is het mede door de uniforme registratie van zorgproducten beter en makkelijker te onderhandelen over DOT-zorgproducten dan over dbc's. Ik deel dan ook niet de opinie van de leden van de SP-fractie dat DOT aanleiding zal geven tot onnodige omzetvergroting.

Voorts ben ik van mening dat de bekostiging van medisch specialistische zorg zoveel mogelijk zou moeten aansluiten bij de kenmerken van de door de zorgaanbieders geleverde zorg. DOT zal hieraan een wezenlijke bijdrage leveren. Ik onderschrijf de opvatting van de leden van de SP-fractie dat sprake moet zijn van een eenvoudig, rechtvaardig en transparant bekostigingssysteem dat instellingen aanzet tot zinnige en efficiënte zorg. Ik verschil echter van opvatting dat dit het beste bereikt kan worden door modernisering van het huidige FB. Het FB is namelijk gebaseerd op een beperkt aantal deels productiegebonden parameters die niet altijd de gewenste prikkels bevatten. Ziekenhuizen krijgen nu bijvoorbeeld meer financiële middelen naarmate patiënten meer ligdagen

¹ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nrs. 109, 113, 114 en 119; Aanwijzing Stcrt 2010, 10255.

² Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 117.

³ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nrs. 117 en 127.

⁴ Kamerstukken I 2009/10, 29 248, I.

in het ziekenhuis doorbrengen of naarmate er meer patiënten in het ziekenhuis worden opgenomen. Daar gaat nauwelijks een stimulans vanuit om de zorginhoudelijke en logistieke processen rond de patiënt beter op elkaar af te stemmen en zodanig in te richten dat de behandeling van de patiënt zo goed en doelmatig mogelijk plaatsvindt. Parameters als adherentie en zorgintensiteit laten mee-ademen in een dergelijk budget zal nog steeds niet de gewenste prikkel voor kwaliteit en doelmatigheid opleveren. Meer kan worden verwacht van het direct belonen van kwaliteit en doelmatigheid.

3. Macrobudgettaire beheersbaarheid

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de verschillende registratiesystemen met betrekking tot de reële hoogte van de zorgkosten.

De financiële informatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de ziekenhuizen en de medisch specialisten is thans uit twee bronnen afkomstig. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) levert de financieringsgegevens van zorgverzekeraars, de zorgautoriteit levert de budgetgegevens van zorgaanbieders.

Het proces rond de financieringsgegevens loopt als volgt. Een verzekerde doet een beroep op een zorgaanbieder. De zorgaanbieder declareert zijn zorgprestatie/dbc bij de zorgverzekeraar (of stuurt een rekening naar de verzekerde die de nota vervolgens declareert bij zijn verzekeraar). De zorgverzekeraar stuurt op grond van de Zorgverzekeringswet elk kwartaal de feitelijke en de nog te verwachten declaratiegegevens naar het CVZ. Aan het eind van het kalenderjaar moet (wettelijke plicht) de zorgverzekeraar een door de accountant geaccordeerde jaarstaat bij het CVZ indienen. Het CVZ extrapoleert de kwartaalgegevens lineair naar een jaartotaal en stuurt dit jaartotaal of – na afloop van het kalenderjaar – de door de accountant geaccordeerde jaarstaat door naar VWS. Die extrapolatie benadert de werkelijkheid steeds dichter naarmate er meer kwartalen zijn afgesloten. Het CVZ rekent de schade toe aan het jaar waarin de dbc's zijn geopend. Bijvoorbeeld, een dbc die in december jaar t is geopend, in december jaar t+1 wordt gesloten en in februari t+2 gedeclareerd wordt, wordt toegerekend aan jaar t. Dit betekent dat ook pas in het jaar t+2 de cijfers over het jaar t definitief kunnen worden vastgesteld.

Met betrekking tot de door zorgaanbieders gedeclareerde prestaties bestaat nog een tweede gegevensbron, namelijk de zorgautoriteit. De zorgautoriteit stelt de functiegerichte budgetten van de ziekenhuizen vast, althans voor zover het gaat om het A-segment. De zorgautoriteit levert informatie op geaggregeerd niveau over de productieafspraken en de feitelijke gerealiseerde productie van het A-segment aan het ministerie van VWS aan. Dit gebeurt op basis van (realisatie)gegevens per instelling die door zorgverzekeraars en instelling gezamenlijk zijn geaccordeerd en aangeleverd bij de zorgautoriteit. De geaccordeerde realisatiegegevens moeten vóór 1 juni t+1 bij de zorgautoriteit aangeleverd zijn. De getotaliseerde realisatiegegevens zijn dus ruim een half jaar na afloop van het jaar t op geaggregeerd niveau bij mijn ministerie bekend. Dit heeft te maken met het feit dat de budgetten achteraf, na vastlegging van de jaarverslagen van de zorginstellingen, pas definitief door de zorgautoriteit kunnen worden goedgekeurd.

In den brede worden de mogelijkheden gezien om de financiële informatievoorziening te verbeteren. Hierbij wordt vooral gekeken naar de mogelijkheden om sneller tot betrouwbaardere data te komen, mede om sneller vast te kunnen stellen of het geraamde macrobudgettaire beslag volstaat en of sneller corrigerende maatregelen getroffen moeten worden.

Dat biedt alle betrokken veldpartijen sneller zekerheid voor hun bedrijfsvoering.

De werking van het Aan- en VIA-beheersmodel medisch specialisten is uitgelegd in paragraaf A.3 van deze nota.

De PvdA-fractieleden veronderstellen terecht dat de storting van de overschrijding van de omzetgrens alleen geldt voor de honorariumcomponent voor specialisten werkzaam op basis van een toelatingsovereenkomst.

De vraag van deze leden over de besteding van de instellingscomponent kan verschillend worden beantwoord al naar gelang er sprake is van prestatiebekostiging of nog van FB. In de ongeveer gelijktijdig met deze nota verzonden brief over prestatiebekostiging geef ik aan welke categoriale instellingen tot nader order het FB-systeem houden.

Bij prestatiebekostiging mag een instelling de extra inkomsten op basis van de instellingscomponent door het hogere volume inzetten om de bedrijfsvoeringskosten te dekken voor zover voor die instellingen geen macrobeheersinstrument (begrenzing) wordt toegepast.

Bij een FB-systeem geldt het volgende Indien instellingen hogere inkomsten hebben door meer te produceren, kan dit drie dingen betekenen voor de dekking van de kosten voor de bedrijfsvoering.

Ten eerste: indien het hogere geproduceerde volume voortvloeit uit een afspraak tussen zorgverzekeraars en de instelling en binnen het functiegericht budget blijft, mogen de instellingen deze hogere opbrengsten uiteraard houden. Hiermee kunnen instellingen zowel de kosten van de geleverde zorg als de daarmee gemoeide bedrijfsvoeringskosten dekken.

Ten tweede: indien het hogere volume buiten de afspraken met zorgverzekeraars valt en daarmee het overeengekomen en door de zorgautoriteit vastgestelde functiegerichte budget overschrijdt, hoeven verzekeraars niet in te stemmen met het hogere geproduceerde volume. De instelling moet dan te veel ontvangen opbrengsten teruggeven aan zorgverzekeraars.

Deze methode wordt al sinds lange tijd gehanteerd. De kosten voor de bedrijfsvoering worden hierdoor dus niet gedekt.

Ten derde: verzekeraars en zorgaanbieders kunnen ook afspraken maken over degressieve tarieven. Bij een hoger volume worden de tarieven lager omdat de vaste kosten die onderdeel uitmaken van de bedrijfsvoering al gedekt zijn.

Instelling en verzekeraars maken in het kader van de nacalculatie afspraken om te bepalen op welke wijze verrekening plaatsvindt, dat kan ook bij besprekingen over toekomstig budget.

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat er een maximum kostenvergoeding voor medisch specialisten moet komen om de stijgende zorgkosten te kunnen temperen. Zij vragen wat er na het boekjaar gebeurt met het overschot op het specialistenmaximum dat in het Zvf is gestort.

Als dit overschot regulier «mee blijft tellen» voor het BKZ, stijgen de zorgkosten macro met hetzelfde tempo als in voorgaande jaren. De maximale specialistenomzet overschrijdt weliswaar niet, maar deze overschrijding wordt nu in het Zvf gestort, aldus deze leden.

