

31 765 Kwaliteit van zorg

Nr. 869 Verslag van een schriftelijk overleg Vastgesteld 20 september 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 14 maart 2024 over de rapporten transformatie passende zorg medisch specialistische bedrijven (Kamerstuk 31 765, nr. 844).

De vragen en opmerkingen zijn op 22 april 2024 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 20 september 2024 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Eerdmans

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie.

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de rapporten over passende zorg in relatie tot medisch specialistische bedrijven en heeft hierover nog enkele vragen. De minister schrijft in haar brief dat regelgeving wordt voorbereid om alle medisch specialisten te verplichten tot loondienst, indien zij onvoldoende verbetering laten zien. En dat een verplichting tot dienstverband ingrijpende gevolgen heeft en dat de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit niet is aangetoond. Hoe gaat de minister dit aantonen? Wat zijn de gevolgen van de maatregelen voor de zorg en voor zorgprofessionals?

Het Gupta-rapport geeft aan dat de verwachte effectiviteit van de maatregel van het verplicht in loondienst brengen van medisch specialisten op het bereiken van passende zorg beperkt is: 'De consequenties zijn groot, terwijl het verwachte effect niet zo groot is.' Is de minister het eens met deze stelling? In hoeverre schat de minister in dat de maatregel verplicht loondienst op basis van het Gupta-rapport proportioneel en effectief en uiteindelijk juridisch standhoudt?

In de monitor van de NZa wordt meer gewicht toegekend aan de antwoorden van de ziekenhuizen dan aan die van de medisch specialistisch bedrijven (msb's), zonder dat verdiepend onderzoek heeft plaatsgevonden op de verschillen in antwoorden tussen raden van bestuur en msb's. Het verbeterpotentieel wordt in de monitor met name gebaseerd op de antwoorden van de raden van bestuur. Hoe gaat de NZa op basis hiervan monitoren of het verbeterpotentieel wordt gehaald? Is dat geen subjectieve weergave van de werkelijkheid?

Het Gupta-rapport geeft tevens aan dat medisch specialisten de maatregel verplicht dienstverband kunnen ontlopen door uit het vak te stappen, naar het buitenland vertrekken of een zelfstandige kliniek te starten. Hoe reflecteert de minister op dergelijke ongewenste gevolgen en gaat de minister deze effecten nader onderzoeken?

De minister zegt maximale inzet van ziekenhuisbesturen en medisch specialisten te verwachten om de IZA-doelstellingen te behalen. In de brief gaat de minister in op de verwachtingen die zij van de medisch specialisten heeft. Wat verwacht de minister in dit kader van de raden van bestuur van ziekenhuizen om de IZA-doelstellingen te realiseren? Welke rol hebben zorgverzekeraars en de raden van bestuur in de realisatie van passende zorg? En welke effecten hebben de financiële afspraken die zij maken op de werkwijze van medisch specialisten?

De leden van de PVV-fractie vragen verder wat dit doet met het moreel en de drijfveren van de medisch specialisten. Gupta concludeert namelijk dat het overkoepelende doel van passende zorg zowel voor medisch specialisten in loondienst als voor msb's bedreigend is omdat het effect

heeft op verschillende drijfveren om als medisch specialist te willen werken. Zorgprofessionals hebben juist ook nu in tijden van transformatie behoefte aan vertrouwen en ondersteuning. Houdt de minister hier voldoende rekening mee? Houdt de minister rekening met het feit dat er door deze transformatie medisch specialisten de zorg kunnen gaan verlaten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de drie rapporten over de transformatie naar passende zorg van medisch specialistische bedrijven (msb's). Over de onderzoeken hebben de leden van voornoemde fractie nog enkele vragen. De monitor van de NZa is zeer kritisch over de Medisch Specialistische Bedrijven (msb's). De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen in die monitor dat de NZa zich afvraagt of het überhaupt mogelijk is om de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) te behalen als msb's naast ziekenhuisbesturen blijven bestaan. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de minister wel dit punt benoemd in haar brief, maar daar verder niet op ingaat. Kan de minister toelichten hoe zij verwacht passende zorg te kunnen bereiken in de ziekenhuizen met msb's en hoe de besparingen uit het IZA behaald zullen worden. Over de monitor zelf hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie ook nog een aantal vragen. De NZa trekt een aantal harde conclusies, namelijk dat:

1. een kwart van de ziekenhuisbestuurders weinig of geen vertrouwen heeft in de samenwerking met de msb's
2. ruim de helft van de ziekenhuizen de msb's een gemiddeld tot hoog risico vormen voor de bestuurbaarheid
3. 30% van de ziekenhuizen geen gezamenlijke meerjarenstrategie heeft vast gelegd
4. 35% van de msb's geen oog hebben voor het ziekenhuisbelang of algemeen belang
5. 48% van de ziekenhuizen vindt dat msb's matig tot onvoldoende transparant zijn
6. 29% van de ziekenhuizen nog met meerdere msb's moeten samenwerken
7. 18% van de msb's financiële afspraken hebben met sterke Productieprikkels

Kan de minister op elk van deze punten reageren met een vergelijking met ziekenhuizen zonder msb's? De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie krijgen graag iets meer vat op in hoeverre artsen in loondienst een oplossing zijn voor al deze problemen of dat er dan andere problemen spelen met de artsen. Daarnaast vragen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie welke acties de minister gaat ondernemen om voor verbetering te zorgen. Kan de minister toelichten welke afspraken hier precies over worden gemaakt met de beroepsgroep?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen ook in het rapport 'een druk op de knop' van Gupta Strategists dat medisch specialisten in loondienst geen financiële barrière ervaren om mee te werken aan passende zorg. Zij ervaren wel andere barrières, zoals het verlies van zeggenschap en professionele autonomie. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie begrijpen deze weerstand. En ook zien de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie medisch inhoudelijke beslissingen het liefst bij het medische personeel. Dit beperkt zich niet tot artsen alleen, maar tot alle zorgverleners. Kan de minister toelichten welke beleid er wordt geformuleerd om professionele autonomie te behouden?

Tot slot lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat het huidige traject eerst doorlopen moet worden voordat er overgegaan kan worden tot het verplichten van loondienst van medische specialisten. Dit zou nodig zijn voor de juridische onderbouwing. Nu schrijven Gupta Strategists en de NZa dat msb's een drempel vormen voor de overgang naar passende zorg. Kan de minister toelichten waarom deze rapporten een onvoldoende onderbouwing bieden als de doelen van het IZA gehaald moeten worden? En kan de minister toelichten welke problemen zij verwacht als artsen nu worden verplicht over te gaan naar loondienst?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de rapporten en de reactie van de minister. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie willen dat zowel de overheid als alle partijen in de zorgsector, de verantwoordelijkheid nemen om de transformatie naar passende zorg mogelijk te maken. Kan de minister toelichten wat zij verstaat onder 'onvoldoende verbetering'? Wanneer is het zodanig onvoldoende dat zij regelgeving nodig acht zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan, en hoe is dat meetbaar en objectief te maken?

De leden van de VVD-fractie hebben meermaals vragen gesteld naar aanleiding van de berichten over de bijverdiensten van artsen en ook de berichtgeving rondom het niet goed functionerende transparantieregister baart hen zorgen. Zij staan dan ook achter het besluit van de minister om de koers te verleggen van zelfregulering naar overheidsregulering. Idealiter is daar geen nieuwe wet voor nodig. De minister geeft een duidelijke norm als uitgangspunt tenzij er een goede reden is om een uitzondering te maken. Hoe wordt voorkomen dat hier steeds uitzonderingen bijkomen en dit uitgangspunt zijn waarde verliest? In het rapport van de NZa lezen de leden van de VVD-fractie dat meer dan een kwart van de ziekenhuizen aangeeft twijfels, weinig of geen vertrouwen te hebben in de samenwerking met medisch-specialistische bedrijven. Dit baart de leden zorgen aangezien de transformatie valt of staat met samenwerking. Hoe interpreteert de minister deze constatering van de NZa? Hoe beoordeelt zij dit? Welke stappen worden gezet om

samenwerking te verbeteren en te bevorderen?

De minister schrijft over het voornemen om vast te leggen dat besturen van zorgaanbieders een grotere rol krijgen bij het aangaan van financiële relaties tussen zorgprofessionals en medische bedrijven. De leden van de VVD-fractie begrijpen dit voornemen. Hoe verhoudt het voornemen van de minister zich tegenover de conclusie van Gupta dat het niet waarschijnlijk is dat vrijgevestigd medisch specialisten als groep intrinsiek gemotiveerd zijn om zich actief in te zetten om de door het ziekenhuisbestuur gewenste veranderingen richting passende zorg te bewerkstelligen? En op welke wijze wil zij deze twee denkrichtingen met elkaar verbinden? Welke stappen zet zij daartoe?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de minister gaat verkennen wat nodig is om medisch-specialisten vrijwillig te laten overstappen naar loondienst. Wat zijn de verwachtingen van de minister over de grootte van deze groep? Welke stappen worden ondernomen om de groep die niet vrijwillig wil overstappen wel te motiveren om zich actief in te zetten de transformatie naar passende zorg te bewerkstelligen? Kan de minister uiteenzetten wat de juridische houdbaarheid is van het verplichten van in loondienst gaan? En de financiële en ook de houdbaarheid als het gaat om toegang tot zorg en wachtlijsten? En welke oplossingsrichtingen heeft ze om die houdbaarheid te bevorderen?

De minister onderstreept de noodzaak dat Medisch Specialistische Bedrijven (msb's) hun eigen financiële transparantie vergroten. Welke vervolgstappen is de minister voornemens hier op te zetten? Eerder gaf de minister op vragen van de leden van de VVD-fractie¹ aan dat zij voor de verkenning bereid is in gesprek te gaan met vertegenwoordigers van de physician assistants en verpleegkundig specialisten. Dit stemt de leden van de VVD-fractie positief en zij zouden graag zien dat er ook wordt ingezet op het verbeteren van de samenwerking tussen artsen, medisch-specialisten en verpleegkundigen op de werkvloer. In hoeverre is dit onderdeel van de transformatie naar passende zorg? Welke concrete actieplannen zijn daarvoor al gemaakt? En welke is de minister bereid om in gang te zetten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben met interesse de brief van de minister en de rapporten over Medisch Specialistische Bedrijven (msb's) gelezen en hebbend daarover een aantal vragen.

Uit de monitor verbetering potentieel medisch-specialistische bedrijven lezen de leden van NSC-fractie dat 30% van de ziekenhuizen nu geen gezamenlijke (meerjaren)strategie met msb's heeft vastgelegd. Wat gaat de minister doen om met alle msb's een meerjarenstrategie en doelen vast te leggen voor passende zorg en hoe dit daadwerkelijk gerealiseerd wordt?

Uit de monitor lezen de leden van de NSC-fractie dat bij ongeveer de helft van de ziekenhuizen de msb's matig tot onvoldoende transparant zijn. De minister geeft aan dat in 2024 de jaarcijfers openbaar moeten zijn. Hoe gaat de minister bindende afspraken maken zodat msb's de transparantie vastleggen te minste ten aanzien de capaciteitsbegroting, de periodieke productiecijfers, de interne verdeelsystematiek en de bedragen die vakgroepen ontvangen via de interne verdeelsystematiek?

De leden van de NSC-fractie lezen dat de financiële afspraken tussen msb's en zijn vakgroepen (het 'interne verdeelmodel') geen sterkere productieprikkels zouden moeten bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken tussen msb's en het ziekenhuis. Maar bij 18% van de vergoeding van msb's aan hun vakgroepen is dit wel het geval. Hoe gaat de minister realiseren dat er geen bovenliggende financiële afspraken meer zijn tussen msb's en het ziekenhuis zodat productieprikkels niet nog meer versterkt worden? Hoe gaat de minister realiseren dat de financiële belangen van het ziekenhuis en msb's meer gelijkgericht zijn?

De leden van de NSC-fractie lezen uit het rapport van Gupta Stragists "Bij het minder behandelintensief maken van een behandelrichtlijn, wordt het de norm om minder te doen of andere dingen te doen dan voorheen gebruikelijk was." "Voor de vrijgevestigd medisch specialist geldt over het algemeen dat hoe meer hij doet in vergelijking tot vakgenoten in hetzelfde specialisme in het land, hoe hoger zijn inkomen is. Sneller dan gemiddeld invoeren van een behandelrichtlijn kan er dan toe leiden dat het inkomen daalt. Als alle ziekenhuizen de nieuwe richtlijn gelijktijdig implementeren speelt dit niet." Op welke manier gaat de minister stimuleren dat er meer richtlijnen komen waarbij de richtlijn de norm beschrijft hoe er gekozen kan worden voor minder intensief behandelen? Op welke manier gaat de minister stimuleren dat alle ziekenhuizen gebruik maken van nieuwe richtlijnen waarin minder intensief behandelen de norm is?

De leden van de NSC-fractie lezen uit het rapport van Gupta Stragists dat medisch specialisten in loondienst mogelijk minder productief zijn dan vrijgevestigde medische specialisten. Daarom vragen zij aan de minister of zij bereid is om onderzoek te doen naar de productiviteitsverschillen tussen van medisch specialisten loondienst en vrije vestiging in alle specialismen is dan ook gewenst.

Daarnaast vragen de leden van de NSC-fractie hoeveel ziekenhuizen aanvullende afspraken hebben over het behoud van de msb's waarbij het omzetten naar medisch specialisten in een msb's naar loondienst onmogelijk is gemaakt. Hoeveel ziekenhuizen hebben onvoldoende invloed op de uitvoering van het werk van de msb's waardoor er geen sturing is op passende zorg?

De leden van de NSC-fractie merken uit gesprekken dat de ene ziektekostenverzekeraar actiever is in het afspraken maken met

ziekenhuizen over passende zorg dan andere. Hoe regelt de minister dat alle zorgverzekeraars hun rol ten aanzien van passende zorg actief op zich nemen bij de prestatieafspraken met ziekenhuizen?