Met het beheersmodel voor medisch specialisten wordt per instelling een maximale kostenvergoeding ten behoeve van de diensten van de medisch specialisten vastgesteld voor het A- en B-segment. De kostenvergoeding betreft enkel de diensten van de medisch specialisten. De grens zal zo gesteld worden dat de optelsom van alle door de zorgautoriteit per instelling bepaalde, maximale omzet voor het medisch specialistische deel, het totaal van de voor medisch specialistische beschikbare middelen in het BKZ (de macro zorgkosten) niet mag overschrijden. Op deze manier wordt een grotere waarborg gegeven dat het BKZ voor het medisch specialistische deel beter beheerst wordt. Een overschrijding van de grens

werkt door in een stijging van de zorgkosten voor het medisch specialis- tische deel. Hierdoor ontstaat er een verschil tussen de geraamde en gerealiseerde zorgkosten voor medisch specialisten. Echter, doordat de overschrijding van de grens wordt afgedragen aan het Zvf, zullen daarmee de gerealiseerde zorgkosten voor medisch specialisten blijven op het niveau van het medisch specialistische deel van het BKZ. Feitelijk stijgen de kosten van de gezondheidszorg dus niet.

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat er een specialistenbudget moet komen om de stijgende zorgkosten te kunnen temperen. Zij vragen wat er na het boekjaar gebeurt met het overschot op het specialisten- budget dat in het Zvf is gestort. Als dit overschot regulier «mee blijft tellen» voor het BKZ, stijgen de zorgkosten macro met hetzelfde tempo als in voorgaande jaren. Het specialistenbudget overschrijdt weliswaar niet, maar deze overschrijding wordt nu in het Zvf gestort, aldus deze leden. Door het terugstorten van het teveel betaalde is er geen sprake meer van dat er te veel is betaald en is er de facto ook geen sprake van een overschrijding van het BKZ (budgettair kader zorg). De in het Zvf teruggestorte middelen worden weer ingezet voor de bekostiging van verzekerde zorg. Daarvoor hoeft niet opnieuw premie te worden betaald. Daarbij wordt rekening gehouden met de systematiek om de premies over werkgeversdeel en nominale premies eerlijk te verdelen.

De leden van de PvdA-fractie menen terecht dat het nieuwe beheersmodel in beginsel een kostenbeheersinginstrument is en geen volumebeheer- singinstrument. Om wachtlijsten te voorkomen, streef ik ernaar om een productieprikkel voor medisch specialisten te behouden. Hiertoe heb ik afspraken gemaakt met de Orde en de NVZ¹. In het VIA-beheersmodel wordt hiervoor ruimte gecreëerd door te kunnen werken met een vast/variabel budget. Ten aanzien van het vaste deel worden bindende productieafspraken gemaakt tussen de vrijgevestigde medisch specia- listen en de Raad van Bestuur. Deze afspraken zijn qua omvang zodanig dat volgens redelijke verwachtingen wachtlijsten of lange wachttijden worden voorkomen.

De leden van de PVV-fractie vragen welke alternatieven voor het beoogde AAN-beheersmodel zijn onderzocht en wat daarbij de afwegingen waren. Waar komt de regie over de verdeling van de grens te liggen en is het verstandig om dit bij een frequent wisselend ziekenhuisbestuur te leggen, zo vragen zij.

Mijn voorganger heeft over de vormgeving van een werkbaar beheers- model uitgebreid gesproken met onder andere de NVZ, Orde, ZN, NFU, DBC-Onderhoud en de zorgautoriteit, mede in het licht van de hieronder vermelde randvoorwaarden. De modellen die besproken zijn variëren van budgettering tot integrale prestatiebekostiging, beide zowel via het ziekenhuis als via de medisch specialisten en zowel met behoud van het vrij ondernemerschap als in loondienst. Alles afwegende is mijn voorganger tot het oordeel gekomen dat het beheersmodel zoals dat in de voorhangbrief van 26 april 2010² is beschreven de beste optie is. Dit model voldeed namelijk het beste aan de door hem gestelde randvoor- waarden, te weten:

- het biedt de beste garantie voor macro-budgettaire beheersbaarheid;
- het is een stap op weg naar integrale bekostiging c.q. de opheffing van de deelregulering van de medisch specialisten;
- het bevat prestatieprikkels om wachtlijsten en daling van de arbeids- productiviteit te voorkomen evenals prikkels voor de beloning van kwaliteit en
- het sluit aan bij de visie van het (toenmalige) kabinet op goed bestuur zoals verwoord in de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» van 9 juli 2009³.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 165.

² Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 117.

³ Kamerstukken II 2008/09, 32 012, nr. 1.

Gelet op het ontbreken van voldoende draagvlak voor het AAN-beheersmodel heb ik opnieuw uitgebreid gesproken met de NVZ en Orde. Dit heeft geleid tot de tekst voor het convenant dat ik met de Orde en NVZ heb voorbereid en het VIA beheersmodel. Met deze tekst en indien medisch specialisten en instelling voor het VIA-beheersmodel kiezen bestaat vooraf duidelijkheid over de fiscale status van de medisch specialisten.

Eveneens betekent dit beheersmodel een stap op weg naar integrale tarieven c.q. de opheffing van de deelregulering van de medisch specialisten. Zoals beschreven in de brief over de nadere uitwerking van het beheersmodel stelt de zorgautoriteit de omzetgrens per instelling vast. In het VIA-beheersmodel vindt de verdeling van de honorariuminkomsten plaats middels afspraken tussen het collectief van medisch specialisten en de (Raad van Bestuur van de) instelling. In dit model wordt de grens opgelegd aan alle vrijgevestigde medisch specialisten in een instelling gezamenlijk. De instelling is als clearinghouse in het VIA-beheersmodel verantwoordelijk voor het declaratie- en betalingsverkeer, inclusief de inhouding en afdracht.

In antwoord op de vraag van de leden van de PVV-fractie waarom ik niet heb gekozen voor het voorkeursmodel van de Orde, te weten een budget voor de specialisten per ziekenhuis dat wordt beheerd door de specialisten zelf, meld ik dat ik het voorstel van de Orde mee heb genomen in mijn nadere uitwerking van het beheersmodel (het zogenaamde VIA-beheersmodel), met de volgende kanttekening. Zoals de zorgautoriteit in haar uitvoeringstoets van 25 juni 2010¹ schrijft, is het op basis van de WMG niet mogelijk om voor te schrijven dat individuele medisch specialisten werkzaam in een instelling verplicht zijn deel te nemen aan een stafmaatschap. Indien zij dit zelf wensen, kunnen medisch specialisten zich verenigen (in een collectief) en afspraken maken met de Raad van Bestuur van een instelling over de verdeling van de honorariuminkomsten (voor zover deze beneden de omzetgrens blijven). Indien de vrijgevestigde medisch specialisten deze afspraken maken met de instelling waarin ze werkzaam zijn, blijft voor de medisch specialisten de mogelijkheid bestaan om VIA het ziekenhuis te declareren. In het geval dat medisch specialisten deze afspraken niet maken kunnen de medisch specialisten enkel AAN het ziekenhuis declareren. De Orde en NVZ kunnen voor de uitwerking van AAN- en VIA-beheersmodellen tussen de medisch specialisten en de instelling de modelovereenkomst aanpassen; zie paragraaf A.3.

Ten opzichte van het voorgenomen beheersmodel kent de systematiek van tariefkortingen, waar de leden van de PVV-fractie naar vragen, enkele risico's. Hierover bent u bij brief van 12 mei 2010 geïnformeerd². In het huidige bekostigingsmodel, dat een open-einde karakter kent en waarin sprake is van ongelijke prikkels voor de medisch specialisten en de ziekenhuizen, blijft het risico op nieuwe overschrijdingen bestaan. Het herijken van normtijden is geen snelle en daarmee geen toekomstbestendige oplossing. Het zal in de praktijk moeilijk zijn normtijden op het juiste niveau vast te stellen en vanwege het dynamisch karakter is het risico groot dat we zo achter de feiten blijven aanlopen. Door de verdeling van de omzetgrens decentraal bij de raad van bestuur te beleggen, verwacht ik dat honoraria beter zullen aansluiten bij de geleverde prestaties van specialisten.

Met de geschetste beheersmodellen hoop ik de uitgaven voor medisch specialisten beter te beheersen en zo mogelijk overschrijdingen te voorkomen doordat vooraf een grens is gesteld aan die uitgaven. Bij de vaststelling van de macro-overschrijding zal rekening gehouden moeten worden met de door de instellingen aan het Zvf afgedragen middelen, nadat de zorgautoriteit de hoogte van de af te dragen middelen per

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 127.

² Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 121.

instelling heeft bepaald. Doordat in het beheersmodel *vooraf* bekend is wat de toegestane omzetgrens is, is de reguleringszekerheid voor zowel instellingen als overheid groter.

Met een tariefkorting kan een overschrijding alleen *achteraf* geredresseerd worden als de overschrijding zich al heeft voorgedaan en deze al is vastgelegd. Dit kan bovendien alleen voor toekomstige jaren; van achteraf terughalen van inkomsten uit rechtsgeldig in rekening gebrachte tarieven kan geen sprake zijn¹. Als het beheersmodel niet wordt ingevoerd en zich een overschrijding voordoet dan kan deze overschrijding via tariefkortingen op zijn vroegst in het jaar t+2 worden geredresseerd.

De leden van de CDA-fractie vragen naar het gefaseerde tijdsbestedingonderzoek dat eens in de zoveel tijd alle dbc's en daarmee de dbc-tarieven herijkt en wat de relatie is tussen een dergelijk onderzoek en het loslaten van de normtijden. De tariefdeclaraties van dbc's bevatten een kosten- en een honorariumcomponent. Indien de declaraties wat betreft de honoraria boven de honorariumgrens uitgaan, wordt dit meerdere, nadat dat is vastgesteld door de zorgautoriteit, door de instelling afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds. De tarieven behorend bij de dbc's, bestaan uit een kosten- en honorariumcomponent. Zowel de tarieven als de kostencomponent moeten regelmatig worden aangepast. Ik ben voornemens om de honorariumcomponent per 2012 te herijken. Om te zorgen dat deze herijkte normtijden in 2012 ingevoerd kunnen worden, is de zorgautoriteit inmiddels bezig het onderzoek te starten. De zorgautoriteit heeft hierover inmiddels een consultatiedocument opgesteld en is daarover in overleg met het veld.

De CDA-fractieleiden vragen naar de voorstellen tot gezamenlijke afspraken tussen ziekenhuis en medisch specialisten en naar de gevolgen van die afspraken voor hun onderlinge verhouding.

Zoals in het onderhandelingsresultaat met de Orde en de NVZ is opgenomen kunnen onderlinge afspraken gemaakt worden over het vaste- en variabele deel. Het verdeelmodel moet leiden tot een gelijke beloning bij een gelijke werkbelasting. Voor het variabele deel kunnen afspraken gemaakt worden die betrekking op onder andere praktijkkosten, lokale speerpunten, kwaliteit, terugdringen niet noodzakelijke zorg, terugdringen praktijkvariatie, veiligheid, afspraken m.b.t. meer- en minderproductie, innovatie leidend tot margeverbetering, opleidingsactiviteiten en medisch leiderschap.

Voor de verantwoordelijkheidsverdeling tussen instellingsbestuur en de toegelaten medisch specialist geldt de verdeling zoals die in de Kwaliteitswet zorginstellingen en ook in de beoogde Wet cliëntenrechten zorg is vastgelegd. Het bestuur van de instelling is (eind)verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en ondersteuning die door of binnen het kader van de instelling wordt geleverd. Dat laat echter de eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional voor de kwaliteit van zorg die door hem wordt verleend aan patiënten of cliënten onverlet. Iedere medisch specialist is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die zij of hij verleent aan patiënten en moet daar ook naar handelen. De medisch specialist behoudt in zijn (behandel)relatie derhalve zijn professionele verantwoordelijkheid.

De leden van de CDA-fractie onderschrijven de opvatting dat het beheersmodel moet werken voor alle medisch specialisten bij ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's). In haar uitvoeringstoets van juni 2010² schrijft de zorgautoriteit dat bij ziekenhuizen het maximum voor een omzetgrens voor medisch specialisten bepaald kan worden aan de hand van historische gegevens die rekening houden met de inzet van ondersteunend personeel, terwijl bij zbc's – die veelal geen onder-

¹ Kamerstukken II 2009/2010, 32 123 XVI, nr. 9.

² Bijlage bij Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 127.

steunend personeel hebben – de maximumomzetgrens bepaald kan worden op basis van het aantal specialisten-fte's. Om geen ongewenste macrobudgettaire effecten te laten ontstaan door productieveverschuivingen moet de te hanteren methode recht doen aan de verschillen tussen instellingen. Daarbij valt te denken aan een methode gebaseerd op fte-productie met een productie(correctie)factor voor medisch specialisten met ondersteunend personeel. Door de productiefactor vast te stellen per instelling krijgt iedere instelling, ziekenhuis en zbc, wat hem toekomt. Om de fte-productie en de productiefactor vast te stellen zal de instelling gegevens moeten leveren aan de zorgautoriteit. Ook valt te denken aan een methode gebaseerd op historische omzet met een correctiemechanisme voor groei-instellingen (zoals zbc's). Ziekenhuizen en zbc's hebben met het oog op een goede vaststelling van de omzetgrens gegevens aangeleverd bij de zorgautoriteit. De zorgautoriteit zal mij hierover na analyse van deze gegevens nader adviseren.

De fractieleden van de SP pleiten voor de invoering van het loondienstprincipe voor specialisten en maximering van hun beloning op het salaris van de minister-president.

Mijn voorganger heeft in het voorjaar van 2010 een onderzoek uit laten voeren naar de verschillen in prikkels voor medisch specialisten in loondienst en vrije vestiging op het gebied van arbeidsproductiviteit, doelmatigheid, kwaliteit (en veiligheid) en naar de sturingsmogelijkheden van de raden van bestuur richting de medisch specialisten in beide situaties. Dat onderzoek is met die brief van 26 april 2010 toegezonden. SEO Economisch Onderzoek (SEO) heeft dit onderzoek uitgevoerd. In de resultaten van het onderzoek van SEO is geen bevestiging gevonden voor het pleidooi van de leden van de SP-fractie voor invoering van het loondienstprincipe, noch voor enige andere vorm waarin het beroep van medisch specialist kan worden uitgevoerd. Uit het onderzoek blijkt dat de wijze van beloning van specialisten verschillende financiële prikkels geeft. In de praktijk leiden deze verschillende financiële prikkels ertoe dat specialisten die per verrichting betaald krijgen, een hoger zorgvolume produceren dan specialisten in loondienst zonder enige vorm van prestatiegerelateerde beloning. Dit lijkt veroorzaakt te worden door een hogere output; er is in de literatuur geen aanknopingspunt gevonden dat de arbeidsproductiviteit per uur veel verschilt. Verschillen in kwaliteit van zorg en doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten heeft SEO niet kunnen aantonen. Wat betreft de sturingsmogelijkheden van de raad van bestuur in relatie tot de medisch specialist heeft SEO een aantal beleidsopties onderzocht, namelijk: alle specialisten in loondienst, een joint venture van specialisten en ziekenhuis, een maximumomzet voor alle specialisten, prestatiebeloning voor vakgroepen medisch specialisten in loondienst, integrale tarieven en resultaatverantwoordelijke eenheden. Van alle opties zijn voor- en nadelen in kaart gebracht. Ik leid uit het onderzoek van SEO af dat het verplicht in loondienst nemen van specialisten zonder prestatieprikkel op korte termijn tot volumebeperking kan leiden waardoor mogelijk wachtlijsten en onderbehandeling ontstaan. Wat betreft de keuze tussen loondienst en vrije vestiging geven specialisten en ziekenhuizen aan keuzevrijheid te prefereren. Mijn beleid is erop gericht de status quo te handhaven en ondernemerschap en loondienst als gelijkwaardige opties benaderen.

De SP-fractie vraagt ook naar de mogelijkheid van inkomensregulering. Zoals hiervoor en in de memorie van toelichting al aangegeven, biedt de WMG geen juridische grondslag voor het voeren van inkomenspolitiek. Wel kan ik op grond van de grond van de WMG bepalen in hoeverre inkomen als kostencomponent bij de berekening van tarieven voor

zorgprestaties wordt meegenomen. Voor het voeren van inkomensbeleid zal – indien dat is gewenst – separate wetgeving nodig zijn.