De leden van de NSC-fractie vragen de minister hoe zij regie houdt over de transitie naar passende zorg bij alle partijen die hierbij betrokken zijn? Daarnaast menen wij dat er een concrete benchmark zou moeten plaatsvinden om te weten hoeveel minder behandelingen en diagnostiek er in ziekenhuizen plaatsvindt? Is de minister bereid om een dergelijk benchmark met een nulmeting en vervolgmetingen op te zetten en ziekenhuizen te belonen die het goed doen?

Deze week heeft de speciale gezant voor passende zorg een rapport uitgebracht over passende zorg "Van markmeester naar transitie-meester". Daarin worden 6 belangrijke adviezen gegeven.

1. VWS expliciteert op gezag van de politieke koers de transitiedoelen, bepaalt de budgetten die beschikbaar zijn voor transitie en brengt partijen bij elkaar, met respect voor hun rollen.
2. Zorginstituut maakt passende praktijken transparant aan de hand van transitiecriteria, evenals welke instellingen wel of niet een programmatisch aanpak hebben en welke bijdragen men levert aan de transitiedoelen.
3. NZa maakt inzichtelijk welke vormen in financiering en contractering een impuls geven aan de instellingen en in welke mate contractanten deze modellen daadwerkelijk hanteren.
4. VWS inventariseert systematisch of en zo ja welke systeembelemmeringen de transitie in de weg staan, wijzigt deze waar mogelijk en rapporteert hierover aan de kamer.
5. IGJ, NZa en ACM verrijken als publieke toezichthouders hun toezicht met passende zorg en de publieke doelen van de zorgtransitie.
6. De politiek geeft democratische sturing aan de transitie. Daartoe ontvangt de Kamer periodieke rapportages over passende zorg, passende contractering en systeembelemmeringen.

De leden van de NSC-fractie vragen de minister hoe zij uitvoering gaat geven aan deze belangrijke adviezen over passende zorg.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de rapporten over de transformatie passende zorg medisch specialistische bedrijven. De discussie over het in loondienst gaan van medisch specialisten speelt geruime tijd en deze onderzoeken dragen bij aan het in kaart brengen van de gevolgen en de opbrengsten en nadelen daarvan. Zoals ook de monitor van de NZa laat zien, zijn er verbeterpunten aan te brengen in de manier waarop ziekenhuizen en Medisch Specialistische Bedrijven (msb's) momenteel samenwerken. De leden van de D66-fractie hebben nog enkele vragen naar aanleiding van de rapporten en de bijbehorende kabinetsreactie.

NZa monitor

In de NZa monitor worden acht concrete verbetermaatregelen aangedragen. Kan de minister per maatregel aangeven in hoeverre zij actie gaat ondernemen zodat ziekenhuizen aan de slag gaan met deze verbeteringen, zo vragen de leden van de D66-fractie? In hoeverre is er een overzicht van in hoeverre de ziekenhuizen de voorgestelde maatregelen reeds hebben doorgevoerd of aan het doorvoeren zijn? Ook lezen de leden van de D66-fractie het volgende:

“Meer dan een kwart van de ziekenhuizen (28%) zegt twijfels of zelfs weinig of geen vertrouwen te hebben in de samenwerking met msb's die nodig is om de IZA-doelstellingen te behalen. En dat terwijl juist nu en in de komende jaren grote veranderingen noodzakelijk zijn. Daarnaast stelt ruim de helft (55%) van de ziekenhuizen dat msb's een gemiddeld tot heel erg hoog risico vormen voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Dit gebrek aan vertrouwen en vooral het ervaren risico zijn verontrustende uitkomsten.”

De leden van de D66-fractie vinden dit gegeven zeer verontrustend en vragen de minister om hierop te reflecteren. In hoeverre koppelt zij een doelstelling ter verbetering aan deze gegevens, bij een volgende monitor?

Gupta-rapport

In het Gupta-rapport wordt ook de SOIT-regeling beschreven die subsidie bood voor het overstappen van medisch-specialisten naar een loondienstverband. De leden van de D66-fractie willen weten in hoeverre deze subsidieregeling is geëvalueerd naar doelmatigheid en doeltreffendheid? Wat is de afweging geweest om per 1 januari 2022 te stoppen met de regeling?

Deze leden van de D66-fractie constateren dat ongeveer twee derde van alle ziekenhuizen een niet-transparant samenwerkingsmodel heeft. Met andere woorden, het ziekenhuis gaat een samenwerking aan met een coöperatie of een B.V., beide rechtsvormen met eigen rechtspersoonlijkheid. De medisch specialisten zijn via hun eigen B.V.'s ofwel lid (coöperatie) ofwel aandeelhouder (B.V.). Volgens het Guptarapport heeft dit gevolgen voor aansprakelijkheidsvraagstukken, de rechtspersoon is immers drager van eigen rechten en plichten, maar ook voor transparantie, in financiële zin. Hoe wenselijk is deze constructie, zo vragen deze leden? Zijn er instrumenten waarop ziekenhuizen kunnen worden bewogen om deze niet-transparante samenwerkingen openbaar te maken? En is er bijvoorbeeld bekend hoeveel winst er in 2023 is uitgekeerd door MSB'S aan aandeelhouders/leden?

De leden van de D66-fractie constateren uit het onderzoek dat de maatregel alleen resulteert in een afname van het negatieve effect van de passende zorg casus op de op de drijfveer een 'goed inkomen'. Dit is logisch, omdat de maatregel (verplicht loondienstverband) de arbeidsrelatie verandert en daarmee met name invloed heeft op de

manier waarop de medisch specialist beloond wordt. Het loondienstverband an sich doet niks met de zes andere drijfveren van medisch specialisten. Kunnen de leden van de D66-fractie daarmee concluderen dat de maatregel niets verandert aan het inhoudelijke werk van de medisch specialisten?

Het Gupta-rapport concludeert dat de maatregel in enige mate bijdraagt aan het vergroten van de gelijkgerichtheid. Daarbij is het ook zo dat ziekenhuisbesturen meer instrumenten hebben om te sturen op personeel in loondienst dan op vrijgevestigde specialisten, bijvoorbeeld in de beweging richting passende zorg. Hoe wordt dit laatstgenoemde gewogen, zo vragen de leden van de D66-fractie?

Uit het rapport kom naar voren dat er een positief effect wordt verwacht op de huidige artsen in loondienst, omdat het zorgt voor meer gelijkheid (bijvoorbeeld door een einde te maken aan discussies als 'loondiensters willen altijd alleen tijdens kantooruren vergaderen'). Is de minister het met de leden van de D66-fractie eens dat hier een hoge noodzaak voor is?

In het Gupta-rapport wordt een alternatief aangedragen, waarbij meer transparantie over de wijze waarop het ziekenhuis medisch-specialisten vergoed de eerste stap is. Dit komt ook overeen met de aanbevelingen uit de NZa monitor. De leden van de D66-fractie constateren ook dat het Gupta-rapport ook concludeert dat er reeds gronden bestaan op basis waarvan de financiële jaarcijfers openbaar zouden moeten worden gemaakt (blz 36). Is de minister het met de leden van de D66-fractie eens dat deze stappen reeds in gang kunnen worden gezet en welke acties onderneemt zij daartoe? En hoe kijkt de minister naar de aangedragen manieren om transparantie te bevorderen en de toetsing uit te voeren in het Gupta-rapport?

Kabinetsreactie

Uit de kabinetsreactie lijkt het beeld te ontstaan dat er vanuit het kabinet nu geen verdere actie wordt ondernomen, tot de volgende monitor van de NZa in 2025 verschijnt. In hoeverre klopt dit beeld, zo vragen de leden van de D66-fractie. En in hoeverre is de minister bereid om stappen die nu al kunnen worden gezet, zoals het transparanter maken van de verdeelsystematiek binnen msb's, nú al te nemen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de Rapporten transformatie passende zorg Medisch Specialistische Bedrijven (msb's) De leden hebben de volgende vragen aan de minister.

De leden van de BBB-fractie lezen dat de minister in de brief aangeeft dat als msb's binnen twee jaar onvoldoende verbetering laten zien, er mogelijk regelgeving zal worden ingevoerd om alle medisch specialisten verplicht in loondienst te laten werken. De minister geeft aan dat op dit moment nog geen gedegen afweging kan worden gemaakt over de

noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit van deze regelgeving. De vraag is of het proportioneel is om medisch specialisten hun bedrijf af te nemen en hoe de minister dit zal beoordelen. Zal dit ook gelden voor huisartsen en fysiotherapeuten?

Daarnaast zijn de afspraken die zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar maken, van invloed op de contracten tussen de mbs's en de ziekenhuisbesturen, en dus ook op de manier waarop mbs's werken. De leden van de BBB-fractie vragen zich af of de overgang naar passende zorg niet alleen een uitdaging is voor mbs's maar ook een gedeelde uitdaging voor zorgverzekeraars, mbs's en ziekenhuizen?

De leden van de BBB-fractie lezen ook dat de minister in de brief vermeldt dat de NZa het potentieel voor verbetering van mbs's heeft geïdentificeerd en dat de NZa controleert of de geconstateerde verbeterpunten worden gerealiseerd. Het verbeterpotentieel wordt door de NZa concreet gemaakt door middel van een percentage dat is gebaseerd op de perspectieven van de raden van bestuur. De leden van de BBB-fractie vragen zich af hoe de minister op basis van de perceptie van de raden van bestuur specifiek en meetbaar kan bepalen of deze verbetermogelijkheden in de praktijk worden gerealiseerd. Hoeveel verbetering verwacht de minister dat mbs's en de raden van bestuur van ziekenhuizen laten zien?

Verder lezen de leden van de BBB-fractie in het Gupta-rapport dat de gevolgen van een verplichting tot loondienst niet zo groot zijn, maar dat er wel ernstige consequenties aan verbonden zijn. Ook staat er in de brief aan de Kamer dat een verplichting tot loondienst ingrijpende gevolgen heeft. Wat zijn de consequenties en de maatschappelijke en juridische gevolgen van een verplichting tot loondienst?

Daarnaast geeft het Gupta-rapport aan dat er geen openbaar onderzoek is dat de productiviteit van medisch specialisten in loondienst vergelijkt met die van vrijgevestigde medisch specialisten. In Zweden leidde de verplichting tot loondienst in 1970 tot een aanzienlijke en ongewenste daling van de productie, wat resulteerde in langere wachtlijsten. Het AKD-onderzoek² (blz 27), dat in opdracht van de Kamer is uitgevoerd, schat in dat de verplichting tot loondienst leidt tot een productieverlies van 30%, gebaseerd op gesprekken met ziekenhuisbestuurders die ervaring hebben met de overgang van vrije vestiging naar dienstverband. Hoe beoordeelt de minister een dergelijk ongewenst effect, gezien de huidige personeelstekorten en de druk op zorgprofessionals?

Ook heeft het CPB berekend dat de verplichting om alle artsen in loondienst te nemen aanvankelijk €2 miljard kost vanwege het afkopen van goodwill. Deloitte stelt in een rapport³ dat de eenmalige compensatiekosten voor afkoop tussen de 2,5 en bijna 4 miljard bedragen, en dat de structurele opbrengst lager is dan door het CPB is berekend. Deloitte stelt dat het CPB in het rapport "Zorgkeuzes in kaart"

niet alle relevante factoren heeft meegenomen in de berekening van het budgettaire effect, en dat sommige bronnen die het CPB heeft gebruikt niet in de juiste context zijn geplaatst of verouderd zijn. Hoe groot acht de minister de kans dat de verplichting tot loondienst de belastingbetaler meer gaat kosten dan door het CPB is berekend, zowel financieel als maatschappelijk? Zou dit geld niet beter geïnvesteerd kunnen worden in het aantrekken van nieuw personeel in plaats van vast te houden aan het idee om alle artsen in loondienst te krijgen?

Verder blijkt uit de enquête van de NZa dat 93% van de medisch specialistische bedrijven en 84,9% van de ziekenhuizen veel vertrouwen hebben in de onderlinge samenwerking. Hoe reageert de minister op de positieve resultaten die uit de enquête van de NZa naar voren komen met betrekking tot de samenwerking tussen Medisch Specialistische Bedrijven en ziekenhuizen? In hoeverre vindt de minister dat deze samenwerking nog verbeterd moet worden?

Tot slot zijn de leden van de BBB-fractie geschrokken van de voortdurende focus van de minister om te streven naar een situatie waarin alle medisch specialisten in loondienst zijn. De leden van de BBB-fractie vragen de minister in plaats daarvan meer aandacht te besteden aan inspraak van medisch specialisten en verpleegkundigen die momenteel in loondienst zijn. De medisch specialisten die ervoor hebben gekozen om uit loondienst te gaan, hebben dit namelijk niet puur om financiële redenen gedaan, maar juist om meer inspraak te hebben. Daarom pleiten de leden van de BBB-fractie er voor dat zorgpersoneel in loondienst meer zeggenschap, controle en prioriteit krijgt als het gaat om roosters en werktijden. De leden van de BBB-fractie roepen de minister op om zich hierop te richten in plaats van vast te houden aan haar focus op het streven naar elke medisch specialist in loondienst.

Daarnaast zijn de leden van de BBB-fractie van mening dat de minister de plank mislaat door msb's neer te zetten als belemmering voor de overgang naar passende zorg vanwege (financiële) belangen. Al het zorgpersoneel, ongeacht of ze wel of niet in loondienst zijn, zijn geweldige professionals. Ze hebben allemaal jarenlang gestudeerd voor hun passie en zetten zich dag in dag uit in voor de beste zorg voor de patiënt. Het is volgens de leden van de BBB-fractie niet netjes om medisch specialisten die niet in loondienst zijn weg te zetten als specialisten die alleen maar gericht zijn op geld verdienen. Uit cijfers van het CBS4 blijkt dat er weinig verschil is tussen het inkomen van vrijgevestigde medisch specialisten en medisch specialisten in loondienst. Het extra inkomen dat zij hebben, komt grotendeels doordat zij meer uren werken dan medisch specialisten in loondienst. Vindt de minister het niet wat kort door de bocht om vrijgevestigde medisch specialisten zo weg te zetten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief en de

rapporten. Deze leden zijn van mening dat medisch specialisten in loondienst zouden moeten komen en dat de transformatie naar passende zorg hierdoor niet belemmerd mag worden.