4. Wijzigen declaratieverkeer samenwerkende zorgaanbieders

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) in de zaak die de heer Craenen en de Orde hebben aangespannen tegen de zorgautoriteit, leidt tot een beter registratiesysteem. Het CBB heeft geoordeeld dat ondersteunende specialisten, zoals anesthesiologen, alleen *via* het ziekenhuis aan de patiënt of diens verzekeraar kunnen declareren indien ze zelf betrokken zijn geweest bij de zorglevering. Indien zij niet feitelijk betrokken zijn geweest kunnen ze niet *via* het ziekenhuis declareren maar wel *aan* het ziekenhuis. Deze uitspraak betreft dus slechts de wijze waarop de ondersteunend specialisten mogen declareren. De registratie van dbc's gebeurt door de poortspecialisten, niet door de ondersteunende specialist. De poortspecialist die de dbc opent en die de dbc sluit is per definitie bij de behandeling betrokken. Op zichzelf leidt deze uitspraak van het CBB dus niet tot een betrouwbaarder registratiesysteem.

De leden van PvdA-fractie vragen waarom de declaratiewijze niet als een automatisme in de wet wordt verankerd. Zij lijken ruimte te veronderstellen voor medisch specialisten om af te wijken. Gelet op het kaderwetkarakter en de werkingssfeer van de WMG is de keuze gemaakt de verplichting tot een bepaalde wijze van declaratieverkeer of een beperkte keuze tussen declaratiewijzen (AAN-of VIA de instelling) via regels van de zorgautoriteit te realiseren. De mogelijkheid aan de regel voorwaarden, voorschriften of beperkingen te verbinden maakt maatwerk mogelijk. Er zijn namelijk meer situaties denkbaar waarbij zorgaanbieders gezamenlijk een zorgprestatie leveren. Ik wil de mogelijkheid openhouden dat het declaratieverkeer dat wordt voorgeschreven past bij de situatie van die specifieke samenwerkende zorgaanbieders. Daarvoor is een uniform wettelijk automatisme ongeschikt. Op grond van het wetsvoorstel en de bij meegezonden nota van wijziging kan de zorgautoriteit, nadat ik de zorgautoriteit daartoe een aanwijzing heb gegeven, bijvoorbeeld in een regel vastleggen dat de medisch specialist uitsluitend tegenover de instelling waar hij werkzaam is, recht heeft op vergoeding voor zijn werkzaamheden met toepassing van het declaratierisico en een beheersmodel. Indien van deze bevoegdheid gebruik wordt gemaakt, is er geen ruimte voor de situatie waarin een medisch specialist werkzaam in een instelling toch recht heeft op een rechtstreekse vergoeding van de patiënt of zorgverzekeraar. Zoals bij de beschrijving van het nieuwe VIA-beheersmodel in hoofdstuk 3 van onderdeel A van deze nota is aangegeven wordt met de nota van wijziging die bij deze nota is gevoegd de mogelijkheden van het declaratieverkeer uitgebreid.

De vragen van de leden van de PVV-fractie en die van de CDA-fractie naar de gevolgen voor het fiscaal ondernemerschap van medisch specialisten zijn beantwoord in hoofdstuk 3 van onderdeel A van deze nota.

De zorgautoriteit krijgt de bevoegdheid om in incidentele gevallen aan een zorgaanbieder met aanmerkelijke marktmacht de verplichting op te leggen ruimte te laten voor andere zorgaanbieders. De leden van de CDA-fractie vragen aan de hand van voorbeelden uiteen te zetten wanneer hiervan sprake kan zijn en wat deze verplichting betekent voor de keuzevrijheid van de verzekerde.

Stel dat een maatschap van medisch specialisten alleen een exclusief levering/afneemcontract afsluit met een bepaald ziekenhuis en deze maatschap beschikt over aanmerkelijke marktmacht, dan zal het ziekenhuis moeten kiezen tussen het accepteren van dit exclusieve

contract of het weigeren daarvan. Bij het weigeren van het exclusieve contract bestaat, gelet op de marktmacht van de betreffend maatschap, de kans dat het ziekenhuis niet of onvoldoende in staat zal zijn om deze zorg te continueren. Dit heeft een negatief effect op de keuzevrijheid van verzekerden/patiënten. Anderzijds zou het sluiten van het exclusieve contract tot gevolg hebben dat het ziekenhuis niet langer buiten de maatschap om medisch specialisten kan toelaten tot het ziekenhuis. Het ziekenhuisbestuur wordt in dat geval ernstig belemmerd in zijn keuze voor medisch specialisten en daarmee de sturing van het ziekenhuis. Alleen de betreffende maatschap van medisch specialisten zelf, en niet langer het ziekenhuis, is dan in staat het aanbod en daarmee de zorglevering voor dat specifieke specialisme te reguleren. Ook dit kan negatieve effecten hebben op de keuzevrijheid van verzekerden/patiënten. Om die reden krijgt de zorgautoriteit de bevoegdheid om zorgaanbieders met aanmerkelijke marktmacht in dergelijke gevallen te kunnen verplichten om geen onredelijk hoge capaciteit overeen te komen.

In antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie of door de wetswijziging de discrepanties in honorering tussen de verschillende specialismen worden rechtgetrokken deel ik mee dat de wetswijziging niets regelt over de verschillen in hoogte van honorering. De door deze leden bedoelde verschillen worden echter wel op andere wijze beïnvloed. De fouten in het onderdeel ondersteunercompensatie bij de bepaling van de hoogte van dbc-tarieven die in 2008 en 2009 tot grote verschillen in honorering tussen ondersteunende specialisten en poortspecialisten hebben geleid, zijn per 1 januari 2010 gecorrigeerd. Hiertoe heeft DBC-Onderhoud destijds een onderzoek uitgevoerd. In 2010 en 2011 heeft de zorgautoriteit naar specialisme gedifferentieerde tariefkortingen doorgevoerd. Daardoor komt de korting daar terecht waar deze veroorzaakt is. Tot slot is de zorgautoriteit een onderzoek gestart om de honorariumtarieven te herijken.

In hoeverre nog andere discrepanties tussen de verschillende specialismen worden weggenomen is in het VIA-beheersmodel afhankelijk van de afspraken die gemaakt worden tussen de instelling en de vrijgevestigde medisch specialisten. Zoals in het onderhandelingsresultaat met de Orde en NVZ is opgenomen is hierbij gelijke beloning bij een gelijke werkbelasting en productiviteit het uitgangspunt.

Ook in het AAN-beheersmodel kan de instelling hierover afspraken maken met de medisch specialisten.

5. Afrekenen overdekking 2005–heden

De leden van de PvdA-fractie vinden met betrekking tot de afrekening van de overdekking van de afgelopen jaren dat te veel gedeclareerde en ontvangen bedragen toch nog achteraf aan de verzekeraars moeten worden terugbetaald. Zij vragen of de voorgestelde vereffeningsystematiek niet tot een ongelijk speelveld tussen zorginstellingen leidt.

De «te veel gedeclareerde bedragen» die er op dit moment zijn, hebben betrekking op het verschil tussen het FB van een instelling voor het A-segment en de opbrengst op basis van gedeclareerde dbc's in het A-segment. Een ziekenhuis dat in totaal meer declareert dan de hoogte van zijn FB, moet dit terugbetalen aan de verzekeraars die, indien dat achteraf na vaststelling daarvan door de zorgautoriteit blijkt, te veel hebben betaald. Het FB is in het A-segment immers nog de bepalende factor in het vaststellen op welk bedrag een ziekenhuis recht heeft. Dat FB wordt voor alle ziekenhuizen op grond van objectieve normen die zijn neergelegd in beleidsregels van de zorgautoriteit, door de zorgautoriteit vastgesteld. Ook de vaststelling van de overschrijding van dat FB en dus van de overdekking geschiedt op zulke objectieve gronden, evenals de terugbetaling aan de desbetreffende verzekeraars. Ziekenhuizen betalen

naar rato van de marktaandelen van de verzekeraars terug wat ze teveel hebben ontvangen. Het is aan de betrokken verzekeraar en instelling om te bezien hoe er wordt verrekend. De vereffeningssystematiek leidt op zich niet tot een ongelijk speelveld tussen ziekenhuizen.