De leden van de CDA-fractie lezen dat het op dit moment volgens de minister nog niet mogelijk is om een gedegen afweging te maken in het kader van de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit van regelgeving van een maatregel om alle medisch specialisten in loondienst te brengen. Deze leden vragen hoe de minister wel werk maakt van deze afweging, mocht haar inzet om gesprekken te voeren over vrijwillige collectieve overstap naar loondienst te weinig opleveren.

De leden van de CDA-fractie vragen of de minister ook in gesprek wil gaan met de staatssecretaris van Financiën over de fiscale aspecten rondom de positie van medisch specialisten en de vraag of samenwerking van medisch specialisten als ondernemer met name is ingegeven door fiscale prikkels en zo ja hoe ervoor gezorgd kan worden dat de transformatie naar passende zorg niet meer ten koste gaat van deze prikkels.

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de rapporten over passende zorg in relatie tot medisch specialistische bedrijven en heeft hierover nog enkele vragen. De minister schrijft in haar brief dat regelgeving wordt voorbereid om alle medisch specialisten te verplichten tot loondienst, indien zij onvoldoende verbetering laten zien. En dat een verplichting tot dienstverband ingrijpende gevolgen heeft en dat de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit niet is aangetoond. Hoe gaat de minister dit aantonen? Wat zijn de gevolgen van de maatregelen voor de zorg en voor zorgprofessionals?

Toenmalig minister voor Medische Zorg heeft de Kamer op 14 maart 2024 per brief geïnformeerd over de verschillende rapporten over passende zorg in relatie tot medische specialistische bedrijven (msb's). De verschenen rapporten hebben waardevolle informatie opgeleverd, maar het is nu nog niet mogelijk om een gedegen afweging te maken in het kader van de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit van regelgeving. Daarom wordt vervolgonderzoek uitgevoerd om daarmee inzicht te krijgen of er voldoende noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit is om regelgeving in te stellen om loondienst te verplichten. Het vervolgonderzoek bestaat uit:

- Verkenning collectief overstappen bij ziekenhuisbesturen en vakgroepen. Onder ziekenhuizen en vakgroepen wordt verkend wat er nodig is om hen te motiveren om binnen hun ziekenhuis collectief de overstap te maken naar loondienst.

- Verkenning met de Belastingdienst over de aanbeveling van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om duidelijkheid te verkrijgen over de rol van het fiscaal ondernemerschap bij de samenwerking tussen ziekenhuis en msb's.
- Monitor van de NZa die verwacht wordt in 2025. De NZa monitort gedurende twee jaar de financiële prikkels binnen een msb, alsmede de positie van de msb's in relatie tot de bestuurbaarheid van ziekenhuizen te volgen. De genoemde monitor is het startpunt en brengt het verbeterpotentieel in kaart. De volgende monitor in 2025 moet inzicht geven in hoeverre dit verbeterpotentieel is gerealiseerd.

Ik zie de maatregel om loondienst te verplichten in het licht van een betere bestuurbaarheid van het ziekenhuis en als relevant in het streven van het kabinet dat meer ziekenhuizen samenwerken en dat streekziekenhuizen in zo volwaardig mogelijke vorm behouden blijven. Op basis van de resultaten van de genoemde onderzoeken ga ik bekijken of er voldoende aanleiding is om regelgeving in te voeren. Ik zal uw Kamer voor het einde van het jaar informeren over de uitkomsten van de twee genoemde verkenningen.

Het Gupta-rapport geeft aan dat de verwachte effectiviteit van de maatregel van het verplicht in loondienst brengen van medisch specialisten op het bereiken van passende zorg beperkt is: 'De consequenties zijn groot, terwijl het verwachte effect niet zo groot is.' Is de minister het eens met deze stelling? In hoeverre schat de minister in dat de maatregel verplicht loondienst op basis van het Gupta-rapport proportioneel en effectief en uiteindelijk juridisch standhoudt?

De verschenen rapporten hebben waardevolle informatie opgeleverd, maar het is nu nog niet mogelijk om een gedegen afweging te maken in het kader van de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit van regelgeving. Deze afweging is wel nodig omdat de maatregel om alle medisch specialisten in loondienst te brengen ingrijpende gevolgen heeft en getoetst moet worden aan het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Alle aspecten zullen worden meegewogen in de uiteindelijke beslissing voor de maatregel om loondienst te verplichten. Voor een gedegen juridische onderbouwing van deze maatregel is het o.a. van belang dat er geen alternatieve maatregelen denkbaar zijn die even effectief zijn om passende zorg te realiseren.

Als we de resultaten van de ingezette verkenningen hebben ontvangen en de monitor van de NZa die in 2025 opgeleverd wordt, zal ik zoals aangegeven, bekijken of het noodzakelijk, geschikt en proportioneel is om regelgeving in te stellen om loondienst te verplichten.

In de monitor van de NZa wordt meer gewicht toegekend aan de antwoorden van de ziekenhuizen dan aan die van de medisch specialistisch bedrijven (msb's), zonder dat verdiepend onderzoek heeft

plaatsgevonden op de verschillen in antwoorden tussen raden van bestuur en msb's. Het verbeterpotentieel wordt in de monitor met name gebaseerd op de antwoorden van de raden van bestuur. Hoe gaat de NZa op basis hiervan monitoren of het verbeterpotentieel wordt gehaald? Is dat geen subjectieve weergave van de werkelijkheid?

Ik heb de NZa gevraagd om monitoring uit te voeren en daarbij gedurende twee jaar de financiële prikkels binnen een msb, alsmede de positie van de msb's in relatie tot de bestuurbaarheid van ziekenhuizen te volgen. De genoemde monitor is het startpunt en brengt het verbeterpotentieel in kaart. De volgende monitor moet inzicht geven in hoeverre dit verbeterpotentieel is gerealiseerd.

De NZa heeft op basis van een onderzoek naar bestuurbaarheid van ziekenhuizen en financiële prikkels binnen msb's het verbeterpotentieel van msb's in kaart gebracht. Voor dit onderzoek heeft de NZa gebruik gemaakt van: enquêtes, invulformats, interviews en literatuurstudie. De NZa heeft zowel de ziekenhuisbesturen als de msb's meegenomen in haar onderzoek om zo een compleet mogelijk beeld te krijgen van het verbeterpotentieel van msb's. De antwoorden op de enquêtes en invulformats van de msb's zijn in de rapportage van de NZa dan ook meegenomen. Zowel de antwoorden van de raden van bestuur van de ziekenhuizen als die van de msb's worden weergegeven in de monitor.

De NZa heeft er bewust voor gekozen om onderscheid te maken in de weging van de antwoorden. Juist omdat het onderzoek gericht is op het verbeterpotentieel van msb's, is het te verantwoorden dat de NZa aan haar bevindingen minder gewicht heeft toegekend aan de antwoorden van de msb's. Wanneer aan msb's zelf wordt gevraagd om aan te geven wat er bij hen niet goed gaat of voor verbetering vatbaar is, dan is dat in zekere zin vergelijkbaar met een slager die gevraagd wordt zijn eigen vlees te keuren. De neiging om het eigen vlees matig tot slecht te beoordelen, zal van nature gering zijn. Msb's vormen hierop geen uitzondering. Daarnaast wordt in de rapportage van NZa steeds duidelijk weergegeven wanneer het gaat om een mening of overtuiging en wanneer iets als feit wordt gepresenteerd.

Ik vertrouw erop dat de NZa hierin een zorgvuldig proces heeft doorlopen.

De NZa start dit najaar met het vervolgonderzoek. Daarom kan op dit moment nog niets gezegd worden op welke wijze de NZa het verbeterpotentieel zal monitoren.

Het Gupta-rapport geeft tevens aan dat medisch specialisten de maatregel verplicht dienstverband kunnen ontlopen door uit het vak te stappen, naar het buitenland vertrekken of een zelfstandige kliniek te starten. Hoe reflecteert de minister op dergelijke ongewenste gevolgen en gaat de minister deze effecten nader onderzoeken?

Ik ben het met de fractieleden van PVV eens dat zulke gevolgen onwenselijk zijn. In het Gupta rapport wordt ingegaan op het neveneffect dat artsen naar het buitenland vertrekken of een zelfstandige kliniek starten. Zowel het verplaatsen van de praktijk naar het buitenland als het starten van een solopraktijk heeft veel voeten in de aarde. Zo is het nodig een locatie te vinden, verwijzers en patiënten te informeren, afspraken te maken met zorgverzekeraars, etc. Bij voorbaat is dit daarom geen aantrekkelijk vooruitzicht voor een medisch specialist die nu naar eigen tevredenheid in het ziekenhuis werkt.

Op dit moment verken ik onder vrijgevestigde medisch specialisten of zij mogelijk te motiveren zijn om binnen hun ziekenhuis collectief de overstap te maken naar loondienst.

De minister zegt maximale inzet van ziekenhuisbesturen en medisch specialisten te verwachten om de IZA-doelstellingen te behalen. In de brief gaat de minister in op de verwachtingen die zij van de medisch specialisten heeft. Wat verwacht de minister in dit kader van de raden van bestuur van ziekenhuizen om de IZA-doelstellingen te realiseren? Welke rol hebben zorgverzekeraars en de raden van bestuur in de realisatie van passende zorg? En welke effecten hebben de financiële afspraken die zij maken op de werkwijze van medisch specialisten?

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben de verschillende zorg- en welzijnspartijen, waaronder de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) afspraken gemaakt om te komen tot passende zorg. Met het IZA is een brede beweging ingezet naar passende zorg, naar samenwerking in de regio en naar een focus op gezondheid in plaats van ziekte. Het komen tot passende zorg vraagt betrokkenheid en actie van alle partijen. Als het gaat om msb's hebben de NVZ en FMS in het IZA afgesproken gezamenlijk te werken aan een handreiking 'Gelijkgerichtheid' om zo msb's en ziekenhuizen concrete handvatten te bieden om in de praktijk gelijkgericht te kunnen samenwerken.

Net als van alle deelnemers van het IZA, verwacht ik van ziekenhuisbesturen en medisch specialisten dat zij zich maximaal inzetten om de IZA-doelstellingen te behalen en passende zorg te ondersteunen. In het IZA staat dat zorgaanbieders, zowel onderling als intern, gelijkgericht moeten werken aan de beoogde transitie naar passende zorg. In het kader van deze transitie is het belangrijk dat de (financiële) afspraken in lijn liggen met de gezamenlijke visie en strategie en gelijkgericht zijn. Een aanvullende rol van zorgverzekeraars om te komen tot passende zorg, is dat zij in hun contracten met ziekenhuizen afspraken maken over de gelijkgerichte doorvertaling van contractafspraken naar msb's. Uit de monitor van de NZa volgt dat er verbeterpotentieel is voor de msb's en hun vakgroepen om hun financiële afspraken gelijkgericht te laten zijn met de financiële afspraken die

ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar maken. Zo is er bijvoorbeeld concreet verbeterpotentieel voor msb's waar het gaat om een gelijkgerichte doorvertaling van de afspraken die het ziekenhuis met het msb maakt.

De leden van de PVV-fractie vragen verder wat dit doet met het moreel en de drijfveren van de medisch specialisten. Gupta concludeert namelijk dat het overkoepelende doel van passende zorg zowel voor medisch specialisten in loondienst als voor msb's bedreigend is omdat het effect heeft op verschillende drijfveren om als medisch specialist te willen werken. Zorgprofessionals hebben juist ook nu in tijden van transformatie behoefte aan vertrouwen en ondersteuning. Houdt de minister hier voldoende rekening mee? Houdt de minister rekening met het feit dat er door deze transformatie medisch specialisten de zorg kunnen gaan verlaten?

Goede zorg moet toegankelijk zijn voor iedereen die haar nodig heeft, nu en in de toekomst. De maatregel om medisch specialisten in loondienst te brengen is geen doel op zich. In het Gupta rapport wordt ingegaan op het neveneffect dat artsen naar het buitenland vertrekken of een zelfstandige kliniek starten. Zoals ik al eerder heb aangegeven, heeft zowel het verplaatsen van de praktijk naar het buitenland als het starten van een solopraktijk veel voeten in de aarde. Bij voorbaat is dit daarom geen aantrekkelijk vooruitzicht voor een medisch specialist die nu naar eigen tevredenheid in het ziekenhuis werkt.

Alle aspecten, en daarmee ook dat er behoefte is aan vertrouwen en ondersteuning bij de medisch specialisten, zullen worden meegewogen in de uiteindelijke beslissing voor de maatregel.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de drie rapporten over de transformatie naar passende zorg van medisch specialistische bedrijven (msb's). Over de onderzoeken hebben de leden van voornoemde fractie nog enkele vragen. De monitor van de NZa is zeer kritisch over de Medisch Specialistische Bedrijven (msb's). De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen in die monitor dat de NZa zich afvraagt of het überhaupt mogelijk is om de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) te behalen als msb's naast ziekenhuisbesturen blijven bestaan.

De leden van de GroenLinks- PvdA-fractie lezen dat de minister wel dit punt benoemd in haar brief, maar daar verder niet op ingaat. Kan de minister toelichten hoe zij verwacht passende zorg te kunnen bereiken in de ziekenhuizen met msb's en hoe de besparingen uit het IZA behaald zullen worden.

Net als van alle deelnemers van het IZA, verwacht ik van

ziekenhuisbesturen en medisch specialisten dat zij zich maximaal inzetten om de IZA-doelstellingen te behalen en passende zorg te ondersteunen. In het IZA staat dat zorgaanbieders, zowel onderling als intern, gelijkgericht moeten werken aan de beoogde transitie naar passende zorg. In het kader van deze transitie is het belangrijk dat de (financiële) afspraken in lijn liggen met de gezamenlijke visie en strategie en gelijkgericht zijn. In het IZA hebben de NVZ en FMS afgesproken gezamenlijk te werken aan een handreiking 'Gelijkgerichtheid'.

Daarnaast laat de NZa in haar monitor zien waar - in lijn met de afspraken in het IZA - de verbetermogelijkheden zitten voor msb's (en ziekenhuizen) en heeft hiervoor acht concrete verbeterpunten aangedragen. Uitvoering geven aan de acht verbeterpunten uit de NZa monitor heeft volgens de NZa een gunstig effect op de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en msb's en realisatie is volgens de NZa dan ook noodzakelijk om de transitie naar passende zorg succesvol te kunnen realiseren. Ik ga ervan uit dat partijen deze verbeterpunten oppakken. In de vervolgmonitor onderzoekt de NZa of de verbeterpunten zijn opgevolgd.

De besparingen uit het IZA worden gerealiseerd door het totaalpakket aan maatregelen die partijen in het IZA met elkaar hebben afgesproken. De afspraken over passende zorg en genoemde verbetermogelijkheden voor msb's zijn een onderdeel van dat totaalpakket.

Over de monitor zelf hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie ook nog een aantal vragen. De NZa trekt een aantal harde conclusies, namelijk dat:

- 1. een kwart van de ziekenhuisbestuurders weinig of geen vertrouwen heeft in de samenwerking met de msb's*
- 2. ruim de helft van de ziekenhuizen de msb's een gemiddeld tot hoog risico vormen voor de bestuurbaarheid*
- 3. 30% van de ziekenhuizen geen gezamenlijke meerjarenstrategie heeft vast gelegd*
- 4. 35% van de msb's geen oog hebben voor het ziekenhuisbelang of algemeen belang*
- 5. 48% van de ziekenhuizen vindt dat msb's matig tot onvoldoende transparant zijn*
- 6. 29% van de ziekenhuizen nog met meerdere msb's moeten samenwerken*
- 7. 18% van de msb's financiële afspraken hebben met sterke Productieprikkels*

Kan de minister op elk van deze punten reageren met een vergelijking met ziekenhuizen zonder msb's? De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie krijgen graag iets meer vat op in hoeverre artsen in loondienst een oplossing zijn voor al deze problemen of dat er dan andere problemen spelen met de artsen. Daarnaast vragen de leden van de

GroenLinks- PvdA-fractie welke acties de minister gaat ondernemen om voor verbetering te zorgen. Kan de minister toelichten welke afspraken hier precies over worden gemaakt met de beroepsgroep?

In de 'Monitor verbeterpotentieel msb's' heeft de NZa zich uitsluitend gericht op het verbeterpotentieel van de msb's en daarmee op de vrijgevestigde medisch specialisten. Een vergelijking tussen medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigde medisch specialisten was geen onderdeel van de monitor, omdat het ook geen onderdeel vormde van de opdracht aan de NZa. Het is daarom niet mogelijk om op basis van deze monitor een vergelijking te maken tussen ziekenhuizen met en zonder msb's. Voor de monitor heeft de NZa wel gesproken met de bestuurders van vier van de vijf algemene ziekenhuizen waarbij (vrijwel) alle medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis zijn. Deze bestuurders hebben unaniem aangegeven het volledige loondienstmodel om uiteenlopende redenen te prefereren boven de mengvorm van artsen in loondienst en vrijgevestigde artsen.¹

De NZa laat in haar monitor zien waar - in lijn met de afspraken in het IZA - de verbetermogelijkheden zitten voor msb's (en ziekenhuizen) en heeft acht concrete verbeterpunten aangedragen. Het is aan het veld zelf om hiermee aan de slag te gaan. Net als van alle deelnemers van het IZA, verwacht ik van ziekenhuisbesturen, msb's en medisch specialisten dat zij zich maximaal inzetten om de IZA-doelstellingen te behalen en passende zorg te ondersteunen.

Aanvullend verken ik samen met de Belastingdienst in hoeverre het fiscaal ondernemerschap een belemmering is voor een gelijkgerichte samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's, die noodzakelijk is om de transitie naar passende zorg succesvol te kunnen maken.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen ook in het rapport 'een druk op de knop' van Gupta Strategists dat medisch specialisten in loondienst geen financiële barrière ervaren om mee te werken aan passende zorg. Zij ervaren wel andere barrières, zoals het verlies van zeggenschap en professionele autonomie. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie begrijpen deze weerstand. En ook zien de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie medisch inhoudelijke beslissingen het liefst bij het medische personeel. Dit beperkt zich niet tot artsen alleen, maar tot alle zorgverleners. Kan de minister toelichten welke beleid er wordt geformuleerd om professionele autonomie te behouden?

Professionele autonomie gaat over de invloed die zorgverleners kunnen uitoefenen op hun werk en het organiseren hiervan. Dit draagt bij aan meer werkplezier. De aankomende periode zet het kabinet in op het verbeteren van de situatie op de arbeidsmarkt in de zorg, door onder andere het vakmanschap en werkplezier te vergroten. We werken voor het einde van het jaar een leidraad vakmanschap en

¹ Zie voor een nadere toelichting pagina 25 van de monitor.

werkplezier uit, geïnspireerd op de aanpak van een aantal voorlopers in de zorg en welzijn. Het kabinet heeft hiermee als doel dat mensen graag blijven werken in zorg en welzijn. In deze leidraad gaan we ook in op het aantrekkelijker maken van werken in zorg en welzijn door meer autonomie en vertrouwen.

Tot slot lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat het huidige traject eerst doorlopen moet worden voordat er overgegaan kan worden tot het verplichten van loondienst van medische specialisten. Dit zou nodig zijn voor de juridische onderbouwing. Nu schrijven Gupta Strategists en de NZa dat msb's een drempel vormen voor de overgang naar passende zorg. Kan de minister toelichten waarom deze rapporten een onvoldoende onderbouwing bieden als de doelen van het IZA gehaald moeten worden? En kan de minister toelichten welke problemen zij verwacht als artsen nu worden verplicht over te gaan naar loondienst?

Het onderzoek van Gupta laat zien dat het realiseren van passende zorg mogelijk belemmerd wordt door financiële belangen. Dit is waardevolle informatie voor de afweging van een maatregel, maar het is op dit moment nog niet mogelijk een gedegen afweging te maken in het kader van de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit van regelgeving. Deze afweging is wel nodig omdat de maatregel om alle medisch specialisten in loondienst te brengen ingrijpende gevolgen heeft en getoetst moet worden aan het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Het is nog niet bekend hoe een eventuele maatregel eruit komt te zien. Er zijn uiteenlopende manieren om te bewerkstelligen dat dat medisch specialisten de gewenste beweging naar passende zorg maximaal ondersteunen en versterken.

Voor een gedegen juridische onderbouwing van een maatregel is verder van belang dat er geen alternatieve maatregelen denkbaar zijn die even effectief zijn om passende zorg te realiseren. Voor wat betreft die vrijwillige overstap ga ik verkennen onder ziekenhuisbesturen en hun vakgroepen wat er nodig is om hen te motiveren om binnen hun ziekenhuis collectief de overstap te maken naar loondienst. Uiteindelijk willen we dat zowel de zorg als de medisch specialisten gebaat zijn bij de transitie naar passende zorg. Werken in loondienst zal meer voordelen moeten hebben dan werken in vrije vestiging om dit te bewerkstelligen. Mijn inzet is erop gericht de verkenningen dit najaar te hebben afgerond.

Voor wat betreft fiscaliteit ga ik samen met de Belastingdienst met de aanbeveling van de NZa aan de slag om duidelijkheid te verkrijgen over de rol van het fiscaal ondernemerschap bij de samenwerking tussen ziekenhuis en msb's. Msb's lopen mogelijk een risico hun positie van zelfstandige fiscale entiteit te verliezen. Of dat een reëel risico is, hangt in belangrijke mate af van hoe de Belastingdienst de msb's die de verbeterpunten in de praktijk hebben gebracht gaat toetsen op het

wel/niet bestaan van zelfstandig fiscaal ondernemerschap. Echter, fiscale motieven zouden geen belemmering mogen vormen om de beoogde verbeterpunten te realiseren. Ik vraag hierbij aandacht voor de noodzaak die er is dat msb's hun eigen financiële transparantie vergroten, zoals gesteld als verbeterpunt door de NZa.

Ik zal uw Kamer voor het einde van het jaar informeren over de uitkomsten van de twee genoemde verkenningen.

Net als van alle deelnemers van het IZA, verwacht ik van ziekenhuisbesturen en medisch specialisten dat zij zich maximaal inzetten om de IZA-doelstellingen te behalen en passende zorg te ondersteunen. Ik kijk daarom met belangstelling uit naar de uitkomsten van de tweede monitor van de NZa.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de rapporten en de reactie van de minister. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie willen dat zowel de overheid als alle partijen in de zorgsector, de verantwoordelijkheid nemen om de transformatie naar passende zorg mogelijk te maken. Kan de minister toelichten wat zij verstaat onder 'onvoldoende verbetering'? Wanneer is het zodanig onvoldoende dat zij regelgeving nodig acht zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan, en hoe is dat meetbaar en objectief te maken?

De NZa start dit najaar met het vervolgonderzoek. Ik kan op dit moment nog niet zeggen op welke wijze de NZa het verbeterpotentieel zal monitoren.

Ik ga ervan uit dat het vervolgonderzoek van de NZa mij voldoende handvatten biedt om uitspraken te kunnen doen of de msb's op de geconstateerde verbeterpunten voldoende verbetering hebben laten zien.

De leden van de VVD-fractie hebben meermaals vragen gesteld naar aanleiding van de berichten over de bijverdiensten van artsen en ook de berichtgeving rondom het niet goed functionerende transparantieregister baart hen zorgen. Zij staan dan ook achter het besluit van de minister om de koers te verleggen van zelfregulering naar overheidsregulering. Idealiter is daar geen nieuwe wet voor nodig. De minister geeft een duidelijke norm als uitgangspunt tenzij er een goede reden is om een uitzondering te maken. Hoe wordt voorkomen dat hier steeds uitzonderingen bijkomen en dit uitgangspunt zijn waarde verliest?

Naleving van wetgeving wordt bevorderd door het stellen van heldere normen en – waar dat echt nodig is- passende en afgebakende uitzonderingsgronden. Wetgeving wordt intensief getoetst door de Raad van State op onder andere heldere normstelling. Daarmee is geborgd dat

de betrokken wetgeving niet in toenemende mate van uitzonderingen zal worden voorzien.

In het rapport van de NZa lezen de leden van de VVD-fractie dat meer dan een kwart van de ziekenhuizen aangeeft twijfels, weinig of geen vertrouwen te hebben in de samenwerking met medisch-specialistische bedrijven. Dit baart de leden zorgen aangezien de transformatie valt of staat met samenwerking. Hoe interpreteert de minister deze constatering van de NZa? Hoe beoordeelt zij dit? Welke stappen worden gezet om samenwerking te verbeteren en te bevorderen?

Uit de resultaten van de monitor van de NZa komt naar voren dat een grote meerderheid van zowel de msb's (93,0%) als de ziekenhuizen (84,9%) veel vertrouwen heeft in de onderlinge samenwerking. Van de ziekenhuizen vindt 88,4% de samenwerking met msb's namelijk voldoende tot (zeer) goed. Echter, meer dan een kwart van de ziekenhuizen (28%) zegt twijfels of zelfs weinig of geen vertrouwen te hebben in de samenwerking met msb's die nodig is om de IZA-doelstellingen te behalen. Om samen met ziekenhuizen de IZA-doelstellingen te halen, zullen msb's én ziekenhuizen bereid moeten zijn flinke veranderingen door te voeren en de samenwerking met het ziekenhuis op diverse onderdelen te verbeteren. Overigens concludeert de NZa in haar monitor ook dat een grote meerderheid van de ziekenhuizen de samenwerking met msb's op andere onderdelen namelijk voldoende tot (zeer) goed vindt.

De NZa laat in haar monitor zien waar - in lijn met de afspraken in het IZA - de verbetermogelijkheden zitten voor msb's (en ziekenhuizen) en draagt hiervoor acht concrete verbeterpunten aan. Uitvoering geven aan de acht verbeterpunten heeft volgens de NZa een gunstig effect op de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en msb's en realisatie is volgens de NZa dan ook noodzakelijk om de transitie naar passende zorg succesvol te kunnen realiseren. In de vervolgmonitor onderzoekt de NZa of de verbeterpunten zijn opgevolgd. Daarnaast zijn de FMS en de NVZ op dit moment bezig met de afronding van hun gezamenlijke 'Handreiking gelijkgerichtheid'.

Ik verwacht van de ziekenhuisbesturen, msb's en medisch specialisten dat zij zich maximaal inzetten om de verbeterpunten uit de NZa monitor op te volgen en de IZA-doelstellingen te behalen.

De minister schrijft over het voornemen om vast te leggen dat besturen van zorgaanbieders een grotere rol krijgen bij het aangaan van financiële relaties tussen zorgprofessionals en medische bedrijven. De leden van de VVD-fractie begrijpen dit voornemen. Hoe verhoudt het voornemen van de minister zich tegenover de conclusie van Gupta dat het niet waarschijnlijk is dat vrijgevestigd medisch specialisten als groep intrinsiek gemotiveerd zijn om zich actief in te zetten om de door het ziekenhuisbestuur gewenste veranderingen richting passende zorg te

bewerkstelligen? En op welke wijze wil zij deze twee enkrichtingen met elkaar verbinden? Welke stappen zet zij daartoe?