Het instrument vereffeningbedrag wordt in de wet opgenomen als uitvloeisel van een afspraak tussen alle bij de vereffening betrokken partijen¹. Het systeem is zonder wettelijke basis alleen uitvoerbaar op grond van vrijwilligheid. In afwachting van onderhavig wetsvoorstel is de zorgautoriteit met de betrokken partijen met de uitvoering begonnen nadat ik haar daartoe (na de parlementaire voorhangprocedure) een daartoe strekkende aanwijzing heb gegeven de oorspronkelijke techniek om te verrekenen via de vaststelling van tarieven op te schorten voor degenen die op vrijwillige basis voor deze wijze van opbrengstverrekening kiezen. Oorspronkelijk was voorzien dat het instrument alleen voor de jaren 2005 en 2006 zou worden ingezet. Later bleek ook voor de jaren 2007 en later een vervolgaanwijzing noodzakelijk om de zorgautoriteit door te laten gaan met de uitvoering². Alle ziekenhuizen en verzekeraars hebben tot nu toe over al die jaren op vrijwillige basis voor deze mogelijkheid gekozen. Zouden ze dat niet hebben gedaan dan zou er een – voor de ziekenhuisadministratie – bijkans onuitvoerbare uitvoeringspraktijk zijn ontstaan, althans een praktijk die gepaard gaat met hoge uitvoeringslasten, omdat het ziekenhuis per ziektekostenverzekeraar voor dezelfde prestatie een verschillend tarief in rekening moet brengen. Het is op voorhand niet te zeggen hoe lang het instrument vereffeningbedrag gehandhaafd zal moeten blijven, waar de leden van de CDA-fractie naar vragen. Het instrument is in ieder geval nuttig en nodig zolang er een jaarlijkse opbrengstverrekening moet plaatsvinden. Dit is naar verwachting het geval bij categoriale en ggz-instellingen³ en zolang er sprake is van functiegerichte bekostiging in het A-segment in combinatie met financiering door middel van declarabele prestaties. Bij een eventuele beëindiging van de FB-systematiek zal de opbrengstverrekening over de FB-jaren nog doorgaan totdat er definitieve duidelijkheid is over de individuele budgetten van de instellingen en de te verrekenen opbrengsten.

6. Eerlijke kostentoe rekening en beschikbaarheidsbijdrage

De leden van de PvdA-fractie vragen welke partij verantwoordelijk is voor de vaststelling van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage. Ook vragen zij wanneer de hoogte van de bijdrage precies bekend is. De zorgautoriteit stelt de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor een individuele zorgaanbieder vast. Zij handelt daarbij conform haar beleidsregels betreffende de vaststelling van een beschikbaarheidsbijdrage. In beginsel wordt de beschikbaarheidsbijdrage als een aanvullende bekostiging gezien. Ik kom daar later in deze paragraaf nog op terug.

Het instrument beschikbaarheidsbijdrage mag niet lichtvaardig worden gehanteerd. Het is niet de bedoeling dat zorgaanbieders of verzekeraars het instrument als afwentelingmogelijkheid van kosten of risico's gebruiken. Daarom (en wegens Europeesrechtelijke argumenten waarop ik nog terugkom) is in het wetsvoorstel geregeld dat eerst activiteiten en voorzieningen worden aangewezen die voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking komen, in welke vorm de zorgautoriteit de beschikbaarheidsbijdrage kan verlenen en dat de zorgautoriteit het instrument alleen mag hanteren nadat zij daartoe een aanwijzing heeft gekregen van de minister van VWS. Pas na die opdracht kan de zorgautoriteit de desbetreffende beleidsregels vaststellen. Kort gezegd is de verantwoordelijkheidsverdeling aldus: de minister bepaalt – via de bij een aanwijzing horende voorhangprocedure in samenspraak met het parlement – de keuzes voor

¹ NVZ, Orde, NFU, ZN, CVZ, Suo, Zorgautoriteit, VWS.

² Kamerstukken II 2008/2009, 29 248, nr. 78; Stcrt. 2009, 9643.

³ Voor categoriale en ggz-instellingen moet de voorhang- en aanwijzingsprocedure nog worden gestart.

de activiteiten en voorzieningen waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage kan worden gevraagd. De zorgautoriteit stelt daarop beleidsregels vast en voert die uit.

De PvdA-fractieleden vragen uiteen te zetten welke opties er zijn als de beschikbaarheidsbijdrage op basis van Europese regelgeving (artikel 88 EG) wordt verboden en wat de verwachting is over de uitspraak van het Europese Hof.

Ingevolge artikel 108, derde lid, van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie (VWEU) heeft de Europese Commissie, nadat zij hiervan door de lidstaat op de hoogte is gebracht, de taak om voorgenomen steunregelingen te onderzoeken. Wanneer zij tot de conclusie komt dat de voorgenomen steunmaatregel niet verenigbaar is met de interne markt, besluit zij dat de betrokken lidstaat de steunmaatregel niet kan uitvoeren en deze moet opheffen of wijzigen (art. 108, tweede lid, VWEU).

In casu gaat het om de toepassing van het instrument beschikbaarheidsbijdrage voor de bekostiging van daarbij specifiek aangegeven activiteiten en voorzieningen. Het instrument beschikbaarheidsbijdrage is op dit moment nog slechts vervat in het voorstel van wet. De keuze welke activiteiten eventueel voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking kunnen komen moet nog worden uitgewerkt. Daarbij zal ik mij in eerste instantie beperken tot de toetsing van de voorbeelden die zijn opgenomen in de memorie van toelichting.

In de amvb worden de vormen van zorg aangewezen ten behoeve waarvan eventueel een beschikbaarheidsbijdrage kán worden vastgesteld. De minister heeft de bevoegdheid om te bepalen in welke vorm de beschikbaarheidsbijdrage door de zorgautoriteit wordt verleend. Daarbij dient gedacht te worden aan de verschillende Europese uitzonderingen op de in beginsel verboden staatssteun voor ondernemingen in de interne markt. Bijvoorbeeld de-minimissteun¹, algemene groepsvrijstelling², diensten van algemeen economisch belang³ en diensten van algemeen belang⁴. De zorgautoriteit kan in haar rol van marktmeester zorgaanbieders belasten met een dienst van algemeen economisch belang dan wel een dienst van economisch belang. De minister kan aan de bevoegdheidstoedeling aan de zorgautoriteit in beide gevallen voorwaarden, voorschriften en beperkingen verbinden. In gevallen waarin de continuïteit van zorguitdrukkelijk in het geding is kan de minister aan het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage de voorwaarde verbinden dat hij met die verlening heeft ingestemd. Tegenover die belasting staat dat de belaste zorgaanbieder een beschikbaarheidsbijdrage kan aanvragen voor de instandhouding van de dienst.

Criteria om in aanmerking te kunnen komen voor een eventuele beschikbaarheidsbijdrage zijn de volgende Altmark-criteria⁵, waarvan in ieder geval de eerste drie cumulatief zijn, waarvan in ieder geval de eerste drie cumulatief zijn:

- De zorgaanbieder waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage wordt vastgesteld moet daadwerkelijk belast zijn met de activiteit of voorziening als genoemd in de AMvB en die activiteit of voorziening moet duidelijk zijn afgebakend.
- De parameters op basis waarvan de zorgautoriteit de bijdrage berekent, zijn vooraf op objectieve en doorzichtige wijze vastgesteld.
- De bijdrage die de zorgautoriteit vaststelt mag niet hoger zijn dan nodig is om de kosten van de uitvoering te dekken, rekening houdend met de opbrengsten en met een redelijk rendement vanwege die activiteit of voorziening.
- Wanneer de met de uitvoering van de activiteit of voorziening belaste zorgaanbieder in een concreet geval niet wordt gekozen in het kader

¹ De-minimissteun als bedoeld in Verordening (EG) nr. 1998/2006 van de Commissie van 15 december 2006 betreffende de toepassing van de artikelen 87 en 88 van het Verdrag op de-minimissteun (PbEU L 379).

² Individuele steun als bedoeld in Verordening (EG) nr. 800/2008 van de Commissie van 6 augustus 2008 waarbij bepaalde categorieën steun op grond van de artikelen 87 en 88 van het Verdrag met de gemeenschappelijke markt verenigbaar worden verklaard («de algemene groepsvrijstellingsverordening») (PbEU L 214) niet zijnde ad-hoc steun.