Voor wat betreft het formuleren van een wettelijke grondslag voor het Transparantieregister Zorg (TRZ) en het beleggen van een rol bij het bestuur bij financiële relaties tussen de zorgprofessional en de industrie, merk ik op dat het zorgveld zich aangesproken voelt door de constatering die zijn gedaan door zowel de IGJ. De gesprekken over met het veld verliepen dan ook constructief en zijn aanleiding geweest tot het formuleren van een strakkere gedragsnorm vanuit het zorgveld zelf (Handreiking governance financiële relaties zorgprofessionals en industrie). De wetgeving zal in afstemming met het zorgveld worden geformuleerd. Ik zie in deze zin een verbinding tussen de twee denkrichtingen dat de strakkere gedragsnorm kan voorkomen dat een msb financiële relaties aangaat die niet stroken met de richting die het ziekenhuisbestuur op wil. Met andere woorden het geeft het ziekenhuisbestuur meer handvatten op de relaties die msb's aan (willen) gaan.

In het rapport van Gupta worden ook maatregelen geschetst om de beweging naar passende zorg te bevorderen. Hierbij moet gedacht worden aan aanpassingen in de beloningsstructuur en transparantie hierover, co- bestuur, de angst voor een verplichting naar loondienst of passende zorg en leiderschap om de beweging naar passende zorg te bewerkstelligen. Meer specifiek zou volgens Gupta een maatregel op financiële transparantie een alternatief zijn omdat op dit moment niet inzichtelijk is hoe groot het financiële effect van passende zorg op het inkomen van de vrijgevestigd specialist is. De verdeelmodellen van msb's zijn namelijk niet openbaar en niet inzichtelijk voor het ziekenhuisbestuur, zorgverzekeraars of toezichthouders. Ook is de hoogte van het inkomen van medisch specialisten in een msb niet eenvoudig vast te stellen. Ook uit de NZa monitor volgt dat de financiële transparantie die door msb's wordt geboden tot op heden onvoldoende is. De aanbevelingen van de NZa zijn er dan ook op gericht om dit te verbeteren. Ik vind het van groot belang dat dit gebeurt. Een eerste stap hierin is dat de msb's met ingang van het boekjaar 2024 verplicht zijn om de jaarrekening openbaar te maken.

De transformatie naar passende zorg mag niet belemmerd worden door de (financiële) belangen van medisch specialisten in een msb. In dat licht zijn er met de afspraken in het IZA, de monitor van de NZa en de onderzoeken van Gupta belangrijke stappen gezet. Zoals ik al eerder heb aangegeven verwacht ik van ziekenhuisbesturen en medisch specialisten dat zij zich maximaal inzetten om de IZA-doelstellingen te behalen en passende zorg te ondersteunen. Ik kijk daarom met belangstelling uit naar de uitkomsten van de tweede monitor van de NZa. Ik zal uw Kamer voor het einde van het jaar informeren over de uitkomsten van de twee genoemde verkenningen. In 2025 ontvangt u de volgende NZa monitor.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de minister gaat verkennen wat nodig is om medisch-specialisten vrijwillig te laten overstappen naar loondienst. Wat zijn de verwachtingen van de minister over de grootte van deze groep? Welke stappen worden ondernomen om de groep die niet vrijwillig wil overstappen wel te motiveren om zich actief in te zetten de transformatie naar passende zorg te bewerkstelligen? Kan de minister uiteenzetten wat de juridische houdbaarheid is van het verplichten van in loondienst gaan? En de financiële en ook de houdbaarheid als het gaat om toegang tot zorg en wachtlijsten? En welke oplossingsrichtingen heeft ze om die houdbaarheid te bevorderen?

Onder ziekenhuizen en vakgroepen wordt verkend wat er nodig is om hen te motiveren om binnen hun ziekenhuis collectief de overstap te maken naar loondienst. In de verkenning zal onder andere aan de orde komen of zij bereid zijn om als collectief de overstap te maken naar loondienst en wat hen kan motiveren deze overstap te maken.

Het onderzoek van Gupta laat zien dat een effectieve vrijwillige subsidieregeling gepaard moet gaan met condities die het bestuur van zorgaanbieders voldoende prikkelen om het interne debat over overstap naar loondienst te openen of het dient gepaard te gaan met condities die de vrijgevestigde vakgroepen motiveren om in z'n geheel naar loondienst over te stappen. Gupta heeft daarbij aangegeven dat met name naar het ziekenhuisbestuur gekeken moet worden vanuit oogpunt herstructurering van de organisatie. Het gaat daarmee nadrukkelijk om een collectieve overstap van alle medisch specialisten.

Ik wacht van de ziekenhuisbesturen en medisch specialisten dat zij zich maximaal inzetten om de verbeterpunten uit de NZa monitor op te volgen en de IZA-doelstellingen te behalen. In de vervolgmonitor onderzoekt de NZa of de verbeterpunten zijn opgevolgd.

In het onderzoek van Gupta wordt aangegeven dat er geen openbaar onderzoek is dat de productiviteit van medisch specialisten in loondienst vergelijkt met die van de vrijgevestigde medisch specialisten. Op dit moment zijn er geen landelijke normen voor productiviteit of openbare vergelijkingen van productiviteit van hetzelfde specialisme tussen ziekenhuizen beschikbaar.

Op dit moment is nog niet mogelijk een gedegen afweging te maken in het kader van de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit van regelgeving. Daarom is het noodzakelijk dat ik de genoemde alternatieven uit het onderzoek van Gupta en de monitor van de NZa afwacht. Deze afweging is wel nodig omdat de maatregel om alle medisch specialisten in loondienst te brengen ingrijpende gevolgen heeft en getoetst moet worden aan het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Voor een gedegen juridische onderbouwing van een maatregel is het verder van belang dat er geen

alternatieve maatregelen denkbaar zijn die even effectief zijn om passende zorg te realiseren. Met het oog hierop zijn de afspraken in het IZA rondom gelijkgerichte samenwerking en de benoeming van de speciaal gezant passende zorg die namens VWS de beweging naar passende zorg stimuleert van belang.

De minister onderstreept de noodzaak dat Medisch Specialistische Bedrijven (msb's) hun eigen financiële transparantie vergroten. Welke vervolgstappen is de minister voornemens hier op te zetten? Eerder gaf de minister op vragen van de leden van de VVD-fractie¹ aan dat zij voor de verkenning bereid is in gesprek te gaan met vertegenwoordigers van de physician assistants en verpleegkundig specialisten. Dit stemt de leden van de VVD-fractie positief en zij zouden graag zien dat er ook wordt ingezet op het verbeteren van de samenwerking tussen artsen, medisch-specialisten en verpleegkundigen op de werkvloer. In hoeverre is dit onderdeel van de transformatie naar passende zorg? Welke concrete actieplannen zijn daarvoor al gemaakt? En welke is de minister bereid om in gang te zetten?

De NZa heeft twee verbeterpunten op het gebied van de financiële transparantie opgenomen. Ik verwacht van msb's (met de ziekenhuizen) dat zij zich inzetten om de verbeterpunten van de NZa te realiseren. Ik ga hierover geen aanvullende afspraken maken met de msb's, het is aan het veld zelf om hierover met elkaar afspraken te maken, zoals zij ook in het IZA hebben vastgelegd.

In het IZA hebben de verschillende zorg- en welzijnspartijen afspraken gemaakt om te komen tot passende zorg. Met het IZA is een brede beweging ingezet naar passende zorg, naar samenwerking in de regio en naar een focus op gezondheid in plaats van ziekte. Het komen tot passende zorg vraagt betrokkenheid en actie van alle partijen. Als het gaat om het bereiken van passende zorg in ziekenhuizen met msb's, kan onder andere worden gedacht aan de IZA-afspraken op het terrein van ZorgEvaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) voor de medisch specialistische zorg, uitkomstgerichte zorg en samen beslissen, passende zorgpraktijken, digitale zorg en gegevensuitwisseling, maar ook aan de Coalitie Leefstijl in de Zorg. Als het gaat om msb's hebben de NVZ en FMS in het IZA afgesproken gezamenlijk te werken aan een handreiking 'Gelijkgerichtheid'. Het gesprek met de vertegenwoordigers van physician assistants en verpleegkundig specialisten heeft nog niet plaatsgevonden. In het komende najaar zullen er opnieuw gesprekken met het zorgveld plaatsvinden, waarbij we aandacht zullen hebben voor deze eerdere toezegging.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben met interesse de brief van de minister en de rapporten over Medisch Specialistische Bedrijven (msb's) gelezen en hebben daarover een aantal vragen.

Uit de monitor verbetering potentieel medisch-specialistische bedrijven lezen de leden van NSC-fractie dat 30% van de ziekenhuizen nu geen gezamenlijke (meerjaren)strategie met msb's heeft vastgelegd. Wat gaat de minister doen om met alle msb's een meerjarenstrategie en doelen vast te leggen voor passende zorg en hoe dit daadwerkelijk gerealiseerd wordt?

Van de ziekenhuisbesturen en medisch specialisten verwacht ik dat zij zich maximaal inzetten om de verbeterpunten uit de NZa monitor op te volgen, de IZA-doelstellingen te behalen en passende zorg te ondersteunen. In de vervolgmonitor onderzoekt de NZa of de verbeterpunten zijn opgevolgd.

Uit de monitor lezen de leden van de NSC-fractie dat bij ongeveer de helft van de ziekenhuizen de msb's matig tot onvoldoende transparant zijn. De minister geeft aan dat in 2024 de jaarcijfers openbaar moeten zijn. Hoe gaat de minister bindende afspraken maken zodat msb's de transparantie vastleggen te minste ten aanzien de capaciteitsbegroting, de periodieke productiecijfers, de interne verdeelsystematiek en de bedragen die vakgroepen ontvangen via de interne verdeelsystematiek?

De NZa heeft twee verbeterpunten op het gebied van de financiële transparantie opgenomen. Ik verwacht van msb's (met de ziekenhuizen) dat zij zich inzetten om de verbeterpunten van de NZa te realiseren. Het is aan het veld zelf om hierover met elkaar afspraken te maken, zoals zij ook in het IZA hebben vastgelegd.

In 2025 komen de resultaten van de vervolgmonitor van de NZa beschikbaar waaruit zal blijken in hoeverre het verbeterpotentieel is gerealiseerd.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de financiële afspraken tussen msb's en zijn vakgroepen (het 'interne verdeelmodel') geen sterkere productieprikkel zouden moeten bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken tussen msb's en het ziekenhuis. Maar bij 18% van de vergoeding van msb's aan hun vakgroepen is dit wel het geval. Hoe gaat de minister realiseren dat er geen bovenliggende financiële afspraken meer zijn tussen msb's en het ziekenhuis zodat productieprikkel niet nog meer versterkt worden? Hoe gaat de minister realiseren dat de financiële belangen van het ziekenhuis en msb's meer gelijkgericht zijn?

De monitor van de NZa geeft de stand van zaken weer bij msb's en ziekenhuizen op de thema's 'bestuurbaarheid van ziekenhuizen' en 'financiële prikkels bij msb's'. De NZa laat in haar monitor zien waar - in lijn met de afspraken in het IZA - de verbetermogelijkheden zitten voor msb's (en ziekenhuizen) en formuleert hiervoor acht concrete verbeterpunten. Uitvoering geven aan de acht verbeterpunten heeft volgens de NZa een gunstig effect op de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en

msb's. Realisatie van de verbeterpunten is volgens de NZa noodzakelijk om de transitie naar passende zorg succesvol te kunnen realiseren. Het is aan de msb's en ziekenhuisbesturen om de verbeterpunten op te volgen en in de vervolgmonitor onderzoekt de NZa of de verbeterpunten daadwerkelijk zijn opgevolgd.

Daarnaast ga ik met de aanbevelingen van de NZa aan de slag om duidelijkheid te verkrijgen over de rol van het fiscaal ondernemerschap bij de samenwerking tussen ziekenhuis en msb's. Op dit moment is het onduidelijk of de vormgeving van de samenwerking met name is ingegeven door de fiscale positie van medisch specialisten als ondernemer. Mocht blijken dat dit het geval is, dan zou beoordeeld kunnen worden of een objectieve grens bestaat waarbij vastgesteld kan worden tot hoe ver de bestuurlijke en financiële samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen mag gaan zonder dat die samenwerking consequenties heeft voor de positie van medisch specialisten die fiscaal als ondernemer participeren in het msb. Mijn inzet is er op gericht de verkenningen dit najaar te hebben afgerond. Ik zal uw Kamer informeren over de uitkomsten.

De leden van de NSC-fractie lezen uit het rapport van Gupta Stragists "Bij het minder behandelintensief maken van een behandelrichtlijn, wordt het de norm om minder te doen of andere dingen te doen dan voorheen gebruikelijk was." "Voor de vrijgevestigd medisch specialist geldt over het algemeen dat hoe meer hij doet in vergelijking tot vakgenoten in hetzelfde specialisme in het land, hoe hoger zijn inkomen is. Sneller dan gemiddeld invoeren van een behandelrichtlijn kan er dan toe leiden dat het inkomen daalt. Als alle ziekenhuizen de nieuwe richtlijn gelijktijdig implementeren speelt dit niet." Op welke manier gaat de minister stimuleren dat er meer richtlijnen komen waarbij de richtlijn de norm beschrijft hoe er gekozen kan worden voor minder intensief behandelen? Op welke manier gaat de minister stimuleren dat alle ziekenhuizen gebruik maken van nieuwe richtlijnen waarin minder intensief behandelen de norm is?

De beroepsgroepen gaan zelf over de aanpassing van richtlijnen. Dit doen zij op basis van kennis uit wetenschappelijk onderzoek, waaronder kennis vergaard uit het programma ZE&GG en ZonMw programma's.

Voor alle via ZE&GG gestarte zorgevaluaties zijn reeds met de betrokken wetenschappelijke vereniging(en) afspraken gemaakt dat na afronding van de zorgevaluatie, de wetenschappelijke verenigingen conform afspraak over gaan tot een aanpassing van de richtlijn, waarbij er een heldere aanbeveling voor het veld moet zijn wat er in de praktijk moet gebeuren. Een richtlijn kan dus, afhankelijk van de resultaten, zo aangepast worden dat bepaalde zorg niet meer (als primaire) behandeling geleverd dient te worden.