³ Individuele steun als bedoeld in Verordening (EG) nr. 800/2008 van de Commissie van 6 augustus 2008 waarbij bepaalde categorieën steun op grond van de artikelen 87 en 88 van het Verdrag met de gemeenschappelijke markt verenigbaar worden verklaard («de algemene groepsvrijstellingsverordening») (PbEU L 214) niet zijnde ad-hoc steun.

⁴ Compensatie voor niet-economische diensten van algemeen belang als bedoeld in Protocol nr. 26, betreffende de diensten van algemeen belang, bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

⁵ Afgeleid van de handreiking Diensten van Algemeen Economisch Belang en Staatssteun van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, www.europadecentraal.nl

van een openbare aanbesteding, wordt de noodzakelijke bijdrage vastgesteld op basis van de kosten die een gemiddelde, goed beheerde onderneming zou hebben gemaakt om deze activiteit of voorziening uit te voeren.

Wanneer in een concreet geval aan al deze voorwaarden is voldaan, is de verwachting dat de beschikbaarheidsbijdrage geen staatssteun is in de zin van artikel 107 VWEU. Wanneer alleen aan de eerste drie criteria is voldaan, kan deze in bepaalde gevallen als verenigbaar met de interne markt worden beschouwd. In het geval dat de steunmaatregel aangepast moet worden, kan in samenspraak met de Europese Commissie worden besproken wat aan het instrument dan wel de toepassing daarvan aangepast moet worden.

De leden van de CDA-fractie zijn het eens met de regering dat de beschikbaarheidsbijdrage in voorkomende gevallen een gepast en noodzakelijk instrument is. Zij vragen wat het criterium inhoudt van vormen van zorg waarbij het toerekenen naar tarieven alle met de prestatie gemoeide kosten naar voor die prestatie in rekening te brengen kosten zou leiden tot tarieven die de marktverhoudingen verstoren. Ook vragen zij hoe de bijdrage wordt vastgesteld.

Soms kunnen de kosten van een bepaalde zorgfunctie in theorie wel worden verwerkt in dbc-tarieven, maar zou dat een marktverstorende werking hebben ten opzichte van andere aanbieders die dergelijke kosten niet hebben. Dat maakt de eerste zorgaanbieder onaantrekkelijk voor afspraken met verzekeraars. In dat geval kan een beschikbaarheidsbijdrage noodzakelijk zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om de beschikbaarheid van spoedeisende hulp in een landelijk gebied. Omdat in rurale gebieden relatief weinig gebruik wordt gemaakt van spoedeisende hulp (en de SEH van een ziekenhuis in rurale gebieden dus relatief weinig dbc-opbrengsten «genereert») werken de beschikbaarheidskosten van de spoedeisende hulp bij zo'n ziekenhuis relatief zwaar door in de tarieven van reguliere dbc's (in het geval dat de beschikbaarheidskosten volledig in de dbc-tarieven zouden moeten worden doorberekend). Het in rekening brengen van kostendekkende tarieven zou dan marktverstorend werken. Het is dan immers niet meer mogelijk om de prestaties van zorgaanbieders ten aanzien van kwaliteit en prijs te vergelijken, waardoor de markt haar werk niet kan doen.

Bij het voorbeeld kan worden gedacht aan een zorgaanbieder die een bijzondere taak of functie uitoefent en daarnaast nog zorg verleent die andere zorgaanbieders ook verlenen. Zouden de kosten van de bijzondere functie niet gedekt kunnen worden uit de reguliere tariefopbrengst dan zouden de kosten moeten worden versleuteld in de tarieven van de andere zorgproducten. Die zorgproducten zouden dan zo onaantrekkelijk kunnen worden dat er geen of onvoldoende afnemers zijn. In dat geval prijst de zorgaanbieder zich uit de markt. Een concreet voorbeeld valt, gelet op de huidige verspreiding van zorgaanbieders, niet te geven.

De exacte bijdrage zal door de zorgautoriteit op basis van beleidsregels worden vastgesteld (zie ook antwoord op de vraag van de leden PvdA-fractie aan het begin van deze paragraaf). Om de hoogte en de wijze van bijdrage vast te stellen is nader inzicht nodig in de kosten en opbrengsten van de verschillende functies die geheel of deels in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Zoals de leden van de CDA-fractie wilden weten zal de zorgautoriteit hiertoe nog een kostenonderzoek uitvoeren, zodat niet een al te royale bijdrage de marktverhoudingen zal verstoren.

De functies die in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage, waarnaar de leden van de CDA-fractie vragen, dienen te voldoen aan de algemene uitgangspunten en criteria die in het wetsvoorstel, de memorie van toelichting en in onderhavige nota zijn aangegeven. De activiteiten en voorzieningen die in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage worden bij amvb aangewezen, evenals in welke vorm de zorgautoriteit deze bijdrage verstrekt. De aard van de lijst en de voorafgaande toetsing bij de amvb heb ik hiervoor toegelicht.

Met betrekking tot de bijdrage die thans in de functiegerichte budgetten is verwerkt ten behoeve van de instandhouding van kleine perifere ziekenhuizen zal bij de eventuele afschaffing van de functiegerichte budgettering nader worden besloten.

Het aanbod van spoedeisende hulp wil ik alleen voor (gedeeltelijke) bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking laten komen als dat concrete aanbod noodzakelijk is om aan de 45-minutennorm te voldoen. Indien dat het geval is, kan de betreffende aanbieder van dat aanbod (bijvoorbeeld een klein, perifeer ziekenhuis) voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking komen, maar alleen als hij onvoldoende omzet genereert om de spoedeisende eerste hulpfunctie redelijkerwijs kostendekkend in stand te houden.

De leden van de CDA-fractie vragen een toelichting op het voorstel om spoedeisende eerste hulp, traumazorg en brandwondenzorg deels via een beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen. Zij vragen wat hierbij onder declarabele zorgprestaties prestaties valt en wat via de beschikbaarheidsbijdrage wordt bekostigd en hoe dat wordt bepaald.

De betreffende functies bestaan voor een belangrijk deel uit declarabele zorgprestaties. Voor het deel van de functie dat niet of onvoldoende uit dbc-opbrengsten kan worden gedekt, wordt een beschikbaarheidsbijdrage vastgesteld. De zorgautoriteit zal op basis van nader kostenonderzoek voor elk van de genoemde functies een normatief model ontwikkelen waarmee de hoogte van de bijdrage kan worden vastgesteld. De zorgaanbieder zal bij de zorgautoriteit moeten aantonen dat de desbetreffende functie een beschikbaarheidsbijdrage nodig heeft om de noodzakelijke zorg te kunnen blijven aanbieden. De zorgautoriteit beslist over toekenning na toetsing aan de beleidsregel.

De leden van de CDA-fractie gaan ervan uit dat de algemene maatregel van bestuur betreffende de beschikbaarheidsbijdrage wordt voorgehangen op grond van artikel 8 van de WMG. Zoals hiervoor al is aangegeven leidt het opnemen van een activiteit of voorziening in de amvb en in welke vorm de zorgautoriteit die bijdrage kan verstrekken niet direct tot de mogelijkheid daarvoor een beschikbaarheidsbijdrage bij de zorgautoriteit aan te vragen. Die cruciale beslissing zit in de aanwijzing die ik daartoe aan de zorgautoriteit geef. Zoals ik aan het begin van deze paragraaf heb aangegeven wordt de zakelijke inhoud van die aanwijzing bij het parlement voorgehangen. Op dat moment is ook duidelijk hoe ik daarbij concreet invulling wil geven aan het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage, zoals onder andere de hoogte van de bijdrage.

De uitgangspunten die gehanteerd zullen worden bij het vaststellen van de beschikbaarheidsbijdrage heb ik in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel en hiervoor geschetst. De leden van de SP-fractie hebben gevraagd naar het actief bevorderen van kleinschaligheid. Mijn beleid is erop gericht bereikbaarheid én kwaliteit van acute zorg te garanderen. In landelijke gebieden waar veelal kleine ziekenhuizen staan, treedt vaker een spanningsveld op tussen bereikbaarheid en kwaliteit. Deze gebieden zijn kwetsbaar en het is van belang dat de acute zorgketen hier doelmatig is ingericht. Hiermee bedoel ik dat de bereikbaarheid, de kwaliteit en de financiële maatregelen passend zijn. Zo nodig zou in

dergelijke gevallen het instrument beschikbaarheidsbijdrage een rol kunnen spelen.