Met het programma Kwaliteitsgelden dat ZonMw sinds 2020 in opdracht van het ministerie van VWS uitvoert, worden partijen in de zorg

financieel gestimuleerd om, waar mogelijk in gezamenlijkheid, te werken aan continue verbetering van de kwaliteit van zorg. Het gaat daarbij concreet over de ontwikkeling/actualisatie van (modules van) richtlijnen/kwaliteitsstandaarden en kwaliteitsinstrumenten die bijdragen aan de kwaliteitscyclus van patiënten en professionals, waaronder keuze-ondersteuning voor de patiënt en algemene adviezen en handreikingen ten behoeve van de implementatie van genoemde kwaliteitsinstrumenten. In 2023 is het vervolgprogramma Kwaliteitsgelden 2024 - 2026 goedgekeurd. Daarin is afgesproken dat de inzet van de middelen gericht moet zijn op de IZA doelstellingen en dus op passende zorg. Een belangrijk principe bij passende zorg is dat die waardegedreven is. Dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk, meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen. Deze insteek is persoonsgericht en kijkt naar de best passende behandeling voor betreffende persoon, die kan beginnen met zelfzorg en alleen indien nodig wordt intensiever behandeld.

Voor alle via ZE&GG gestarte zorgevaluaties is met de betrokken msz-partijen afgesproken dat de betreffende richtlijn na afronding wordt aangepast. De aanbevelingen uit de gewijzigde richtlijnen worden opgenomen op de implementatieagenda van ZE&GG t.b.v. landelijke implementatie. Over de implementatie van deze onderwerpen zijn tussen ZN en de NVZ versnellingsafspraken gemaakt. Daarnaast wordt er binnen ZE&GG gewerkt aan spiegelinformatie voor de onderwerpen op de Implementatieagenda. Hiermee wordt inzichtelijk gemaakt in hoeverre de gepast gebruik onderwerpen op de Implementatieagenda al in de dagelijkse zorgpraktijk van de verschillende zorgaanbieders zijn geland. De spiegelinformatie helpt zorgaanbieders gericht inspanningen te verrichten om implementatie te versnellen.

De leden van de NSC-fractie lezen uit het rapport van Gupta Stragists dat medisch specialisten in loondienst mogelijk minder productief zijn dan vrijgevestigde medische specialisten. Daarom vragen zij aan de minister of zij bereid is om onderzoek te doen naar de productiviteitsverschillen tussen van medisch specialisten loondienst en vrije vestiging in alle specialismen is dan ook gewenst.

Voor een gedegen juridische onderbouwing van de maatregel verplichting tot loondienst van medisch specialisten is het van belang dat er geen alternatieve maatregelen denkbaar zijn die even effectief zijn om de bestuurbaarheid van ziekenhuizen te realiseren. Daarom is het noodzakelijk dat ik eerst de genoemde alternatieven verder verken en uitwerk. De aanbevelingen die ik op dit moment verken, gaan over een vrijwillige collectieve overstap naar loondienst en duidelijkheid over de rol van de fiscale positie van msb's. Voor wat betreft de vrijwillige overstap ga ik verkennen onder ziekenhuisbesturen en hun vakgroepen wat er nodig is om hen te motiveren om binnen hun ziekenhuis collectief de overstap te maken naar loondienst. Voor wat betreft fiscaliteit ga ik

met de aanbeveling van de NZa aan de slag om duidelijkheid te verkrijgen over de rol van het fiscaal ondernemerschap bij de samenwerking tussen ziekenhuis en msb's.

Daarnaast vragen de leden van de NSC-fractie hoeveel ziekenhuizen aanvullende afspraken hebben over het behoud van de msb's waarbij het omzetten naar medisch specialisten in een msb's naar loondienst onmogelijk is gemaakt. Hoeveel ziekenhuizen hebben onvoldoende invloed op de uitvoering van het werk van de msb's waardoor er geen sturing is op passende zorg?

Ziekenhuisbestuurders sluiten samenwerkingsovereenkomsten af met de msb's. Deze samenwerkingsovereenkomsten en concrete afspraken die daarin zijn opgenomen worden niet openbaar gemaakt. Ik ben dus ook niet bekend met deze aanvullende afspraken.

In de monitor verbeterpotentieel msb's heeft de NZa zich uitsluitend gericht op het verbeterpotentieel van de msb's. De verbeterpunten van de NZa hebben als doel het bewerkstelligen van een gelijkgerichte samenwerking tussen ziekenhuis en msb's. Zo blijkt bijvoorbeeld dat voor 30 procent van de ziekenhuizen en msb's geldt dat zij geen gezamenlijke strategie hebben opgesteld. De concrete vraag hoeveel ziekenhuizen onvoldoende invloed hebben op de uitvoering van het werk van msb's kan aan de hand van de monitor niet beantwoord worden.

De leden van de NSC-fractie merken uit gesprekken dat de ene ziektekostenverzekeraar actiever is in het afspraken maken met ziekenhuizen over passende zorg dan andere. Hoe regelt de minister dat alle zorgverzekeraars hun rol ten aanzien van passende zorg actief op zich nemen bij de prestatieafspraken met ziekenhuizen?

In het IZA hebben alle IZA-partijen zich gecommitteerd aan de afspraken om de transformatie naar passende zorg te realiseren, ook Zorgverzekeraars Nederland namens de zorgverzekeraars. In de thematafel contractering wordt elk kwartaal de voortgang op deze acties besproken. Ten behoeve van de contractering zijn verbetermaatregelen afgesproken op zowel het proces als op de inhoud. Het afgelopen jaar is het contracteerseizoen geëvalueerd en is gebleken dat het proces rondom het afsluiten van de contracten soepeler is verlopen dan de afgelopen jaren. Ten aanzien van de inhoudelijke beweging naar passende zorg gebeurt er al veel maar zien alle IZA partijen nog verbetermogelijkheden.

De leden van de NSC-fractie vragen de minister hoe zij regie houdt over de transitie naar passende zorg bij alle partijen die hierbij betrokken zijn?

Daarnaast menen wij dat er een concrete benchmark zou moeten plaatsvinden om te weten hoeveel minder behandelingen en diagnostiek

er in ziekenhuizen plaatsvindt? Is de minister bereid om een dergelijk benchmark met een nulmeting en vervolgmetingen op te zetten en ziekenhuizen te belonen die het goed doen?

De transitie naar passende zorg is zowel een maatschappelijke, bestuurlijke als politieke transitie, waarbinnen het aanbrenge van volledige voorspelbaarheid of hebben van absolute regie haalbaar, noch wenselijk is. Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid om kaders te stellen, ambities af te spreken en middelen beschikbaar te maken, om het zorgveld en het sociaal domein in de gelegenheid te stellen zich te ontwikkelen. Het IZA, dat volledig ten dienste staat van de transitie naar passende zorg en deze kaders, ambities en middelen verschaft, is hierin het belangrijkste middel. De sterke rol van mijn ministerie in de governance van het IZA, dus het belangrijkste sturingsmechanisme.

Een aantal IZA-afspraken die zeer concreet raken aan het faciliteren van de beweging naar passende zorg, zijn geclusterd in één inhoudelijke overlegtafel, waarvan de voortgang actief wordt gemonitord en, indien nodig, bestuurlijk wordt opgeschaald. Ook heeft VWS al langere tijd een speciaal gezant Passende Zorg onder haar hoede, die onafhankelijk gevraagd en ongevraagd advies geeft over de manier waarop het IZA de brede beweging naar passende zorg faciliteert. Daarnaast kent het IZA transitie-instrumenten, die door regionale partijen bij zorgverzekeraars kunnen worden aangevraagd om de transitie naar passende zorg in de regio te ondersteunen.

Regie over bovenstaande behoeft sturingsinformatie, die enerzijds wordt verkregen uit het bestuurlijks opschalen van de belangrijkste leerpunten binnen de huidige governance van het IZA, maar ook zeer nadrukkelijk terugkomt in monitoring van het IZA en de recent uitgevoerde mid-term review. Regie krijgt vervolgens enerzijds centraal en van bovenaf vorm, door een sterk VWS-geluid in het BO IZA te vertolken en door actieve onderlinge bestuurlijke afstemming en, specifiek, door met zorgverzekeraars in gesprek te blijven over het functioneren van (het aanvragen van) transitie-instrumenten. Anderzijds komt regie ook voort uit een sterk, inhoudelijk VWS-geluid aan de verschillende overlegtafels, uit een welwillendheid om te luisteren naar alle reflecties, observaties en geleerde lessen van betrokken partijen - van IZA-partij tot speciaal gezant passende zorg - en om daar adequaat op in te spelen.

Aangaande de benchmark: ZE&GG en DHD (Dutch Hospital Data) ontwikkelen reeds een benchmark, namelijk de zogenoemde landelijke ZE&GG Implementatiemonitor. Met deze monitor wordt de implementatiegraad van onderwerpen van de ZE&GG implementatieagenda per ziekenhuis en op landelijk niveau inzichtelijk gemaakt. De implementatiegraad wordt in eerste instantie anoniem gedeeld met zorgaanbieders. Door het delen van de implementatiegraad per onderwerp, weten zorgaanbieders waar ze staan ten opzichte van andere zorgaanbieders met de (de-) implementatie van een bepaald

onderwerp en kunnen ze, indien noodzakelijk, gericht inspanningen verrichten t.b.v. (de) implementatie.

Aangaande de beloning voor ziekenhuizen voor het leveren van passende zorg: het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om in de contractering afspraken te maken over het leveren van passende zorg. In het IZA hebben alle betrokken partijen afspraken gemaakt over het versnellen van de beweging naar passende zorg, waarin contractering een bijdrage kan leveren. De NZa maakt, n.a.v. de evaluatie van het afgelopen contracteerseizoen, een rondgang langs de IZA-partijen zal maken om te inventariseren wat zij nu al doen om passende zorg in de contracten op te nemen en meer op inhoud te contracteren en wat ze daarvoor van andere partijen nodig hebben.

Deze week heeft de speciale gezant voor passende zorg een rapport uitgebracht over passende zorg "Van markmeester naar transitiemeester". Daarin worden 6 belangrijke adviezen gegeven.

- 1. VWS expliciteert op gezag van de politieke koers de transitiedoelen, bepaalt de budgetten die beschikbaar zijn voor transitie en brengt partijen bij elkaar, met respect voor hun rollen.*
- 2. Zorginstituut maakt passende praktijken transparant aan de hand van transitiecriteria, evenals welke instellingen wel of niet een programmatisch aanpak hebben en welke bijdragen men levert aan de transitiedoelen.*
- 3. NZa maakt inzichtelijk welke vormen in financiering en contractering een impuls geven aan de instellingen en in welke mate contractanten deze modellen daadwerkelijk hanteren.*
- 4. VWS inventariseert systematisch of en zo ja welke systeembelemmingen de transitie in de weg staan, wijzigt deze waar mogelijk en rapporteert hierover aan de kamer.*
- 5. IGJ, NZa en ACM verrijken als publieke toezichthouders hun toezicht met passende zorg en de publieke doelen van de zorgtransitie.*
- 6. De politiek geeft democratische sturing aan de transitie. Daartoe ontvangt de Kamer periodieke rapportages over passende zorg, passende contractering en systeembelemmingen.*

De leden van de NSC-fractie vragen de minister hoe zij uitvoering gaat geven aan deze belangrijke adviezen over passende zorg.

Ik ben de speciaal gezant passende zorg dankbaar voor het advies dat hij voor het mid-term review van het IZA heeft opgesteld. Het advies legt enkele belangrijke accenten en onderstreept belangrijke, soms al bekende, obstakels. Dit advies is in een bestuurlijk overleg kort aan bod gekomen en zal op korte termijn met IZA-partijen verder bestuurlijk worden besproken, om te kijken hoe de koers van het IZA met dit advies scherper kan worden afgesteld. Voor het zesde advies van de speciaal gezant, die de rol van de politiek in deze transitie naar passende zorg betreft, wil ik de vragenstellers tot reflectie uitnodigen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de rapporten over de transformatie passende zorg medisch specialistische bedrijven. De discussie over het in loondienst gaan van medisch specialisten speelt geruime tijd en deze onderzoeken dragen bij aan het in kaart brengen van de gevolgen en de opbrengsten en nadelen daarvan. Zoals ook de monitor van de NZa laat zien, zijn er verbeterpunten aan te brengen in de manier waarop ziekenhuizen en Medisch Specialistische Bedrijven (msb's) momenteel samenwerken. De leden van de D66-fractie hebben nog enkele vragen naar aanleiding van de rapporten en de bijbehorende kabinetsreactie.

NZa monitor

In de NZa monitor worden acht concrete verbetermaatregelen aangedragen. Kan de minister per maatregel aangeven in hoeverre zij actie gaat ondernemen zodat ziekenhuizen aan de slag gaan met deze verbeteringen, zo vragen de leden van de D66-fractie? In hoeverre is er een overzicht van in hoeverre de ziekenhuizen de voorgestelde maatregelen reeds hebben doorgevoerd of aan het doorvoeren zijn?

Het is aan het veld zelf om met de verbeterpunten aan de slag te gaan. Ik verwacht van de ziekenhuisbesturen, msb's en medisch specialisten dat zij zich maximaal inzetten om de verbeterpunten uit de NZa monitor op te volgen, de IZA-doelstellingen te behalen en passende zorg te ondersteunen.

De NZa start in het najaar met een vervolgonderzoek dat antwoord zal geven op de vraag in hoeverre de verbeterpunten genoemd in haar eerste rapportage zijn opgepakt. In 2025 ontvangt u de monitor die op dit vervolgonderzoek betrekking heeft.

Ook lezen de leden van de D66-fractie het volgende: "Meer dan een kwart van de ziekenhuizen (28%) zegt twijfels of zelfs weinig of geen vertrouwen te hebben in de samenwerking met msb's die nodig is om de IZA-doelstellingen te behalen. En dat terwijl juist nu en in de komende jaren grote veranderingen noodzakelijk zijn. Daarnaast stelt ruim de helft (55%) van de ziekenhuizen dat msb's een gemiddeld tot heel erg hoog risico vormen voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Dit gebrek aan vertrouwen en vooral het ervaren risico zijn verontrustende uitkomsten." De leden van de D66-fractie vinden dit gegeven zeer verontrustend en vragen de minister om hierop te reflecteren. In hoeverre koppelt zij een doelstelling ter verbetering aan deze gegevens, bij een volgende monitor?