De leden van de SP-fractie vragen wat het concreet betekent dat geen gegevensuitwisseling meer nodig is tussen de minister en de zorgautoriteit over de beoordeling van individuele gevallen en wat instemmen met de geschetste systematiek betekent voor de mate van invloed van het kabinet of de Kamer ten opzichte van de huidige situatie.

Ter voorkoming van misverstanden merk ik op dat de minister ook thans geen gegevens krijgt of zich bemoeit met de tariefaanvragen van individuele zorgaanbieders en/of ziektekostenverzekeraars. Dat is expliciet in de wet vastgelegd om iedere politieke beïnvloeding van de minister bij het beoordelen van tariefaanvragen uit te sluiten. Aldus wordt voorkomen dat de mogelijkheid bestaat dat de suggestie van bevoordeling wordt gewekt. Aanwijzingen aan de zorgautoriteit mogen dan ook nooit betrekking hebben op individuele patiënten, verzekerden, zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars.

Zou de expliciete toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage worden uitgevoerd door de minister dan zou hij belast worden met individuele gevalsbehandeling, wat in strijd is met bovenbeschreven wettelijk vastgelegde uitgangspunt. Bovendien zou de minister dan, vanwege het aanvullende bekostigingskarakter van de beschikbaarheidsbijdrage, over alle financiële informatie moeten beschikken en moeten afstemmen met de zorgautoriteit die gaat over de primaire bekostiging via tarieven of budgetten. Anders wordt mogelijk dubbel bekostigd. Door te kiezen voor het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage bij de zorgautoriteit in plaats van in de vorm van een premiesubsidie door de minister ligt de uitvoering in individuele gevallen volledig bij de zorgautoriteit. Hierdoor is het overbodig om informatie over individuele gevallen met de minister uit te wisselen en blijft het principiële uitgangspunt en de waarborg dat de minister niet gaat over individuele gevallen gehandhaafd.

De geschetste systematiek heeft daarom geen gevolgen voor de mate van invloed van het kabinet en de Kamer in vergelijking met de huidige situatie. De systematiek die hier gehanteerd wordt, is namelijk in overeenstemming met de huidige rolverdeling in de WMG. De trias politica manifesteert zich bij de WMG aldus.

De minister bepaalt, in samenspraak met het parlement, het beleid en de zorgautoriteit is binnen de gestelde kaders verantwoordelijk voor de uitwerking van dat beleid en voor de concrete toepassing in individuele gevallen. De toepassing in concrete gevallen is geheel aan de zorgautoriteit. De rechter toetst op eventueel verzoek van de betrokken partij of het individuele besluit van de zorgautoriteit door de beugel kan. De politiek (de minister, al dan niet in samenspraak met het parlement) beoordeelt de algemene uitwerking die de zorgautoriteit aan het beleid geeft.

7. Instrument begrenzing

De PvdA-fractie geeft aan dat de huidige bekostiging van de medisch specialisten op basis van normtijden en uurtarief wordt gekenmerkt door grote inkomensverschillen tussen medisch specialisten onderling zonder dat hiervoor een goede legitimering aanwezig is en vraagt hoe in het nieuwe systeem gewaarborgd wordt dat deze verschillen afnemen. Voor het antwoord hierop verwijs ik naar mijn antwoord aan het slot van paragraaf B.4 van deze nota op een soortgelijke vraag van de CDA-fractie.

Het kabinet is met de NVZ van mening dat het verstandig is op termijn per 2015 te komen tot integrale zorgproducten zonder aparte componenten voor bijvoorbeeld honoraria, zodat van normtijden of uurtarief voor

medisch specialisten niet langer sprake zal zijn. Dit in reactie op de vraag van de PvdA-fractie hierover.

De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer de zorgautoriteit het beheersmodel voor de medisch specialisten precies heeft uitgewerkt, wat de juridische houdbaarheid van het model is en hoe de regering ervoor zorgt dat mogelijke overschrijdingen van de inkomstenbegrenzing door individuele zbc's nog in hetzelfde boekjaar kunnen worden geredresseerd.

Op 25 juni 2010 heeft de zorgautoriteit mijn voorganger de uitvoerings- toets over het beheersmodel medisch specialisten toegezonden. Deze uitvoeringstoets is u 30 juni 2010 samen met een eerste reactie toege- zonden¹. Oordeel van de zorgautoriteit is dat het technisch en juridisch mogelijk is om de zbc's onder het AAN-beheersmodel te brengen. Ten behoeve van de wijze van vaststelling van de omzetgrens heeft de zorgautoriteit twee modaliteiten geïdentificeerd. Eén op basis van historische omzet en één op basis van fte's. In paragraaf B.3 van deze nota heb ik naar aanleiding van een vraag van de CDA-fractie een derde en vierde variant opgeworpen die zowel voor ziekenhuizen als voor zbc's kan worden toegepast. In de ongeveer gelijktijdig met deze nota te verzenden brief over de nadere uitwerking van het beheersmodel medisch specia- listen en de in dat kader uitgebrachte uitvoeringstoets van de zorgauto- riteit ga ik verder in op de keuze voor een model².

De door de leden van de PvdA-fractie gevraagde redressering door zbc's in hetzelfde boekjaar is alleen mogelijk wanneer vooraf een harde grens wordt gesteld die voor de zbc's kenbaar, voorzienbaar en corrigeerbaar is. Dan kunnen de zbc's zelf zorgen door hun tarieven bij te stellen dat zij binnen de gestelde grens binnen het boekjaar niet overschrijden.

De leden van de CDA-fractie merken op aan dat de zorgautoriteit bevoegd wordt een algemeen geldende regel te stellen voor alle zorgaanbieders of een aanwijzing te geven aan een individuele zorgaanbieder bij een eventuele overschrijding van de vastgestelde grens. Zij vragen of het kan gebeuren dat een individuele zorgaanbieder via een generieke maatregel mee betaalt aan de overschrijding bij een andere zorgaanbieder. Ook vragen zij wanneer een overschrijding verwijtbaar is, waaruit de boete bestaat en wie deze oplegt.

Ten algemene zij vastgesteld dat in de rechtspraak wordt erkend dat de overheid in hoge mate vrij is om keuzes te maken bij maatregelen van regelgevende aard die op grond van financieel-economische overwe- gingen ertoe strekken de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. Zie daartoe de uitspraak van het Hof Den Haag in paragraaf A.1.2. Indien door gezamenlijke zorgaanbieders het beschikbare macrobudget wordt overschreden of wanneer het macrobudget om een reden wordt verlaagd, wordt deze verlaging bij de berekening van de grens voor alle individuele instellingen meegenomen.

De zorgautoriteit kan een zorgaanbieder een grens opleggen onder daarbij te bepalen voorschriften en beperkingen. De overschrijding van de grens door een zorgaanbieder kan op twee manieren worden afgehandeld. Ten eerste op administratieve wijze, ten tweede via uitdrukkelijke handhaving- instrumenten. De zorgautoriteit kan de administratieve weg volgen door in een algemeen geldende regel op basis van artikel 37 van de WMG te bepalen dat zorgaanbieders die hun *individuele grens* overschrijden het meerdere afdragen aan het Zvf. Daarbij kan de zorgautoriteit onder andere voorschrijven op welke wijze en onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften en beperkingen dat moet gebeuren.

Een verdere invulling kan zijn dat de zorgautoriteit aan de hand van door de instelling te verstrekken informatie zelf beoordeelt of de grens is

¹ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 127.

² Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 117 en 127.

overschreden. Na de beoordeling kan de zorgautoriteit een individuele aanbieder een aanwijzing geven een bedrag tot ten hoogste de overschrijding van de grens af te dragen aan het Zvf. Een dergelijke toetsing zou nodig kunnen zijn als de grens geen vaste nominale grens is, maar meebeweegt met de productie of aan de andere kant afhankelijk is van externe factoren. Onder dergelijke omstandigheden is voor de instelling niet zonder meer direct te zien wanneer de grens is bereikt en is de administratieve wijze van handhaven van de grens aangewezen. Een andere benadering kan worden gekozen wanneer de overschrijding aan de instelling kan worden verweten. Die verwijtbaarheid kan alleen optreden wanneer de instelling zonder meer kan herkennen wanneer de grens dreigt te worden overschreden en de mogelijkheid heeft tijdig maatregelen te treffen die de overschrijding voorkomen. De zorgautoriteit zal dus voordat zij sancties treft moeten onderzoeken of er sprake is schulditsluitingsgronden of rechtvaardigingsgronden. Zijn die er niet, dan kan de zorgautoriteit sancties treffen.