Om samen met ziekenhuizen de IZA-doelstellingen te halen, zullen msb's (bij sommige verbeterpunten samen met de ziekenhuizen) bereid moeten zijn om veranderingen door te voeren en de samenwerking met het ziekenhuis op diverse onderdelen te verbeteren. Overigens concludeert de NZa in haar monitor ook dat een grote meerderheid van de ziekenhuizen de samenwerking met msb's op andere onderdelen

voldoende tot (zeer) goed vindt. Ik ben blij met de verbeterpunten die de NZa heeft geformuleerd en verwacht van msb's en ziekenhuizen dat zij hiermee aan de slag gaan.

Op welke manier de NZa gaat monitoren of het verbeterpotentieel is gehaald, valt in dit stadium nog niets te zeggen. De NZa start dit najaar met het vervolgonderzoek.

Gupta-rapport

In het Gupta-rapport wordt ook de SOIT-regeling beschreven die subsidie bood voor het overstappen van medisch-specialisten naar een loondienstverband.

De leden van de D66-fractie willen weten in hoeverre deze subsidieregeling is geëvalueerd naar doelmatigheid en doeltreffendheid? Wat is de afweging geweest om per 1 januari 2022 te stoppen met de regeling?

Gupta heeft in opdracht van VWS ook de Subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg (SOIT) geëvalueerd en geconcludeerd dat de regeling een eenmalig effect heeft gehad op de daling van het aantal vrijgevestigd medisch specialisten. Daarbij geeft zij aan dat het mogelijk is dat een nieuwe regeling effectief kan zijn, mits deze op een andere manier ingevuld wordt. Overigens heeft in 2019 SiRM in opdracht van VWS de regeling ook geëvalueerd. De toenmalig minister voor medisch zorg heeft besloten de regeling voor de jaren 2021 en 2022 door te zetten om zo de medisch specialisten die wilden overstappen hierbij te blijven ondersteunen.

Deze leden van de D66-fractie constateren dat ongeveer twee derde van alle ziekenhuizen een niet-transparant samenwerkingsmodel heeft. Met andere woorden, het ziekenhuis gaat een samenwerking aan met een coöperatie of een B.V., beide rechtsvormen met eigen rechtspersoonlijkheid. De medisch specialisten zijn via hun eigen B.V.'s ofwel lid (coöperatie) ofwel aandeelhouder (B.V.). Volgens het Guptarapport heeft dit gevolgen voor aansprakelijkheidsvraagstukken, de rechtspersoon is immers drager van eigen rechten en plichten, maar ook voor transparantie, in financiële zin. Hoe wenselijk is deze constructie, zo vragen deze leden? Zijn er instrumenten waarop ziekenhuizen kunnen worden bewogen om deze niet-transparante samenwerkingen openbaar te maken? En is er bijvoorbeeld bekend hoeveel winst er in 2023 is uitgekeerd door MSB'S aan aandeelhouders/leden?

Het staat msb's in beginsel vrij om te kiezen voor een transparant of niet-transparant samenwerkingsmodel.² Het risico bestaat dat de belangen

² Zie in dit kader het bestuurlijk akkoord van 16 juli 2013 (Kamerstukken II 2013-14, 29 248, nr. 275, bijlage 241466). Hierin is afgesproken dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in vrij beroep. Vanuit die invalshoek is in gezamenlijk overleg tussen de ministeries van Financiën en VWS, de Belastingdienst, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en destijds de Orde van Medisch Specialisten (thans de Federatie van Medisch Specialisten) een aantal besturingsmodellen uitgewerkt, waaronder de fiscaal

van het ziekenhuisbestuur en het msb niet geheel overeenkomen. Dit kan de transformatie naar passende zorg in de weg staan. De NZa heeft acht verbeterpunten opgesteld voor msb's (en ziekenhuizen) waarvan transparantie vanuit het msb richting ziekenhuis er één van is. Ik verwacht van msb's dat zij maximaal inzetten om de IZA doelstellingen en de verbeterpunten van de NZa ondersteunen.

Zoals ook in de Kamerbrief van 14 maart jl. is aangegeven bestaat vanaf boekjaar 2024 de verplichting voor msb's om hun jaarrekening openbaar te maken. Op dit moment is het daarom nog niet inzichtelijk hoeveel winst de msb's in 2023 hebben gemaakt en uitgekeerd.

De leden van de D66-fractie constateren uit het onderzoek dat de maatregel alleen resulteert in een afname van het negatieve effect van de passende zorg casus op de op de drijfveer een 'goed inkomen'. Dit is logisch, omdat de maatregel (verplicht loondienstverband) de arbeidsrelatie verandert en daarmee met name invloed heeft op de manier waarop de medisch specialist beloond wordt. Het loondienstverband an sich doet niks met de zes andere drijfveren van medisch specialisten. Kunnen de leden van de D66-fractie daarmee concluderen dat de maatregel niets verandert aan het inhoudelijke werk van de medisch specialisten?

Gupta heeft in haar onderzoek gekeken naar de invloed van verschillende passende zorg casuïstiek op zeven drijfveren van medisch specialisten. De vraag daarbij was of zij zich actief zouden inzetten om de beoogde verandering naar passende zorg actief te bewerkstelligen en of de belangen van de specialisten meer (of minder) in lijn kwamen met de belangen van het ziekenhuisbestuur. Het ging hierbij niet over de vraag of het werk inhoudelijk verandert.

Het Gupta-rapport concludeert dat de maatregel in enige mate bijdraagt aan het vergroten van de gelijkgerichtheid. Daarbij is het ook zo dat ziekenhuisbesturen meer instrumenten hebben om te sturen op personeel in loondienst dan op vrijgevestigde specialisten, bijvoorbeeld in de beweging richting passende zorg. Hoe wordt dit laatstgenoemde gewogen, zo vragen de leden van de D66-fractie?

De uitkomsten van het Gupta onderzoek worden net als de andere onderzoeken meegenomen in de afweging voor het wel of niet nemen van een maatregel.

Uit het rapport kom naar voren dat er een positief effect wordt verwacht

transparante en niet-transparante samenwerkingsmodellen (zie brief van 17 december 2013 van de NVZ en de Orde van Medisch Specialisten (thans de Federatie van Medisch Specialisten) en de brief van de Staatssecretaris van 18 december 2013. Beide brieven zijn opgenomen als bijlage bij de brief van 24 maart 2014 (Kenmerk: 196779-117091-CZ)) (bijlage bij Kamerstuk 32 620, nr. 114).

op de huidige artsen in loondienst, omdat het zorgt voor meer gelijkheid (bijvoorbeeld door een einde te maken aan discussies als 'loondiensters willen altijd alleen tijdens kantooruren vergaderen'). Is de minister het met de leden van de D66-fractie eens dat hier een hoge noodzaak voor is?

Ik wil niet vooruitlopen op de uitkomsten van de lopende onderzoeken. Pas als alle informatie bekend is kan er een gedegen afweging van het wel of niet verplichten tot loondienst van medisch specialisten plaatsvinden.

In het Gupta-rapport wordt een alternatief aangedragen, waarbij meer transparantie over de wijze waarop het ziekenhuis medisch-specialisten vergoed de eerste stap is. Dit komt ook overeen met de aanbevelingen uit de NZa monitor. De leden van de D66-fractie constateren ook dat het Gupta-rapport ook concludeert dat er reeds gronden bestaan op basis waarvan de financiële jaarcijfers openbaar zouden moeten worden gemaakt (blz 36). Is de minister het met de leden van de D66-fractie eens dat deze stappen reeds in gang kunnen worden gezet en welke acties onderneemt zij daartoe? En hoe kijkt de minister naar de aangedragen manieren om transparantie te bevorderen en de toetsing uit te voeren in het Gupta-rapport?

Ik ben het met de leden van de D66-fractie eens dat er nu ook al stappen gezet kunnen worden om de financiële transparantie van msb's te verbeteren. De NZa heeft hiertoe ook verbeterpunten genoemd in haar monitor. Het is aan de msb's om hiermee aan de slag te gaan. Daarnaast is met ingang van dit jaar in ieder geval geregeld, en dat geeft Gupta ook aan in het rapport, dat msb's met ingang van boekjaar 2024 verplicht zijn om de jaarrekening openbaar te maken. Ik vind het belangrijk dat bovengenoemde punten eerst worden ingezet en uitgevoerd voordat ik kijk naar de overige aangedragen manieren in het Gupta-rapport om transparantie te bevorderen.

Uit de kabinetsreactie lijkt het beeld te ontstaan dat er vanuit het kabinet nu geen verdere actie wordt ondernomen, tot de volgende monitor van de NZa in 2025 verschijnt. In hoeverre klopt dit beeld, zo vragen de leden van de D66-fractie. En in hoeverre is de minister bereid om stappen die nu al kunnen worden gezet, zoals het transparanter maken van de verdeelsystematiek binnen msb's, nú al te nemen?

Zoals mijn voorganger ook in haar brief heeft aangegeven worden er, naast de monitor van de NZa, ook twee verkenningen uitgezet. Als hieruit blijkt dat er al eerder acties ingezet kunnen worden dan zal ik dat uiteraard bekijken. Overigens is het aan het veld zelf, de msb's samen met de ziekenhuizen, om de verbeterpunten van de NZa op te pakken. Zij kunnen dit nu al uitvoeren. Daarnaast geldt vanaf boekjaar 2024 ook voor msb's de verplichting om hun jaarcijfers te publiceren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de Rapporten transformatie passende zorg Medisch Specialistische Bedrijven (msb's) De leden hebben de volgende vragen aan de minister.

De leden van de BBB-fractie lezen dat de minister in de brief aangeeft dat als msb's binnen twee jaar onvoldoende verbetering laten zien, er mogelijk regelgeving zal worden ingevoerd om alle medisch specialisten verplicht in loondienst te laten werken. De minister geeft aan dat op dit moment nog geen gedegen afweging kan worden gemaakt over de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit van deze regelgeving. De vraag is of het proportioneel is om medisch specialisten hun bedrijf af te nemen en hoe de minister dit zal beoordelen. Zal dit ook gelden voor huisartsen en fysiotherapeuten?

Deze maatregel en de onderliggende onderzoeken richten zich specifiek op de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialisten in een msb. Ik heb geen signalen dat er bij huisartsen of fysiotherapeuten (of andere zorgprofessionals) dezelfde aspecten spelen.

Daarnaast zijn de afspraken die zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar maken, van invloed op de contracten tussen de mbs's en de ziekenhuisbesturen, en dus ook op de manier waarop mbs's werken. De leden van de BBB-fractie vragen zich af of de overgang naar passende zorg niet alleen een uitdaging is voor mbs's maar ook een gedeelde uitdaging voor zorgverzekeraars, mbs's en ziekenhuizen?

In het IZA hebben de verschillende zorg- en welzijnspartijen afspraken gemaakt om te komen tot passende zorg. Met het IZA is een brede beweging ingezet naar passende zorg, naar samenwerking in de regio en naar een focus op gezondheid in plaats van ziekte. Het komen tot passende zorg vraagt betrokkenheid en actie van alle partijen. Als het gaat om het bereiken van passende zorg in ziekenhuizen met msb's, kan onder andere worden gedacht aan de IZA-afspraken op het terrein van ZE&GG voor de medisch specialistische zorg, uitkomstgerichte zorg en samen beslissen, passende zorgpraktijken. Als het gaat om msb's hebben de NVZ en FMS in het IZA afgesproken gezamenlijk te werken aan een handreiking 'Gelijkgerichtheid'.

De inhoudelijke beweging naar passende zorg kan alleen plaatsvinden als iedereen hieraan vanuit zijn rol en verantwoordelijkheid hieraan bijdraagt. Zorgverzekeraars zijn daarbij verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende kwalitatieve zorg voor hun verzekerden. De contractering tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is een middel om de beweging naar passende zorg te versnellen. Een adequaat contracteerproces is daarbij een belangrijke voorwaarde voor goede afspraken over de transitie naar passende zorg. Samen met de NZa en het Zorginstituut Nederland ben ik in gesprek met de IZA partijen om te bezien wat er aanvullend op de verbeteracties, die al afgesproken zijn,

nodig is om de beweging naar passende zorg middels de contractering verder te versnellen.

De leden van de BBB-fractie lezen ook dat de minister in de brief vermeldt dat de NZa het potentieel voor verbetering van mbs's heeft geïdentificeerd en dat de NZa controleert of de geconstateerde verbeterpunten worden gerealiseerd. Het verbeterpotentieel wordt door de NZa concreet gemaakt door middel van een percentage dat is gebaseerd op de perspectieven van de raden van bestuur. De leden van de BBB-fractie vragen zich af hoe de minister op basis van de perceptie van de raden van bestuur specifiek en meetbaar kan bepalen of deze verbetermogelijkheden in de praktijk worden gerealiseerd. Hoeveel verbetering verwacht de minister dat msb's en de raden van bestuur van ziekenhuizen laten zien?

Ik heb de NZa gevraagd om monitoring uit te voeren en daarbij gedurende twee jaar de financiële prikkels binnen een msb, alsmede de positie van de msb's in relatie tot de bestuurbaarheid van ziekenhuizen te volgen. De genoemde monitor is het startpunt en brengt het verbeterpotentieel in kaart. De volgende monitor moet inzicht geven in hoeverre dit verbeterpotentieel is gerealiseerd.