Het overschrijden van de individuele grens is conform de gangbare WMG-systematiek verboden op grond van artikel 35 van de WMG. Ter handhaving van artikel 35 kan de zorgautoriteit een individuele zorgaanbieder een bestuurlijke aanwijzing geven een bedrag tot ten hoogste de overschrijding af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds of een last onder dwangsom op te leggen. De zorgautoriteit kan een individuele zorgaanbieder die de grens welbewust en met opzet overschrijdt op grond van artikel 85, eerste lid, juncto artikel 35, zesde lid, van de WMG een boete kan opleggen. Deze boete bedraagt op grond van artikel 85, tweede lid, ten hoogste € 500 000 of, indien dat meer is, tien procent van de omzet van de onderneming in Nederland.

Voor de uitvoering van het beheersmodel medisch specialisten lijkt echter in beginsel de administratieve afhandeling aangewezen.

De leden van de CDA-fractie vragen of elk jaar vooraf een grens zal worden gesteld om te voorkomen dat voor de desbetreffende vorm van zorg het macrobudget niet wordt overschreden, en op grond van welke aanleiding dit zal gebeuren. Kunnen de systeemprikkels nog optimaal werken wanneer voor een bepaalde vorm van zorg al een aanwijzing is gegeven voor toepassing van het macrobudgettaire compensatie-instrumentarium, zo willen zij weten.

De minister is vrij om al dan niet te besluiten tot het vooraf definiëren van een macrobudgettaire grens en te besluiten tot toepassing van het WMG-instrument begrenzing als macrobeheersinstrument. Wanneer in jaar t voor jaar t+1 een grens wordt gesteld op basis waarvan het macro-compensatie-instrumentarium kan worden ingezet, blijven systeemprikkels en dynamiek in de sector bestaan. Er wordt immers niet vooraf op instellingsniveau gebudgetteerd. Instellingen zijn vrij naar eigen goeddunken en kunnen produceren. De groei van de ene instelling kan ten koste gaan van de groei van de andere instelling. Op die manier blijft de dynamiek gehandhaafd. De minister bepaalt of er sprake is van macro-meeromzet en het is de minister die bepaalt of en zo ja hoeveel er macro afgedragen moet worden. De zorgautoriteit moet dan op basis van de vooraf aangekondigde methodiek de desbetreffende instelling opdragen wat zij moeten afdragen. Volgens welke methodiek het bedrag voor iedere instelling wordt vastgesteld wordt vooraf nader bepaald. Het parlement wordt daarbij betrokken via de WMG aanwijzingsprocedure.

Op het terrein van de verzekeraars liggen de prikkels in het systeem in de relatieve verschillen tussen verzekeraars. Een verzekeraar die efficiënter zorg inkoopt dan zijn concurrent heeft een financieel voordeel. Ervan uitgaande dat verzekeraars steeds zullen proberen zorg efficiënter in te kopen om hun concurrenten voor te blijven, zal er dus een systeem van kostenbeheersing ontstaan. Bij een macrobudgettaire beheersingsin-

strument dat zich richt op het zorgaanbod blijven dergelijke relatieve verschillen in stand. Ook binnen de vastgestelde totale financiële ruimte blijven verzekeraars een prikkel houden om relatieve voordelen te boeken ten opzichte van de concurrenten. Voor het overige is het antwoord op deze vraag afhankelijk van de exacte vormgeving van het compensatie-instrument. Het parlement is daar via de voorhangprocedure bij betrokken.

8. Europeesrechtelijke aspecten

De leden van de SP-fractie vragen op welke informatie de regering haar stelling baseert dat goede ervaringen met het B-segment hebben geleid tot uitbreidingen in 2007 en 2008.

In het regeerakkoord van 2007 is afgesproken dat verdere stappen met vrije prijsvorming in de planbare zorg alleen mogelijk zijn na zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid. In het regeerakkoord staat ook dat de zorgautoriteit bij de beoordeling hiervan een belangrijke rol kan spelen. De informatie waarop de uitbreidingen van het B-segment in 2007 en 2008 zijn gebaseerd is afkomstig uit de jaarlijkse monitors ziekenhuiszorg van de zorgautoriteit. De laatste monitor van de Zorgautoriteit heb ik op 2 februari 2011 aan de Tweede Kamer aangeboden¹. In 2010 hebben de prijzen in het B-segment zich gematigd ontwikkeld. Er is voor alle tranches sprake van een reële (voor inflatie gecorrigeerde) prijsdaling van ongeveer 3%. In de afgelopen jaren kwam uit deze monitors een overwegend positief beeld naar voren van de ontwikkelingen in het B-segment op het terrein van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. De conclusies van de zorgautoriteit werden ondersteund door bevindingen bij diverse onderzoeken over de kwaliteit en innovatie bij uitbreiding van het B-segment (onder andere het onderzoek «Doorpakken!» van Deloitte en het onderzoek «Belangrijkste ontwikkelingen in het B-segment» van Gupta).

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel I, onderdeel J

De CDA-fractieleiden vragen op grond waarvan de zorgautoriteit de keuze voor de ene dan wel de andere soort grens voor bepaalde vormen van zorg maakt.

Deze keuze is aan de minister van VWS en niet aan de zorgautoriteit en zal van geval tot geval worden gezien en via een voorhangprocedure aan het parlement worden voorgelegd. De zorgautoriteit kan geen grens vastleggen zonder voorafgaande aanwijzing van de minister (zie het nieuwe art. 59, sub c). Of gekozen wordt voor een vaste grens, onder- of bovengrens dan wel een bandbreedte hangt af van het doel waarvoor het begrenzingsinstrument wordt ingezet. Indien het bijvoorbeeld de bedoeling is om te zorgen voor macrobudgettaire beheersing ligt het voor de hand in elk geval een bovengrens op te leggen. Het begrenzingsinstrument kan ook worden ingezet als transitie-instrument. Bij een overstap van het ene naar het andere bekostigingssysteem of de overgang naar een ander systeem van product- en prestatiebeschrijvingen kan het noodzakelijk zijn om al te abrupte financiële gevolgen van die overgang voor zorgaanbieders te ondervangen. In dat geval kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een bandbreedtegrens om een geleidelijke afbouw dan wel toegroei naar de nieuwe situatie mogelijk te maken. Een bovengrens kan hierbij achterwege blijven indien in de transitiefase alleen wordt beoogd de zorgaanbieders een bepaald minimum aan inkomsten te garanderen waardoor bepaalde vaste kosten kunnen worden gedekt.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 167.

Het instrument begrenzing kan alleen effectief en eerlijk werken op grond van een realistische raming en verdeling van macrobudgettaire beschikbare middelen. De leden van de CDA-fractie vragen of een dergelijke raming ook steeds plaatsvindt voordat de minister van VWS in de begrotingswet van het jaar t+1 het begrenzinginstrument aankondigt voor een bepaalde vorm van zorg.

Voordat het begrenzinginstrument als macrobeheersinginstrument wordt ingezet moet er sprake zijn van een reële raming. In de stukken met betrekking tot de premiegefinancierde zorg van VWS staat welke budgettaire ruimte voor verschillende sectoren beschikbaar is. In sommige gevallen zijn sectoren geaggregeerd. De beschikbare ruimte die in het BKZ is opgenomen, betreft de door middel van premieheffing op te brengen middelen die door het kabinet voor die sector aanvaardbaar worden geacht. Deze middelen zijn doorgaans gebaseerd op realisaties uit het verleden. De standen kunnen gewijzigd zijn als gevolg van ombuigingsmaatregelen (bijvoorbeeld tariefkortingen) en intensiveringen. Daarnaast wordt doorgaans gecorrigeerd voor indexatie en beschikbare groei. Periodiek worden ramingen als gevolg van nieuwe inzichten aangepast.

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