De NZa heeft op basis van een onderzoek naar bestuurbaarheid van ziekenhuizen en financiële prikkels binnen msb's het verbeterpotentieel van msb's in kaart gebracht. Voor dit onderzoek heeft de NZa gebruik gemaakt van: enquêtes, invulformats, interviews en literatuurstudie. De NZa heeft zowel de ziekenhuisbesturen als de msb's meegenomen in haar onderzoek om zo een compleet mogelijk beeld te krijgen van het verbeterpotentieel van msb's. De antwoorden op de enquêtes en invulformats van de msb's zijn in de rapportage van de NZa dan ook meegenomen. Zowel de antwoorden van de raden van bestuur van de ziekenhuizen als die van de msb's worden weergegeven in de monitor.

De NZa heeft er bewust voor gekozen om onderscheid te maken in de weging van de antwoorden. Juist omdat het onderzoek gericht is op het verbeterpotentieel van msb's, is het te verantwoorden dat de NZa aan haar bevindingen minder gewicht heeft toegekend aan de antwoorden van de msb's. Wanneer aan msb's zelf wordt gevraagd om aan te geven wat er bij hen niet goed gaat of voor verbetering vatbaar is, dan is dat in zekere zin vergelijkbaar met een slager die gevraagd wordt zijn eigen vlees te keuren. De neiging om het eigen vlees matig tot slecht te beoordelen, zal van nature gering zijn. Msb's vormen hierop geen uitzondering. Daarnaast wordt in de rapportage van NZa steeds duidelijk weergegeven wanneer het gaat om een mening of overtuiging en wanneer iets als feit wordt gepresenteerd.

Ik vertrouw erop dat de NZa hierin een zorgvuldig proces heeft doorlopen.

De NZa start dit najaar met het vervolgonderzoek. Daarom kan op dit moment nog niets gezegd worden op welke wijze de NZa het verbeterpotentieel zal monitoren.

Verder lezen de leden van de BBB-fractie in het Gupta-rapport dat de gevolgen van een verplichting tot loondienst niet zo groot zijn, maar dat er wel ernstige consequenties aan verbonden zijn. Ook staat er in de brief aan de Kamer dat een verplichting tot loondienst ingrijpende gevolgen heeft. Wat zijn de consequenties en de maatschappelijke en juridische gevolgen van een verplichting tot loondienst?

Het is nog niet bekend hoe de maatregel eruit komt te zien. Er zijn uiteenlopende manieren om te bewerkstelligen dat medisch specialisten voortaan in loondienst bij een zorgaanbieder werken. Enkele voorbeelden zijn financiële prikkels, door een verplichting richting de ziekenhuizen of door een verbod op MSB-constructies. Elke optie kent verschillende juridische en praktische knelpunten. Het is pas mogelijk om een inschatting van de juridische haalbaarheid te maken, op het moment dat duidelijk is om wat voor maatregel het gaat. Het rapport van Gupta geeft wel enkele gevolgen van een dergelijke maatregelen en geeft aan dat het evident grote financiële en juridische consequenties heeft. Het is waarschijnlijk dat medisch specialisten het besluit van invoering van een maatregel zullen aanvechten. Het risico bestaat dat alle aandacht hiernaartoe zal gaan en het de energie en tijd beperkt voor andere veranderingen in het ziekenhuis. Ook wordt er bijvoorbeeld verwacht dat een maatregel invloed heeft op ongewenste beïnvloeding van medisch specialisten omdat er een 'tussenlaag' verdwijnt.

Op dit moment is nog niet mogelijk een gedegen afweging te maken in het kader van de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit van regelgeving. Daarom is het noodzakelijk dat ik de genoemde alternatieven uit het onderzoek van Gupta en de monitor van de NZa afwacht. Deze afweging is wel nodig omdat de maatregel om alle medisch specialisten in loondienst te brengen ingrijpende gevolgen heeft en getoetst moet worden aan het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Voor een gedegen juridische onderbouwing van een maatregel is het verder van belang dat er geen alternatieve maatregelen denkbaar zijn die even effectief zijn om passende zorg te realiseren. Met het oog hierop zijn de afspraken in het IZA rondom gelijkgerichte samenwerking en de benoeming van de speciaal gezant passende zorg die namens VWS de beweging naar passende zorg stimuleert van belang.

Daarnaast geeft het Gupta-rapport aan dat er geen openbaar onderzoek is dat de productiviteit van medisch specialisten in loondienst vergelijkt met die van vrijgevestigde medisch specialisten. In Zweden leidde de

verplichting tot loondienst in 1970 tot een aanzienlijke en ongewenste daling van de productie, wat resulteerde in langere wachtlijsten. Het AKD-onderzoek² (blz 27), dat in opdracht van de Kamer is uitgevoerd, schat in dat de verplichting tot loondienst leidt tot een productieverlies van 30%, gebaseerd op gesprekken met ziekenhuisbestuurders die ervaring hebben met de overgang van vrije vestiging naar dienstverband. Hoe beoordeelt de minister een dergelijk ongewenst effect, gezien de huidige personeelstekorten en de druk op zorgprofessionals?

Het klopt dat ziekenhuis bestuurders in gesprek met AKD hebben gesignaleerd dat een overstap naar loondienst een productieverlies oplevert, de schattingen hiervan lopen zeer uiteen van 0 tot 30%. Hierover is dan ook geen duidelijke uitspraak te doen. Daarnaast geeft Gupta in haar onderzoek aan dat het niet mogelijk is om één op één te een vergelijking te maken tussen Nederland en andere Europese landen omdat de zorgstelsels te verschillend zijn. Ik ben het met de leden van de BBB-fractie eens dat dit een dergelijk effect zeer ongewenst is. Uiteraard zal dit aspect in de weging voor het wel of niet inzetten van een maatregel meegenomen moeten worden, juist gezien de huidige tekorten en druk op zorgprofessionals. Het aanpakken van de personeelskrapte in de zorg heeft voor mij ook grote prioriteit.

Ook heeft het CPB berekend dat de verplichting om alle artsen in loondienst te nemen aanvankelijk €2 miljard kost vanwege het afkopen van goodwill. Deloitte stelt in een rapport³ dat de eenmalige compensatiekosten voor afkoop tussen de 2,5 en bijna 4 miljard bedragen, en dat de structurele opbrengst lager is dan door het CPB is berekend. Deloitte stelt dat het CPB in het rapport "Zorgkeuzes in kaart" niet alle relevante factoren heeft meegenomen in de berekening van het budgettaire effect, en dat sommige bronnen die het CPB heeft gebruikt niet in de juiste context zijn geplaatst of verouderd zijn. Hoe groot acht de minister de kans dat de verplichting tot loondienst de belastingbetaler meer gaat kosten dan door het CPB is berekend, zowel financieel als maatschappelijk? Zou dit geld niet beter geïnvesteerd kunnen worden in het aantrekken van nieuw personeel in plaats van vast te houden aan het idee om alle artsen in loondienst te krijgen?

Het is op dit moment niet duidelijk of deze schattingen geheel realistisch zijn, maar het is inderdaad zo dat voor het nemen van een maatregel om medisch specialisten te verplichten om in loondienst te gaan er ook kosten mee gemoeid zijn. Hoe hoog die precies zijn, kan op dit moment niet gezegd worden omdat het nog niet duidelijk is hoe een maatregel er precies uit komt te zien. Daarbij heeft de Landsadvocaat eerder in ieder geval al gedeeld dat het hier niet om ontnemen van eigendom gaat, maar om regulering. Tot slot wil ik nog benoemen dat het in loondienst brengen van medisch specialisten geen doel op zich is, maar dat het gaat om een betere bestuurbaarheid van ziekenhuizen en verminderen van verkeerde prikkels (passende zorg). In het licht van de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord kan het ook bijdragen aan een betere samenwerking

tussen ziekenhuizen omdat de belangen van medisch specialisten in een msb hierbij geen belemmering meer kunnen zijn.

Verder blijkt uit de enquête van de NZa dat 93% van de medisch specialistische bedrijven en 84,9% van de ziekenhuizen veel vertrouwen hebben in de onderlinge samenwerking. Hoe reageert de minister op de positieve resultaten die uit de enquête van de NZa naar voren komen met betrekking tot de samenwerking tussen Medisch Specialistische Bedrijven en ziekenhuizen? In hoeverre vindt de minister dat deze samenwerking nog verbeterd moet worden?

De NZa laat in haar monitor inderdaad zien dat er ook al (veel) dingen goed gaan in de samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's. Dat neemt niet weg dat zij ook constateert dat het op onderdelen verbeterd kan worden. Dit heeft geresulteerd in de acht verbeterpunten die de NZa heeft geformuleerd. Ik verwacht van ziekenhuizen en msb's dat zij zich inzetten om, waar van toepassing, aan de slag te gaan met deze verbeterpunten zoals ook opgenomen in de IZA afspraken over gelijkgerichtheid.

Tot slot zijn de leden van de BBB-fractie geschrokken van de voortdurende focus van de minister om te streven naar een situatie waarin alle medisch specialisten in loondienst zijn. De leden van de BBB-fractie vragen de minister in plaats daarvan meer aandacht te besteden aan inspraak van medisch specialisten en verpleegkundigen die momenteel in loondienst zijn. De medisch specialisten die ervoor hebben gekozen om uit loondienst te gaan, hebben dit namelijk niet puur om financiële redenen gedaan, maar juist om meer inspraak te hebben. Daarom pleiten de leden van de BBB-fractie er voor dat zorgpersoneel in loondienst meer zeggenschap, controle en prioriteit krijgt als het gaat om roosters en werktijden. De leden van de BBB-fractie roepen de minister op om zich hierop te richten in plaats van vast te houden aan haar focus op het streven naar elke medisch specialist in loondienst.

Het kabinet vindt het belangrijk dat medewerkers van zorg- en welzijnsorganisaties met plezier in loondienst kunnen blijven werken. Dat betekent onder meer een goed evenwicht met zzp'ers, zodat medewerkers in loondienst niet de gaten in de roosters hoeven dicht te lopen.

Daarnaast zijn de leden van de BBB-fractie van mening dat de minister de plank mislaat door msb's neer te zetten als belemmering voor de overgang naar passende zorg vanwege (financiële) belangen. Al het zorgpersoneel, ongeacht of ze wel of niet in loondienst zijn, zijn geweldige professionals. Ze hebben allemaal jarenlang gestudeerd voor hun passie en zetten zich dag in dag uit in voor de beste zorg voor de patiënt. Het is volgens de leden van de BBB-fractie niet netjes om medisch specialisten die niet in loondienst zijn weg te zetten als specialisten die alleen maar gericht zijn op geld verdienen. Uit cijfers van

het CBS⁴ blijkt dat er weinig verschil is tussen het inkomen van vrijgevestigde medisch specialisten en medisch specialisten in loondienst. Het extra inkomen dat zij hebben, komt grotendeels doordat zij meer uren werken dan medisch specialisten in loondienst. Vindt de minister het niet wat kort door de bocht om vrijgevestigde medisch specialisten zo weg te zetten?

Ik wil hier graag benadrukken dat het in loondienst brengen van medisch specialisten geen doel op zich is. Het gaat erom dat passende zorg de norm wordt en de bestuurbaarheid van ziekenhuizen zo optimaal mogelijk is. Ook medisch specialisten (en ziekenhuizen) hebben hierin een rol. Het is aan het veld om te laten zien dat zij zich hiervoor inzetten en de nodige verbeteringen laten zien. De NZa monitort dit voor mij. Pas als alle informatie beschikbaar is, zal ik een afweging maken over de noodzaak van een verplichting. Uiteraard ben ik het met de leden van de BBB-fractie eens dat we in de zorg geweldige professionals hebben die zich vol passie inzetten om de patiënten de juiste zorg te verlenen. Dat neemt niet weg dat het stelsel hierin niet altijd optimaal ondersteunt.

De leden van de BBB-fractie verwijzen verder ook naar de cijfers van het CBS en dat blijkt dat er weinig verschil is tussen de inkomsten van de vrijgevestigd medisch specialisten en die in loondienst. Uit het onderzoek van Gupta blijkt echter dat de hoogte van het inkomen van medisch specialisten in een msb niet eenvoudig vast te stellen is. Juist daarom is het belangrijk dat msb's inzetten op meer financiële transparantie.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief en de rapporten. Deze leden zijn van mening dat medisch specialisten in loondienst zouden moeten komen en dat de transformatie naar passende zorg hierdoor niet belemmerd mag worden.

De leden van de CDA-fractie lezen dat het op dit moment volgens de minister nog niet mogelijk is om een gedegen afweging te maken in het kader van de noodzaak, geschiktheid en proportionaliteit van regelgeving van een maatregel om alle medisch specialisten in loondienst te brengen. Deze leden vragen hoe de minister wel werk maakt van deze afweging, mocht haar inzet om gesprekken te voeren over vrijwillige collectieve overstap naar loondienst te weinig opleveren.

Er lopen nog verschillende onderzoeken om deze afweging te kunnen maken naast de verkenning naar een vrijwillige collectieve overstap die genoemd wordt. In 2025 komen de resultaten van de vervolg monitor van de NZa beschikbaar en daarnaast verken ik met samen met het ministerie van Financiën (de Belastingdienst) wat de rol is van het fiscaal ondernemerschap bij de samenwerking tussen ziekenhuis en msb's. Afhankelijk van de uitkomsten bekijk ik of er een noodzaak is om regelgeving te starten.

De leden van de CDA-fractie vragen of de minister ook in gesprek wil gaan met de staatssecretaris van Financiën over de fiscale aspecten rondom de positie van medisch specialisten en de vraag of samenwerking van medisch specialisten als ondernemer met name is ingegeven door fiscale prikkels en zo ja hoe ervoor gezorgd kan worden dat de transformatie naar passende zorg niet meer ten koste gaat van deze prikkels.

Om duidelijkheid te verkrijgen over de rol van het fiscaal ondernemerschap bij de samenwerking tussen ziekenhuis en msb's wordt op dit moment samen met het ministerie van Financiën verkend of de vormgeving van de samenwerking tussen ziekenhuis en msb met name is ingegeven door de fiscale positie van de medisch specialist. Over de uitkomsten van deze verkenning zal ik uw Kamer voor het einde van het jaar informeren.